



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 4 (2)

ISSN : 1987-071X e-ISSN 1987-1023

Reçu, 27 mai 2022

Accepté, 19 juillet 2022

Publié, 20 juillet 2022

<http://www.revue-rasp.org>

Type d'article : recherche

Facteurs associés au non-respect de la pyramide sanitaire au Burkina Faso : cas des entrées directes pour accouchement au centre hospitalier universitaire-Yalgado Ouédraogo.

Smaila Ouédraogo^{1,*}, Maurice Sarigda², Cyrille Zoéwendtalé Compaoré¹, Charlemagne Ouédraogo³

^{1,2,3} Université Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso.

*Auteur correspondant : smaila11@yahoo.fr ; Tel : +226 70 20 86 09

Résumé

Au Burkina Faso, la pyramide sanitaire n'est pas toujours respectée par les femmes enceintes ; certaines d'entre elles choisissent directement les centres nationaux de référence pour y accoucher. Cette enquête vise à déterminer les facteurs associés au choix direct du service d'obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO) pour les accouchements. Il s'est agi d'une enquête transversale réalisée auprès des parturientes reçues dans le service d'obstétrique entre le 20 janvier et 05 avril 2015. Pour identifier les facteurs associés au choix direct du service d'obstétrique, nous avons effectué une régression logistique univariée puis multivariée avec un seuil de significativité de 5%, la variable dépendante étant le choix direct du CHU-YO. Au total, 368 femmes en travail d'accouchement ont été incluses dans l'étude et leur âge moyen était de 27,5 ans (intervalle de confiance à 95% « IC95% » : [26,9-28,1]). Les parturientes étaient des femmes au foyer dans 57,1% des cas et 33,7% d'entre elles n'avaient pas été scolarisées. La proportion des entrées directes était de 39%. La distance qui sépare le domicile des parturientes du CHU-YO (Odds ratio ajusté « ORa » = 2,5 ; IC95% [1,49-4,18]), le niveau d'instruction du conjoint (ORa = 0,5 ; IC95% [0,23-0,99]), le rang de naissance de l'enfant (ORa = 0,3, IC95% [0,08- 0,90]) et les antécédents d'accouchements au CHU-YO (ORa = 0,13 ; IC95% [0,06-0,31]) étaient associés au choix direct du CHU-YO. Les facteurs associés à ce choix sont en lien avec les représentations sociales du risque obstétrical et la qualité perçue des soins. Afin de limiter ce phénomène, il est indispensable de déconstruire ces représentations en améliorant la communication en faveur d'une bonne préparation à l'accouchement et du respect de la pyramide sanitaire lors des consultations prénatales.

Mots clés : entrée directe ; accouchement ; facteurs associés ; Burkina Faso.

Abstract

In Burkina Faso, the health pyramid is not always respected by pregnant women; some of them choose the national referral centers directly to give birth. The purpose of this survey is to determine the factors associated with the direct choice of the obstetrics department of the Yalgado Ouédraogo University Hospital (CHU-YO) for deliveries. This was a cross-sectional survey conducted among parturients received in the obstetrics service between January 20 and April 05, 2015. To identify factors associated with direct choice of obstetric service, we performed univariate and then multivariate logistic regression with a significance level of 5%, the dependent variable being direct choice of the CHU-YO. A total of 368 women in labor were included in the study and their mean age was 27.5 years (95% confidence interval "IC95%": [26.9-28.1]). Parturients were housewives in 57.1% of cases and 33.7% of them had no schooling. The proportion of direct entry was 39%. The distance of the parturient's home from the CHU-YO (adjusted Odds ratio "ORa" =2.5; CI95% [1.49-4.18]), the spouse's level of education (ORa = 0.5 ; CI95% [0.23-0.99]), child's birth rank (ORa = 0.3, CI95% [0.08- 0.90]), and history of childbirth at the CHU-YO (ORa = 0.13; CI95% [0.06-0.31]) were associated with direct choice of the CHU-YO. The factors associated with this choice were related to social representations of obstetrical risk and perceived quality of care. In order to limit this phenomenon, it is essential to deconstruct these representations by improving communication in favor of good preparation for childbirth and respect for the health pyramid during prenatal consultations.

Key words: direct entry; delivery; associated factors; Burkina Faso.

1. Introduction

La lutte contre la mortalité maternelle demeure l'un des défis majeurs des politiques sanitaires tant au niveau international que national. Selon l'Organisation mondiale de la santé, le taux de mortalité maternelle (TMM) mondial en 2017 est estimé à 211 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes résultant principalement des complications au cours de la grossesse ou de l'accouchement. Les pays en développement dont ceux de l'Afrique subsaharienne et de l'Asie du Sud contribuent pour environ 86 % de l'ensemble des décès maternels (Organisation mondiale de la Santé 2019). L'Afrique subsaharienne paie le plus lourd tribut car elle concentre 57% de ces décès maternels (Sanni Y. 2017). Ainsi, le TMM dans cette région est estimée de 542 pour 100 000 naissances vivantes en 2017 (Organisation mondiale de la Santé 2019).

