

Université de Montréal

**Les barrières persistantes limitant l'accès des femmes aux soins de
santé reproductive et à la planification familiale dans un contexte de
gratuité des soins au Burkina Faso**

Par

Camille Beaujoin

École de santé publique, département de médecine sociale et préventive

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise en santé publique, option
recherche

Novembre 2020

© Camille Beaujoin, 2020

Université de Montréal

École de santé publique, département de médecine sociale et préventive

Ce mémoire intitulé

Les barrières persistantes limitant l'accès des femmes aux soins de santé reproductive et à la planification familiale dans un contexte de gratuité des soins au Burkina Faso

Présenté par

Camille Beaujoin

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Olivier Ferlatte

Président-rapporteur

Thomas Druetz

Directeur de recherche

Béatrice Godard

Membre du jury

Résumé

Le 1er juin 2016, la politique nationale de gratuité des soins de santé reproductive est entrée en vigueur au Burkina Faso. Elle vise à réduire la mortalité maternelle en améliorant l'accès aux soins de santé pendant la grossesse, l'accouchement, et en post-partum. Si cette politique a permis d'augmenter la fréquentation dans les centres de santé reproductive par les femmes, d'autres barrières pourraient encore limiter le recours à ces services. Il s'agit, d'une part, de la mauvaise qualité des relations entre les femmes et les soignant·e·s, et d'autre part, du faible pouvoir décisionnel des femmes en matière de santé reproductive et de planification familiale. Notre étude vise à décrire ces deux barrières potentielles dans le contexte de la gratuité des soins au Burkina Faso. Nous avons réalisé une étude qualitative descriptive en milieu rural. Des données ont été collectées à l'aide d'entrevues semi-dirigées et de groupes de discussion, auprès de femmes burkinabè en âge d'avoir des enfants, de leurs maris, et d'informatrices clés. Nos résultats montrent, d'une part, que les relations avec les soignant·e·s et la qualité des soins au centre de santé sont perçues comme satisfaisantes par les femmes. D'autre part, si la gratuité des soins semble efficace pour améliorer l'accès aux soins de santé reproductive et à la planification familiale, le poids des normes sociales semble toujours limiter le pouvoir décisionnel des femmes. Au regard de ces résultats, des pistes d'action seraient à envisager en complément de la gratuité pour améliorer le pouvoir décisionnel des femmes en matière de santé.

Mots-clés : Burkina Faso, gratuité des soins, planification familiale, pouvoir décisionnel, relation soignant·e·s-soignées, santé reproductive

Abstract

On June 1, 2016, the national user fee exemption policy has been introduced in Burkina Faso. It aims to reduce maternal mortality by improving access to healthcare during pregnancy, childbirth, and postpartum. This policy has increased the number of women attending reproductive health centres, however other barriers could still prevent women from seeking healthcare. These barriers are, first, the poor quality of relationships between women and healthcare providers, and second, women's lack of decision-making power in matters of reproductive health and family planning. Our study aims to describe these two potential barriers in the context of free healthcare in Burkina Faso. We carried out a descriptive qualitative study in rural areas. Data were collected through semi-structured interviews and focus groups from Burkinabe women of childbearing age, their husbands, and key informants. Our results show, on one hand, that relationships with healthcare providers and quality of care at health centres are perceived as satisfactory by women. On the other hand, while the user fee exemption policy seems to be effective in improving access to reproductive care and family planning, social norms seem to limit women's decision-making power. In view of these results, courses of action could be imagined to improve the decision-making power of women regarding reproductive health and family planning.