De nombreuses politiques et stratégies ont alors été mises en œuvre dans les pays subsahariens afin de lutter contre les décès maternels (Jaffré Y. et al. 2009). Elles visent généralement l'amélioration de l'accès aux soins obstétricaux de qualité en agissant sur les facteurs liés au système de santé et ceux en rapport avec les communautés (Thaddeus S. et Maine D. 1994). Ces politiques s'inscrivent dans l'opérationnalisation des soins de santé primaires (SSP) adoptés en 1979 à Alma Ata. En Afrique, la politique des SSP a été opérationnalisée avec l'Initiative de Bamako (IB) dont l'objectif était de rendre les soins géographiquement et financièrement accessibles et culturellement acceptables (Ridde V. 2007). Au Burkina Faso, l'une des caractéristiques majeures de l'IB est la hiérarchisation du système de santé qui a été organisé en trois niveaux au plan administratif et de l'offre de soins (Foulon G. et Somé T.R. 2005). Sur le plan de l'offre des soins, les centres de santé et de promotion sociale (CSPS), les centres médicaux (CM) et les hôpitaux de district constituent le premier niveau du système. C'est la porte d'entrée des populations dans le système des soins. Le deuxième niveau de l'offre de soins est constitué des centres hospitaliers régionaux. Enfin, le troisième niveau de soins qui constitue le niveau le plus élevé de la pyramide des soins est représenté par les centres hospitaliers universitaires (Ministère de la Santé 2018). L'organisation du système de santé en niveaux des soins vise l'amélioration de l'accès différencié aux soins par les populations (Zerbo R. 2016). Cette organisation schématisée est mise en place afin d'orienter les comportements des usagers en matière d'itinéraire géographique en cas de besoin de soins. Il s'agit d'un dispositif fortement hiérarchisé (Harang M. et Varenne B. 2008) qui repose le plus souvent sur des logiques biomédicales (Beninguisse G. et al. 2005).

Mais dans la réalité, cet itinéraire de recours aux soins n'est pas toujours respecté par les usagers. Des études réalisées dans de nombreux pays ayant le même dispositif révèlent que les patients sont reçus directement dans les services de référence (Diassana et al. 2020; Raoul et al. 2021). Pourtant, le non-respect de la pyramide sanitaire par les usagers peut contribuer à l'augmentation des charges de travail des soignants des centres de référence (Ly A., Kouanda S., et Ridde V. 2014). Il en résulte une détérioration de la qualité des soins et une augmentation du risque de décès car les soignants doivent concilier à la fois la prise en charge des cas graves et celle des cas simples qui pouvaient être facilement pris en charge à l'échelon inférieur. Si cette logique biomédicale se justifie, il faut aussi comprendre celle qui guide l'action de l'utilisateur et qui l'amène à choisir directement un service de référence. C'est ce que Beninguisse G. et al. qualifient d'accessibilité culturelle qui est une exigence de la qualité des soins

obstétricaux en Afrique (Beninguisse et al. 2005). L'objectif de cette étude est de déterminer la fréquence des entrées directes dans le service d'obstétrique du CHU-YO par les parturientes pour les accouchements et identifier les facteurs associés à celles-ci. Les résultats de cette visent à orienter les programmes d'interventions ciblées pour atténuer les effets néfastes du non-respect de la pyramide sanitaire sur la qualité de la prise en charge dans les centres nationaux de référence.

2. Matériels et méthodes

2.1. Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale analytique qui s'est déroulée entre le 20 janvier et le 05 avril 2015.

2.2. Site de l'étude

L'étude a été conduite à Ouagadougou dans le service d'obstétrique du département de gynéco-obstétrique du CHU-YO, un centre national de référence. Le CHU-YO offre ainsi des soins spécialisés aux malades des structures périphériques et intermédiaires qui y sont référés. Il est organisé en 10 départements dont le département de gynéco-obstétrique. Celui-ci est organisé en trois services dont le service d'obstétrique, le service de gynécologie et le service de planification familiale. Le département de gynéco-obstétrique comportait 11 gynécologues obstétriciens, 1 médecin anesthésiste réanimateur, 34 attachés de santé, 35 sages-femmes et maïeuticiens d'état, 15 infirmiers et infirmières et 23 garçons de salles et filles de salles. En 2015, 46,03% des femmes y ont accouché par voie basse (accouchement normal) (Ministère de la Santé 2015).

2.3. Population d'étude

La population d'étude est constituée des patientes admises dans le service d'obstétrique du CHU-YO pour accouchement durant la période de l'étude.

2.4. Echantillon / Echantillonnage

Pour le calcul de la taille (n) de l'échantillon, nous avons utilisé la formule de Schwartz :

$n = Z^2 \times P \times Q / I^2$ où Z = écart réduit, P = proportion des entrées directes pour accouchement au CHU-YO (P = 39,9 % en 2013), Q = 1-P et I = Précision = 5 %, pour un seuil de signification $\alpha = 5 \%$, Z = 1,96 ;

$$n = \frac{1,96 \times 1,96 \times 0,399 \times 0,601}{0,05 \times 0,05} = 368$$

Les participantes à l'étude ont été incluses de façon systématique et consécutive entre le 20 janvier et le 05 avril 2015. Les femmes enceintes qui ont été reçues au service d'obstétrique du CHU-YO pour un accouchement au moment de l'enquête et qui ont accepté donner leur consentement ont été incluses. Les femmes enceintes qui résidaient hors de la ville de Ouagadougou ou qui ne jouissaient pas de toutes leurs facultés mentales ont été exclues de l'étude.

2.5. Variables de l'étude

La variable dépendante de cette étude est le mode d'entrée des femmes enceintes au service d'obstétrique du département de gynéco-obstétrique du CHU-YO. Nous avons également collecté les variables suivantes : l'âge de la femme, la distance qui sépare la résidence de la parturiente du CHU-YO, le niveau d'instruction de la femme et de leur conjoint, la profession

de la parturiente, la parité, le nombre de CPN réalisées au cours de la présente grossesse et les antécédents d'accouchement au CHU-YO.

2.6. Traitement et analyse des données

Les données collectées ont été saisies sur Cs Pro 4 et traitées à l'aide du logiciel SPSS 20. Une fois consolidées, les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS, version 20. Nous avons d'abord procédé à une description des caractéristiques sociodémographiques des parturientes. Les moyennes et leurs intervalles de confiance à 95% ont été calculés pour les variables quantitatives (âge). Nous avons aussi calculé les proportions des variables qualitatives (âge en catégorie, niveau d'instruction, parité, connaissance de la pyramide sanitaire, etc.). Pour identifier les facteurs associés au choix direct du CHU-YO pour l'accouchement, nous avons réalisé une régression logistique univariée puis multivariée pas à pas descendante, la variable dépendante étant le mode d'admission au CHU-YO (0 = entrée directe ou auto-référence et 1 = entrée suite à une référence à partir d'une structure sanitaire). Les variables avec un $P \leq 20$ à l'analyse univariée ont été incluses dans l'analyse multivariée. A l'issue de l'analyse multivariée, seules les variables ayant un $P \leq 5\%$ ont été retenues comme associées au choix direct du CHU-YO pour l'accouchement.

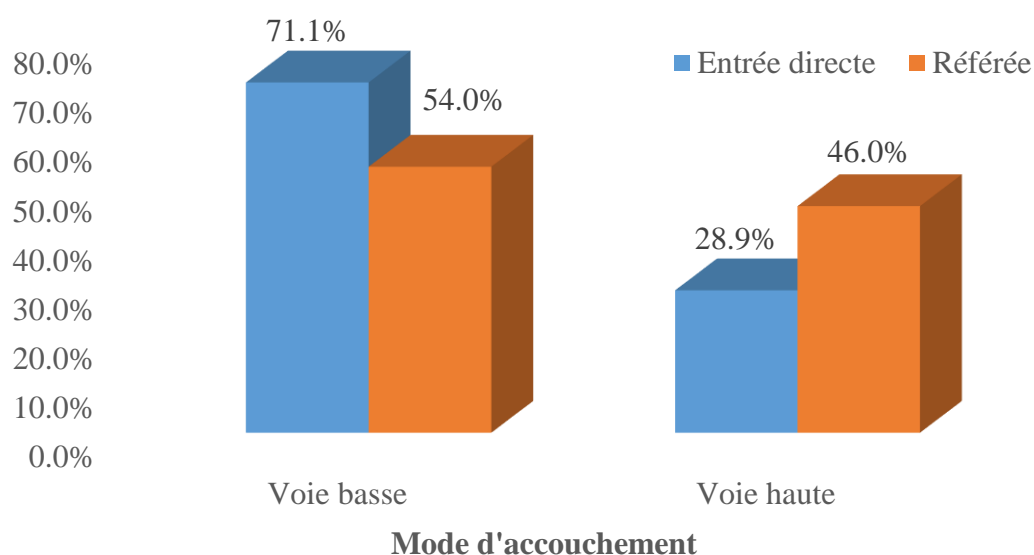


Figure 1. Mode d'accouchement des parturientes selon la modalité d'entrée dans le service d'obstétrique du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso (N = 368).

2.7. Considérations éthiques

Cette enquête a été réalisée dans le cadre d'une thèse de doctorat d'Etat en médecine. Elle a reçu l'autorisation d'enquête du comité des thèses de l'unité de formation et de recherche en sciences de la santé de l'Université Joseph Ki-Zerbo et du Directeur général du CHU-YO. Avant chaque inclusion, nous avons requis et obtenu le consentement éclairé de la parturiente.