Keywords: Burkina Faso, decision-making power, family planning, national user fee exemption policy, provider-patient relationship, reproductive health

Table des matières

Résumé	1
Abstract.....	2
Table des matières.....	3
Liste des tableaux	8
Liste des figures	9
Liste des sigles et abréviations.....	10
Remerciements.....	11
Chapitre 1 - Introduction	12
Chapitre 2 - Recension des écrits.....	16
1. La politique nationale de gratuité des soins et l'abaissement de la barrière tarifaire au Burkina Faso.....	16
2. Les barrières économiques, géographiques et psychosociales persistantes	20
2.1 Les barrières géographiques	20
2.2 Les barrières psychosociales	21
2.3 Les barrières socioéconomiques.....	22
2.4 La qualité des soins	23
3. La relation soignant·e·s-soignées.....	24
4. Les inégalités de genre et le pouvoir décisionnel des femmes.....	28
5. Bilan de la recension des écrits.....	32
6. Objectifs et questions de recherche	34
Chapitre 3 - Méthodologie.....	36
1. Devis d'étude	36
2. Sites de l'étude	37

3.	Population à l'étude.....	38
3.1	Échantillonnage.....	38
3.2	Recrutement des participant·e·s.....	38
4.	Collecte de données.....	39
5.	Stratégie d'analyse.....	41
6.	Critères de scientificité	42
7.	Considérations éthiques et transfert de connaissances	42
8.	Réflexivité de l'étudiante-chercheuse	44
8.1	Réflexions personnelles	44
8.2	Réflexions méthodologiques.....	45
Chapitre 4 - Résultats.....		47
1.	Présentation des participant·e·s	47
1.1	Les entrevues individuelles	47
1.2	Les groupes de discussion	50
2.	La relation soignant·e·s-soignées et la qualité des soins	52
2.1	La relation soignant·e·s-soignées.....	52
2.1.1	Généralités	52
2.1.2	La relation de civilité	53
2.1.3	La relation de soins	54
2.1.4	La relation d'aide psychologique	55
2.1.5	La relation éducative.....	56
2.2	La gratuité des soins et ses effets sur la qualité des soins	57
2.2.1	L'accès aux soins facilité.....	57
2.2.2	La pénurie de médicaments.....	57

2.2.3	Les difficultés relationnelles.....	58
3.	Le pouvoir décisionnel des femmes.....	59
3.1	Le contexte familial.....	60
3.1.1	L'entente familiale	60
3.1.2	La hiérarchie et la structure de pouvoir familiale	61
3.2	Les processus de prise de décisions.....	62
3.2.1	La prise de décision excluant les femmes.....	62
3.2.2	L'autorisation	63
3.2.2.1	Les projets des femmes.....	63
3.2.2.2	Les soins des enfants.....	64
3.2.2.3	Les soins de santé reproductive.....	65
3.2.3	La collaboration entre la femme et sa famille	66
3.2.4	L'information.....	67
3.2.5	La prise de décision concernant l'accès aux services de planification familiale et ses particularités	71
3.2.5.1	L'autorisation formelle du conjoint.....	71
3.2.5.2	L'exclusion de la belle-famille du processus décisionnel	72
3.2.5.3	L'acceptation sociale	73
3.3	Les facteurs susceptibles d'influencer le pouvoir décisionnel des femmes.....	77
3.3.1	La capabilité	78
3.3.1.1	Les regroupements féminins.....	78
3.3.1.2	Les voyages	79
3.3.2	Les ressources	80
3.3.2.1	Les ressources financières.....	80

3.3.2.2	L'éducation.....	81
3.3.3	Les normes informelles.....	82
3.3.4	Les politiques et règles formelles.....	83
3.3.4.1	La sensibilisation.....	83
3.3.4.2	La politique nationale de gratuité des soins de santé reproductive.....	84
3.3.4.3	La politique de gratuité des services de planification familiale.....	86
Chapitre 5 - Discussion.....		88
1.	La relation soignant·e·s-soignées et la qualité des soins.....	88
1.1	La situation dans le contexte de la gratuité des soins.....	88
1.2	L'influence de la politique nationale de gratuité des soins.....	89
1.2.1	Les difficultés pour les soignant·e·s.....	90
1.2.2	La pénurie de médicaments.....	92
2.	Le pouvoir décisionnel des femmes.....	93
2.1	Le continuum de la participation des femmes à la prise de décision.....	93
2.2	Le pouvoir décisionnel des femmes dans la vie quotidienne.....	94
2.3	Le pouvoir décisionnel des femmes en matière d'accès aux soins de santé reproductive.....	95
2.4	Le pouvoir décisionnel des femmes en matière de planification familiale.....	97
2.5	D'autres pistes d'action pour améliorer le pouvoir décisionnel des femmes.....	99
3.	Forces et limites.....	102
3.1	Forces de l'étude.....	102
3.2	Limites.....	103
Chapitre 6 - Conclusion.....		105
Références bibliographiques.....		108