3. Résultats

Au total, 368 parturientes admises dans le service d'obstétrique du CHU-YO ont été incluses dans l'enquête. Dans l'ensemble, 39% des femmes ont choisi directement le CHU-YO pour leur accouchement contre 61% qui y ont été référées. Les caractéristiques générales des

femmes sont présentées dans le tableau 1. L'âge moyen des femmes était de 27,5 ans (IC95% : [26,9-28,1]). Cinquante virgule huit pourcent (50,8%) des femmes avaient un âge compris entre 25 et 34 ans. Les parturientes étaient des femmes au foyer dans 57,1% des cas et 33,7% d'entre elles n'avaient pas été scolarisées. Dans 30,2% des cas, les femmes habitaient à moins

Tableau 1. Caractéristiques générales des femmes parturientes admises dans le service d'obstétrique du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo

Caractère		Effectif	Proportion (%) ou moyenne
Age de la femme (ans)	Age moyen	368	27,5 [26,9-28,1]*
	15-24	131	35,6
	25-34	187	50,8
	35-44	50	13,6
Profession	Femme au foyer	210	57,1
	Secteur informel	92	25,0
	Elève/étudiante	34	9,2
	Fonctionnaire	32	8,7
Niveau d'instruction	Analphabète	124	33,7
	Primaire/alphabétisée	153	41,6
	Secondaire et plus	91	24,7
Situation matrimoniale	Célibataire	4	1,0
	Mariée	364	99,0
Distance du CHU-YO	< 10 km	111	30,2
	≥ 10 km	257	59,8
Nombre de CPN**	1	12	3,3
	2	19	5,2
	3	106	28,8
	≥4	231	62,7
Echange sur la pyramide sanitaire lors des CPN	Oui	13	3,5
	Non	355	96,5
Antécédents d'accouchements au CHU-YO	Oui	51	13,8
	Non	317	86,2

*Intervalle de confiance à 95%, **Consultation prénatale

de 10 km du CHU-YO. Toutes les femmes ont réalisé au moins une CPN ; 62,7% ont bénéficié d'au moins 4 CPN. Trois virgule cinq pourcent (3,5%) des femmes ayant réalisé au moins une CPN ont bénéficié d'informations sur la pyramide sanitaire.

Tableau 2. Facteurs associés au choix direct du service d'obstétrique du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo pour y accoucher

Caractère	Analyse univariée			Analyse multivariée		
	Effectif	OR	<i>p</i>	Ora	IC à 95%	<i>p</i>
Age (an)						
15-23	107	1		1		
24-33	196	0,4	0,002	0,6	[0,31-1,20]	0,15
34 et +	65	0,4	0,005	0,5	[0,22-1,46]	0,23
Distance du CHU-YO						
< 10	111	1	-	1		
≥ 10	257	2,3	<0,001	2,5	[1,49-4,18]	<0,001
Instruction des femmes						
Non alphabétisée	124	1	-	1		
Primaire/alphabétisée	153	0,7	0,17	1,23	[0,51-3,24]	0,58
Secondaire/supérieur	91	0,4	0,005	0,42	[0,10-1,72]	0,29
Instruction des conjoints						
Non alphabétisé	66	1	-	1		
Primaire/alphabétisé	159	0,7	0,17	0,5	[0,23-0,99]	0,04
Secondaire/supérieur	139	0,4	0,005	0,2	[0,11-0,50]	<0,001
Profession						
Fonctionnaire	32	1	-	1		
Autre*	25	2,8	0,04	1,6	[0,51-5,00]	0,43
Commerçantes	56	3,9	0,004	2,0	[0,61-6,42]	0,25
Elèves/étudiantes	34	2,8	0,04	1,0	[0,31-3,22]	0,98
Femme au foyer	210	5,8	<0,001	2,2	[0,77-6,28]	0,13
Rang de naissance						
1 ^{er} -2 ^{ème}	126	1		1		
3 ^{ème} -4 ^{ème}	212	0,5	0,007	0,3	[0,08-0,90]	0,03
5 ^{ème} et plus	30	0,7	0,43	0,1	[0,01-0,82]	0,03
CPN (Nombre)						
< 4	137	1	-	1		
≥ 4	231	0,7	0,12	0,9	[0,59-1,67]	0,98
Antécédent d'accouchement au CHU-YO						
Non	317	1		1		
Oui	51	0,13	<0,001	0,14	[0,06-0,31]	<0,001

*couturière(11) ; coiffeuse(8) ; nettoyeuses(3) ; restauratrice(1) ; animatrice(1) ; opératrice de suivi(1)

La proportion des femmes ayant déclaré avoir déjà accouché au moins une fois au CHU-YO est de 13,8%. La figure 1 montre que 71,1% des femmes qui ont choisi directement le CHU-

YO y ont accouché par voie basse (accouchement eutocique ou encore accouchement normal). Cette proportion était de 54% chez celles qui y ont été référées.

Le tableau 2 présente les résultats de l'analyse sur les facteurs associés au choix direct du CHU-YO. A l'analyse univariée, l'âge, la distance séparant la résidence de la femme du CHU-YO, le niveau d'instruction de la femme et du conjoint, la profession de la femme, le rang de naissance et les antécédents d'accouchement au CHU-YO ont été retenus pour l'analyse multivariée car ils étaient associés à la variable dépendante ($P \leq 20\%$). A l'issue de l'analyse multivariée, quatre facteurs sont restés associés au choix direct du service d'obstétrique du CHU-YO pour les accouchements. Une parturiente résidant à 10 km et plus a plus de risque d'entrée directement au service d'obstétrique du CHU-YO (Odds ratio ajusté « ORa » = 2,5 ; IC95% [1,49-4,18]). Comparée à une femme dont le conjoint n'est pas instruit, celle dont le conjoint a le niveau primaire / alphabétisé a un risque de 0,5 (ORa = 0,5 ; IC95% [0,23-0,99]). Ce risque passe à 0,22 pour une femme dont le conjoint a le niveau supérieur (ORa = 0,2 ; IC95% [0,11-0,50]). Les mères des enfants nés entre le 3^e et le 4^e rang (ORa = 0,3, IC95% [0,08- 0,90]) et celles des enfants nés à partir du 5^e rang (ORa = 0,1 ; IC95% [0,01-0,82]) ont moins de risque de choisir directement le service d'obstétrique du CHU-YO pour leurs accouchements. Enfin, les antécédents d'accouchements au CHU- YO étaient associés à au choix direct de celui-ci pour y accoucher. Une femme qui n'a pas encore accouché dans le service d'obstétrique du CHU-YO présente plus de risque de choisir directement la structure pour son accouchement par rapport à celle qui y a déjà accouché (ORa = 0,13 ; IC95% [0,06-0,31]).

4. Discussion

Le non-respect de la pyramide sanitaire par les usagers peut impacter négativement la qualité des soins offerts dans les établissements sanitaires notamment, ceux de l'échelon supérieur (CHU). L'une des modalités du non-respect de la pyramide sanitaire dans la demande de soins est l'entrée directe ou l'autoréférence qui doit être limitées afin de permettre aux soignants des centres nationaux de référence de s'occuper des cas graves. Lors cette enquête, nous avons montré que 39% des parturientes ont choisi directement le service de gynéco-obstétrique du CHUY-YO pour leur accouchement. La distance qui sépare le domicile des parturientes du CHU-YO, le niveau d'instruction du conjoint, le rang de naissance et les antécédents d'accouchements au CHU- YO étaient les facteurs associés au choix direct du CHU-YO pour l'accouchement.

La fréquence des entrées directes dans cette étude était de 39%. Cette proportion est inférieure aux résultats rapportés à l'hôpital de zone Saint Jean de Dieu de Tanguiéta au Bénin en 2021 (64%) (Raoul et al. 2021) et à l'hôpital régional de Kayes au Mali en 2020 (70%) (Diassana M. et al. 2020). Les différences entre les proportions peuvent s'expliquer par la variabilité des périodes de l'enquête et la particularité du lieu des études. Dans le présent travail, l'étude s'est déroulée dans la capitale du Burkina Faso alors qu'elles se sont déroulées dans des villes secondaires au Bénin et au Mali.

Le niveau d'instruction du conjoint influence également le choix direct du CHU-YO. En effet, plus le conjoint est instruit, moins la femme choisit directement le CHU-YO pour son accouchement. Ainsi, comparée à une femme dont le conjoint n'est pas instruit, celle dont le conjoint a le niveau primaire/alphabétisé a un risque de 0,5 de choisir le CHU-YO pour y accoucher. Ce risque passe à 0,22 pour une femme dont le conjoint a le niveau supérieur. L'influence du niveau d'éducation du conjoint sur les comportements favorables en matière de santé a été démontrée par plusieurs études (Dimbuene Z.T. et al. 2018; Ikeako L.C. et al. 2006; Umar A.S. 2017). Cette situation pourrait être expliquée par les meilleures connaissances sur la pyramide sanitaire dont bénéficieraient les femmes par le biais de leurs époux. Ces connaissances sont obtenues grâce à l'accès aux informations facilité par leurs capacités de lecture notamment en français car la plupart des documents régissant le système sanitaire du Burkina Faso sont élaborés en français.

Les représentations sociales et la qualité perçue de soins interviennent aussi dans le choix direct du CHU-YO pour les accouchements. Dans le domaine des soins, les représentations sociales et la qualité perçue de l'offre de services structurent les pensées et conditionnent les comportements des acteurs (Bonnet D. 1999). Dans cette étude, elles se rapportent à la construction sociale du risque notamment le risque obstétrical. Ainsi, la conception de l'accouchement en corrélation avec la notion de risque, place l'événement de l'accouchement comme potentiellement dangereux et nécessitant d'être contrôlé (Béatrice J. 2007). De plus, les représentations sont fondatrices de la réalité sociale et des pratiques collectives et individuelles. Dans cette étude, l'éloignement de la résidence de la parturiente était statistiquement associé au choix direct du CHU-YO pour l'accouchement. Les femmes qui résident à plus de 10 km du CHU-YO avaient plus de risque de choisir directement la maternité de ce centre de référence. Cet éloignement a un effet sur la construction sociale du risque et l'adoption d'une action visant son contrôle. Dès lors, choisir directement le centre de référence est l'action la plus rationnelle. Les propos suivants d'une enquêtée sont illustratifs : « *Yalgado est le dernier recours en matière de soins donc mieux vaut venir ici directement pour être prise en charge rapidement en cas de complication* ». Ces résultats corroborent ceux rapportés au Kenya où le choix des services pour l'accouchement par les femmes était surtout orienté vers les centres offrant des services complets de soins obstétricaux d'urgence que sont les structures de référence (Mwaliko E. et al. 2014). Toutes ces représentations et les comportements y afférents, conduisent les femmes à s'auto-référencer au CHU-YO pour l'accouchement. Pourtant, certaines de ces représentations sont à relativiser car elles ne sont pas fondées sur des connaissances scientifiques. C'est l'un des rôles de l'institution médicale qui, grâce à la transmission des connaissances participe à la déconstruction individuelle et collective des idées reçues en agissant sur les représentations des populations (Fassin D. 2005). La nécessité de cette déconstruction s'explique par l'effet des entrées directes sur la charge du travail des soignants. Dans la présente étude, un peu plus de sept (7) femmes sur 10 (71%) qui ont choisi directement le CHU-YO y ont accouché normale (accouchement eutocique). Or les accouchements eutociques sont prévus pour être réalisés au niveau des centres de santé et de promotion sociale, 1^{er} niveau de la pyramide sanitaire (Zerbo R. 2016). La préparation à l'accouchement et les informations sur la pyramide sanitaire lors des CPN peuvent contribuer au renforcement des connaissances des femmes et limiter le choix direct