ANNEXES	121
Annexe 1 : Certificat d’approbation éthique	122
Annexe 2 : Formulaire d’information et de consentement pour les entrevues semi-dirigées ...	123
Annexe 3 : Formulaire d’information et de consentement pour les groupes de discussion	131
Annexe 4 : Guide d’entrevue (Femmes)	140
Annexe 5 : Guide d’entrevues (Conjoints)	144
Annexe 6 : Guide d’entrevue (Représentantes des associations féminines locales)	146
Annexe 7 : Guide pour les groupes de discussion.....	149
Annexe 8 : Livre de codes	151
Annexe 9 : Liste de vérification COREQ (Tong et al., 2007)	152

Liste des tableaux

Tableau 1. –	Tableau descriptif des participant·e·s aux entrevues individuelles	49
Tableau 2. –	Tableau descriptif des participantes aux groupes de discussion	51
Tableau 3. –	Tableau récapitulatif des processus décisionnels	76

Liste des figures

Figure 1. –	« <i>L'empowerment</i> » individuel (Ninacs, 2008).....	29
Figure 2. –	Le continuum de la participation des femmes à la prise de décision	70
Figure 3. –	Le cadre conceptuel « <i>Gender at work</i> » (Rao et al., 2016)	77

Liste des sigles et abréviations

ASBC : Agent de santé à base communautaire

CHR : Centre hospitalier régional

CHU : Centre hospitalier universitaire

CMA : Centre médical avec antenne chirurgicale

CSPS : Centre de santé et de promotion sociale

ICP : Infirmier chef de poste

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation non gouvernementale

ONU : Organisation des Nations Unies

SERSAP : Société d'Études et de Recherche en Santé Publique

SONU : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence

WGEKN: *Women and Gender Equity Knowledge Network*

Remerciements

Ce mémoire de maîtrise n'aurait pas vu le jour sans l'aide et le soutien de bon nombre de personnes, qui je l'espère trouveront ici un témoignage de ma reconnaissance.

À Thomas Druetz, mon directeur de recherche : merci pour votre bienveillance, votre disponibilité et vos précieux conseils. Au-delà des compétences que j'ai acquises en recherche et en rédaction, vous m'avez surtout appris à me faire confiance. J'aborde maintenant mon doctorat de façon sereine, et c'est grâce à vos enseignements. Merci.

Un grand merci également à toute l'équipe de la SERSAP à Ouagadougou sans qui cette étude n'aurait pas été possible, il m'a fait grand plaisir de travailler en collaboration avec vous.

Je tiens aussi à remercier chacun-e des participant-e-s qui ont accordé un peu de leur temps pour participer aux entrevues et aux groupes de discussion, merci d'avoir apporté tant de richesse à mon projet en partageant vos expériences.

Enfin, j'adresse tous mes remerciements à chacun-e de mes proches pour leur soutien tout au long de mon programme de maîtrise :

À mes parents et à ma famille, merci pour vos encouragements, et merci d'avoir toujours cru en moi.

À Jérémie, mon ami d'enfance : de Madagascar à la France et de l'Autriche au Québec, merci pour ton amitié inconditionnelle et qui ne connaît pas de frontière.

À Flora, mon amie de voyage et de bibliothèque, merci pour ces heures innombrables de rédaction comme pour ces beaux souvenirs partagés.

À Vincent, merci pour cette belle histoire que l'on a déjà construite, et pour tout ce que l'avenir nous réserve.

Et à tous mes ami-e-s de l'ESPUM et d'ailleurs, merci pour votre présence et votre amitié, et pour m'avoir donné le courage de me lancer dans ce beau projet.

Chapitre 1 - Introduction

En Afrique subsaharienne, peu après la fin de la colonisation, la gratuité des soins était en vigueur dans de nombreux pays, et considérée comme « une conquête fondamentale de la libération des peuples de la domination coloniale » (Tizio & Flori, 1997). Par la suite, en 1978, la déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaire reconnaît la santé comme un droit humain fondamental et demande aux gouvernements de veiller à ce que des soins de santé primaires soient accessibles et adéquats pour l'ensemble de leur population (Organisation mondiale de la santé, 1978). Cependant, dans les années 80, des problèmes de financements du système de soins ont été observés dans certains pays africains, notamment en lien avec l'augmentation de la population et la pandémie de VIH/SIDA (McPake et al., 1993). Ce sont ces problématiques de financements qui ont conduit l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et les Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) à proposer l'Initiative de Bamako en 1987, dont les objectifs étaient de favoriser l'accès universel aux soins de santé primaires en introduisant un mécanisme de recouvrement des frais médicaux par les utilisateur-ice-s (McPake et al., 1993). Or, il a été observé que le coût des soins médicaux a entraîné une faible utilisation des services de soins, un surendettement chez les populations les plus pauvres, et que la gamme des services proposés dans les centres de santé primaires n'a pas augmenté pour autant (Ridde & Girard, 2004). Face à ces iniquités d'accès aux soins, de nombreux pays africains ont alors retiré ces frais d'utilisation, ce qui s'inscrit dans la poursuite des Objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé proposés par l'Organisation des Nations Unies (ONU) (Robert et al., 2012).

Cependant, selon le rapport de l'ONU sur les Objectifs du Millénaire pour le développement, dans le domaine de la santé maternelle, les objectifs prévus pour 2015 n'ont pas été atteints, malgré une diminution de 49% de la mortalité maternelle entre 1990 et 2015 en Afrique subsaharienne (Organisation des Nations unies, 2015a). Les Objectifs pour le Développement durable, qui succèdent aux Objectifs du Millénaire et dont le terme est en 2030, visent à diminuer la mortalité maternelle à moins de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes

en Afrique subsaharienne, ainsi qu'à assurer l'accès à des soins de santé sexuelle et reproductive pour toutes les femmes (Organisation des Nations unies, 2015b).

L'Organisation mondiale de la Santé explique que la plupart des décès maternels pourraient être évités en permettant aux femmes d'avoir accès à des soins de santé pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et en post-partum (Organisation mondiale de la santé, 2018). D'autre part, 99% des décès maternels surviennent dans les pays en voie de développement, dont la moitié en Afrique subsaharienne (Organisation mondiale de la santé, 2019). Les principales complications qui peuvent survenir pendant ou après la grossesse et l'accouchement sont les hémorragies, les infections, l'hypertension, ou encore les avortements non sécuritaires (Organisation mondiale de la santé, 2019). Ces complications sont évitables et représentent 75% de l'ensemble des décès maternels (Organisation mondiale de la santé, 2019). Par ailleurs, l'OMS ajoute que l'accès aux services de planification familiale et à la contraception permettrait également de réduire les risques pour la santé des mères liés aux grossesses non désirées (World Health Organization, 2018). De ce fait, l'OMS recommande de faciliter l'accès aux soins de santé reproductive, ce qui s'inscrit dans la lignée de l'amélioration de la couverture sanitaire universelle – la principale stratégie proposée pour atteindre les Objectifs pour le Développement durable dans le domaine de la santé (Organisation mondiale de la santé, 2013).

Au Burkina Faso, la mortalité maternelle est en constante diminution : en 2000, on comptait 516 décès pour 100 000 naissances vivantes, puis 385 en 2010 (Global Health Observatory data repository, 2019). Cependant, les dernières données disponibles restent préoccupantes, et on estime la mortalité maternelle à 320 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2017 (Global Health Observatory data repository, 2019). D'autre part, si on estime que 80% des naissances se sont déroulées en présence d'un·e professionnel·le de santé qualifié·e au Burkina Faso en 2015 (Global Health Observatory data repository, 2020), de fortes disparités persistent entre le milieu rural et urbain. En effet, en 2010, plus de 93% des femmes résidant en milieu urbain ont accouché dans un centre de santé public ou privé, contre seulement 60% des femmes qui vivent en milieu rural (Institut National de la Statistique et de la Démographie et al., 2012). Ces dernières sont également les plus susceptibles d'accoucher à domicile (Institut National de la Statistique et de la Démographie et al., 2012).