des centres de référence pour les soins primaires. Or, dans cette étude, peu de femmes (3,5%) ont reçu des informations sur la pyramide sanitaire lors des CPN. Ces résultats corroborent ceux rapportés au Burkina Faso, au Ghana et en Tanzanie où les pratiques en matière de conseil et d'éducation sur la grossesse et l'accouchement étaient jugés médiocres par certains auteurs (Duysburgh E. et al. 2013). D'autres auteurs en Inde et au Burkina Faso ont montré que la préparation à l'accouchement y a amélioré les comportements des bénéficiaires en matière d'adoption de comportements favorables à la santé (Kumar et al. 2008; Moran et al. 2006). Le déficit communicationnel sur la préparation à l'accouchement et sur la pyramide sanitaire pourrait s'expliquer par la faible connaissance des soignants sur les CPN recentrées. Au Burkina Faso, les études réalisées par l'institut de recherche en sciences de la santé et par Baguiya et al. ont montré que les soignants ne disposaient pas de connaissances suffisantes sur la CPN recentrée (Institut de recherche en sciences de la santé, 2011; Baguiya A. et al. 2019).

Un autre facteur favorisant le choix direct du CHU-YO pour l'accouchement se rapporte à la qualité perçue des soins. En témoigne une femme interviewée qui affirmait : « *il y a beaucoup de spécialiste donc la prise en charge est meilleure* ». Il s'agit plus d'une perception qu'une réalité car des études réalisées sur la qualité des soins dans les centres de référence ont rapporté des insuffisances. Sombié et al. dans leur étude réalisée au Burkina Faso et Millogo et al. dans leur évaluation de la qualité des soins au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire, ont rapporté une faible qualité des soins dispensés aux usagers (Sombié I. et al. 2018; Millogo T. et al. 2020) ; une étude réalisée en Ouganda dans un centre de référence a rapporté une conclusion similaire. En effet, seulement 8% des femmes enceintes et 11% des femmes en post-partum avaient une surveillance de bonne qualité des signes vitaux documentée lors de l'évaluation initiale à l'admission. Chez les femmes ayant accouché pendant l'hospitalisation, 0,8 % parmi elles ont bénéficié d'une surveillance de bonne qualité dans les quatre premières heures du post-partum (Mugenyi G.R. et al. 2021).

Dans la présente étude, les patientes ont été interviewées sur le lieu de leur prise en charge. Ce qui pourrait par peur d'éventuelles représailles de la part du personnel soignant influencer leurs réponses sur certaines questions. Mais pour minimiser ce biais, les entretiens se sont déroulés dans une salle isolée. De plus, nous avons pris le soin de rassurer les participantes de la confidentialité des données collectées dans le cadre de l'étude. L'absence d'un volet qualitatif à proprement parlé dans cette étude n'a pas permis une investigation poussée auprès des parturientes, de leurs accompagnants et du personnel de santé sur les autres facteurs déterminants du choix direct du CHU-YO pour les accouchements. Dans le contexte du Burkina Faso cette approche aurait été informative car plusieurs facteurs interviennent pour déterminer le choix du circuit de demande de soins et dans certaines situations, la décision finale ne revient pas à la parturiente.

5. Conclusion

Cette étude a permis de déterminer la fréquence des entrées directes dans le service d'obstétrique du CHU-YO par les parturientes pour les accouchements et d'identifier les facteurs qui y sont associés. Malgré son statut d'hôpital de référence de troisième niveau de la pyramide sanitaire, les entrées directes dans le service d'obstétrique du CHU-YO pour les accouchements sont fréquentes. Cette situation peut entraver la qualité des soins dans la mesure où, environ 3 femmes sur 4 qui ont choisi de recourir directement le CHU-YO pour des soins ont eu un accouchement eutocique (pouvant être prise en charge au premier niveau de soins). La distance qui sépare le domicile des parturientes du CHU-YO, le niveau d'instruction du conjoint, le rang de naissance et les antécédents d'accouchements au CHU- YO étaient les facteurs associés au choix direct du CHU-YO pour l'accouchement. L'effet de ces facteurs peut être atténué en déconstruisant les représentations sociales des usagers en lien avec la construction sociale du risque obstétrical lors des CPN. De plus, l'amélioration de la communication avec les femmes enceintes sur la préparation de l'accouchement et sur la pyramide sanitaire pourrait contribuer à limiter la fréquence des entrées directes au CHU-YO. Il faudrait en outre renforcer les compétences des soignants sur la CPN recentrée. Enfin, une étude qualitative pourrait permettre de mieux affiner les représentations sociales et les logiques sous-jacentes afin de comprendre davantage les autres processus sociaux qui militent en faveur du choix direct du CHU-YO pour les accouchements.