Les coûts liés à la santé constituent une barrière majeure à l'accès aux soins pour les femmes en Afrique (Nanda, 2002). Ainsi, pour permettre l'abaissement de cette barrière tarifaire, la politique nationale de gratuité des soins pour les femmes et les enfants de moins de cinq ans est entrée en vigueur le 1er juin 2016 au Burkina Faso (Ministère de la Santé, 2016). Elle couvre le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, les soins pour les enfants de moins de cinq ans, les césariennes et accouchements, ainsi que les soins prénatals et postnatals (Gouvernement du Burkina Faso, 2016). Par ailleurs, depuis le 24 juin 2019, la politique de gratuité des soins a été étendue aux services de planification familiale dans deux régions pilote du Burkina Faso (Décret n°2019-0040 portant gratuité des soins et des services de planification familiale au Burkina Faso, 2019).

L'abaissement de la barrière tarifaire est une stratégie reconnue comme efficace pour réduire les inégalités d'accès aux soins de santé reproductive en Afrique (Dzakpasu et al., 2014). Cependant, cette barrière n'est pas le seul facteur susceptible de limiter l'accès aux soins de santé : ainsi, même dans un contexte où les soins sont gratuits, d'autres facteurs pourraient limiter le recours aux services de santé reproductive par les femmes (De Allegri et al., 2011) et le nombre d'accouchements à domicile et en l'absence d'un·e professionnel·le de santé qualifié·e demeure élevé au Burkina Faso (Kouanda et al., 2016). La distance géographique, les mauvaises expériences vécues par les femmes en centre de santé, les barrières socioéconomiques, le statut social de la femme et la perception de la qualité des soins en sont des exemples (Belaid et al., 2017 ; Niang et al., 2015 ; Somé et al., 2011).

Ne pouvant prétendre examiner en profondeur chacune de ces barrières dans notre mémoire, notre étude répondra donc à un besoin de connaissances autour de deux barrières spécifiques qui persistent dans ce contexte de gratuité des soins, et dont nous soupçonnons l'influence négative sur le recours aux services de santé reproductive par les femmes. Il s'agit d'une part, de la relation soignant·e-s-soignées et des relations conflictuelles entre les femmes et les soignant·e-s, et d'autre part, du faible pouvoir décisionnel des femmes en matière de soins de santé. Le chapitre suivant de ce mémoire, consacré à la recension des écrits, décrira plus en profondeur ces deux barrières d'intérêt dans notre étude.

Concernant l'organisation de ce mémoire, nous aborderons d'abord la recension des écrits, qui a été effectuée afin de synthétiser les preuves déjà réunies sur le thème à l'étude, ainsi que les éléments qui demeurent à examiner (Chapitre 2). Cette recension se terminera par la présentation de nos objectifs et des questions de recherche spécifiques. Par la suite, la section « Méthodologie » (Chapitre 3) viendra décrire la démarche que nous avons adoptée, et les éléments méthodologiques qui en ont découlé, dans la conduite de la recherche. Les résultats figureront dans la section suivante (Chapitre 4), et seront organisés en fonction des deux grandes barrières d'intérêt dans notre étude, soit la relation soignant-e-s-soignées et le pouvoir décisionnel des femmes. Il s'ensuivra une discussion (Chapitre 5) qui permettra de mettre en lumière les résultats observés au regard de ceux obtenus dans d'autres études scientifiques et décrira les principales forces et limites du mémoire. Finalement, le Chapitre 6 conclura en revenant sur les points saillants et la portée de nos résultats pour atteindre la couverture sanitaire universelle tout en améliorant l'autonomisation des femmes dans les milieux ruraux des pays à revenus faibles ou modiques.