Remerciements

Nous sommes extrêmement reconnaissants aux femmes qui ont accepté participer à l'étude ainsi que leurs accompagnants pour avoir facilité leur participation. Nous sommes également reconnaissants aux autorités sanitaires du Ministère en charge de la santé, l'équipe de direction du CHU-YO et aux personnels de santé du service de gynéco-obstétrique du CHU-YO.

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Références bibliographiques

- Baguiya, Adama, Ivlabèhiré Bertrand Meda, Abou Coulibaly, Mahamadou Fayama, Djénéba Sanon Ouédraogo, Souleymane Zan, Seydou Bélemviré, Henri Gautier Ouédraogo, et Séni Kouanda. (2019). « Assessment Of Maternity Staff Training And Knowledge Of Obstetric Care In Burkina Faso: A Repeated Cross-Sectional Study ». *International Journal of Women's Health* 11 (novembre): 577-88. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S220018>.
- Béatrice Jacques, No. (2007). « Sociologie de l'accouchement ». *Face à face. Regards sur la santé*, n° 10 (octobre). <https://journals.openedition.org/faceface/115>.
- Beninguisse, Gervais, Beatrice Nikiema, Pierre Fournier, et Slim Haddad. 2005. « L'accessibilité Culturelle: Une Exigence de la Qualité Desservices et Soins Obstétricaux en Afrique ». *African Population Studies (ISSN: 0850-5780) Vol 19 Num sb 19* (janvier).

- Bonnet D. (1999). « Les différents registres interprétatifs de la maladie de l'oiseau ». In *La construction sociale des maladies : les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, 305-20. Presses Universitaires de France.
- CHU-YO. (2014). « Annuaire statistique 2013 du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO ». Ouagadougou.
- Diassana, M., S. Dembele, B. Macalou, K. Ndaou, A. Sidibe, A. Bocoum, S. FanE, et Y. Traoré. (2020). « Audits de Décès Maternels dans un Hôpital Régional du Mali (Kayes), Place des 3 Retards et Impact sur le Service de Gynécologie-Obstétrique ». *HEALTH SCIENCES AND DISEASE* 21 (10): 59-63. <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/2337>.
- Dimbuene, Zacharie Tsala, Joshua Amo-Adjei, Dickson Amugsi, Joyce Mumah, Chimaraoke O. Izugbara, et Donatien Beguy. (2018). « Women's Education and Utilization of Maternal Health Services in Africa: A Multi-Country and Socioeconomic Status Analysis ». *Journal of Biosocial Science* 50 (6): 725-48. <https://doi.org/10.1017/S0021932017000505>.
- Duysburgh, E., W-H. Zhang, M. Ye, A. Williams, S. Massawe, A. Sié, J. Williams, R. Mpenbeni, S. Loukanova, et M. Temmerman. (2013). « Quality of Antenatal and Childbirth Care in Selected Rural Health Facilities in Burkina Faso, Ghana and Tanzania: Similar Finding ». *Tropical Medicine & International Health* 18 (5): 534-47. <https://doi.org/10.1111/tmi.12076>.
- Fassin D. (2005). « "Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie." » In *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux. Chapitre 14, Sociétés, cultures et santé.*, 383-99. Québec : Les Presses de l'Université Laval; Paris : Anthropos.
- Foulon, Gérard, et Romaric T. Some. (2005). « Quel système de financement de l'accès aux soins des populations dans les PED ? : Le cas des districts de santé au Burkina Faso ». *Mondes en développement* 131 (3): 99. <https://doi.org/10.3917/med.131.0099>.
- Harang M., et Varenne B. (2008). « Les structures de soins ». In *Ouagadougou (1850-2004)*, édité par Florence FOUNET, A. MEUNIER-NIKIEMA, et G. SALEM, 95-105. IRD Éditions. <https://doi.org/10.4000/books.irdeditions.901>.
- Ikeako, L. C., H. E. Onah, et G. C. Iloabachie. (2006). « Influence of Formal Maternal Education on the Use of Maternity services in Enugu, Nigeria ». *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 26 (1): 30-34. <https://doi.org/10.1080/01443610500364004>.
- Institut de recherche en sciences de la santé (IRSS). (2011). « Evaluation des Besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence, couplée à la cartographie de l'offre de soins en Santé de la Reproduction au Burkina Faso, Burkina Faso ». Ministère de la recherche scientifique et de l'innovation.
- Jaffré, Yannick, Yvéline Diallo, Patricia Vasseur, et Chrystelle Grenier Torres. (2009). *La bataille des femmes: analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest*.
- Kumar, Vishwajeet, Saroj Mohanty, Aarti Kumar, Rajendra P. Misra, Mathuram Santosham, Shally Awasthi, Abdullah H. Baqui, et al. (2008). « Effect of Community-Based Behaviour Change Management on Neonatal Mortality in Shivgarh, Uttar Pradesh,

- India: A Cluster-Randomised Controlled Trial ». *The Lancet* 372 (9644): 1151-62. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61483-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61483-X).
- Ly A., Kouanda S., et Ridde V. (2014). « Nursing and Midwife Staffing Needs in Maternity Wards in Burkina Faso Referral Hospitals ». *Human Resources for Health* 12 (Suppl 1): 7. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-S1-S8>.
- Millogo, Tieba, Marie Laurette Agbre-Yace, Raissa K Kourouma, W Maurice E Yaméogo, Akoua Tano-Kamelan, Fatou Bintou Sissoko, Aminata Soltié Koné-Coulibaly, Anna Thorson, et Seni Kouanda. (2020). « Quality of Maternal and Newborn Care in Limited-Resource Settings: A Facility-Based Cross-Sectional Study in Burkina Faso and Côte d'Ivoire ». *BMJ Open* 10 (6): e036121. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036121>.
- Ministère de la Santé. (2015). « Annuaire statistique ». Ouagadougou.
- Ministère de la Santé. (2018). « Annuaire statistique ». Ouagadougou.
- Moran, Allisyn C., Gabriel Sangli, Rebecca Dineen, Barbara Rawlins, Mathias Yaméogo, et Banza Baya. (2006). « Birth-Preparedness for Maternal Health: Findings from Koupéla District, Burkina Faso ». *Journal of Health, Population, and Nutrition* 24 (4): 489-97. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3001153/>.
- Mugenyi, Godfrey Rwambuka, Joseph Ngonzi, Blair Johnson Wylie, Jessica Elizabeth Haberer, et Adeline Adwoa Boatin. (2021). « Quality of Vital Sign Monitoring during Obstetric Hospitalizations at a Regional Referral and Teaching Hospital in Uganda: An Opportunity for Improvement ». *The Pan African Medical Journal* 38 (252). <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.38.252.21749>.
- Mwaliko, Emily, Raymond Downing, Wendy O'Meara, Dinah Chelagat, Andrew Obala, Timothy Downing, Chrispinus Simiyu, et al. (2014). « "Not Too Far to Walk": The Influence of Distance on Place of Delivery in a Western Kenya Health Demographic Surveillance System ». *BMC Health Services Research* 14 (1): 212. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-212>.
- Organisation mondiale de la Santé. (2019). « Évolution de la mortalité maternelle 2000 to 2017 : estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du groupe de la banque mondiale et de la division de la population des Nations Unies : résumé d'orientation ». WHO/RHR/19.23. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332962>.
- Raoul, Atade Sèdjro, Hounkponou Ahouingnan Fanny Maryline Nouessèwa, Obossou Achille Awadé Afoukou, Gabkika Bray Madoué, Doha Sèna Mireille Isabelle, Sidi Rachidi Imorou, Vodouhe Mahublo Vinadou, et Salifou Kabibou. (2021). « Facteurs Associes Aux Deces Maternels A L'hôpital De Zone Saint Jean De Dieu De Tanguieta De 2015 A 2019 ». *European Scientific Journal ESJ* 17 (29). <https://doi.org/10.19044/esj.2021.v17n29p93>.
- Ridde, Valéry. (2007). *Équité et mise en oeuvre des politiques de santé au Burkina Faso*. Paris: L'Harmattan.
- Sanni Yaya, Hachimi. (2017). *Risquer la mort pour donner la vie: politiques et programmes de sant{acute}e maternelle et infantile en Afrique*. Presses de l'Université Laval. Québec. <https://www.deslibris.ca/ID/453232>.

- Sombié, Issiakia, Ziémélé Clément Méda, Léon Blaise Geswendé Savadogo, Donmozoun Téléphore Somé, Sophie Fatoumata Bamouni, Moussa Dadjoari, Ramata Windsouri Sawadogo, et Djénéba Sanon-Ouédraogo. (2018). « La lutte contre la mortalité maternelle au Burkina Faso est-elle adaptée pour réduire les trois retards ? » *Santé Publique* 30 (2): 273. <https://doi.org/10.3917/spub.182.0273>.
- Thaddeus S., et Maine D. (1994). « Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context ». *Social Science & Medicine* 38 (8): 1091-1110. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90226-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90226-7).
- Umar, Abubakar Sadiq. (2017). « Does female education explain the disparity in the use of antenatal and natal services in Nigeria? Evidence from demographic and health survey data ». *African Health Sciences* 17 (2): 391. <https://doi.org/10.4314/ahs.v17i2.13>.
- Zerbo R. (2016). *Une anthropologie de la décentralisation du système de santé au Burkina Faso*. Presses Universitaires de Ouagadougou.

© 2022 FOFANA, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.