Chapitre 2 - Recension des écrits

Dans la présente recension des écrits, nous aborderons en premier lieu la politique de gratuité des soins et ses effets sur la barrière tarifaire. Dans un second temps, nous évoquerons les barrières économiques, géographiques et psychosociales qui sont susceptibles de limiter l'accès aux soins de santé reproductive. En troisième et quatrième point, nous approfondirons respectivement la relation soignant-e-s-soignées et le pouvoir décisionnel des femmes, les deux barrières d'intérêt dans notre étude. Nous ferons ainsi un état des lieux des connaissances actuelles, en nous focalisant sur les pays d'Afrique subsaharienne, et particulièrement sur le Burkina Faso.

1. La politique nationale de gratuité des soins et l'abaissement de la barrière tarifaire au Burkina Faso

Le Burkina Faso est un pays d'Afrique de l'Ouest sans accès à la mer. Sa population compte plus de 19 millions d'habitants en 2018 (World Bank, 2018a). Environ 70% de la population résidait en milieu rural en 2018 (World Bank, 2018b). Le secteur agricole employait 25% de la population active en 2019 (World Bank, 2019). Le Burkina Faso fait partie des pays les plus pauvres du monde : en 2014, 40,1% de la population vivait sous le seuil national de pauvreté (World Bank, 2014).

Avant l'entrée en vigueur de la politique nationale de gratuité des soins, plusieurs interventions d'exemption de paiement ont été mises en œuvre au Burkina Faso. En 2006, le gouvernement du Burkina Faso a introduit une subvention de 80% des coûts des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) (Ministère de la Santé et al., 2006). À partir de 2008, dans les districts de Dori et Sebba, une organisation non gouvernementale (ONG) a financé les

20% restant, ainsi que la totalité des coûts des soins de santé pour les enfants de moins de cinq ans (Samb & Ridde, 2018). Enfin, des projets pilotes de gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans ont été mis en œuvre par diverses ONG entre 2008 et 2015 (Druetz et al., 2017). C'est l'évaluation de ces différentes interventions qui a conduit à l'introduction de la politique nationale de gratuité des soins le 1er juin 2016. D'autre part, le 26 décembre 2018, le conseil des ministres au Burkina Faso annonçait la mise en œuvre de la gratuité des services de planification familiale à compter du 24 juin 2019 dans les deux régions pilote des Cascades et de Centre-Ouest, avant d'être étendue à l'ensemble du territoire (Décret n°2019-0040 portant gratuité des soins et des services de planification familiale au Burkina Faso, 2019).

Les coûts des soins médicaux constituent un obstacle important à l'accès aux services de santé dans les pays en voie de développement, et en particulier pour les populations en situation de pauvreté (James et al., 2006). Une étude réalisée par l'ONG Médecins sans Frontières dans cinq pays africains a montré que les coûts associés aux soins médicaux entraînent une faible utilisation des services de santé, et risquent d'appauvrir davantage les populations qui les rejoignent (Ponsar et al., 2011). Au Burkina Faso, les ménages les plus pauvres font face à des dépenses de santé catastrophiques lorsque les soins sont payants (Su et al., 2006). Le coût financier d'un accouchement avec complications médicales représente le double du coût d'un accouchement normal, au Burkina Faso et au Kenya (Perkins et al., 2009). Au Nigéria, l'introduction des frais médicaux dans les hôpitaux en 1984 a été suivie par une diminution des accouchements assistés, une augmentation de la mortalité maternelle et une diminution du pouvoir d'achat des populations (Owa et al., 1995).

Pour cette raison, plusieurs pays africains ont implanté diverses mesures d'exemption de paiement, et celles-ci ont montré des résultats positifs. Au Burkina Faso, l'évaluation de projets pilotes de gratuité a montré que l'utilisation des services de soins par les femmes a augmenté de 4% entre 2007 et 2010, l'augmentation étant plus importante au sein des populations les plus pauvres, ainsi qu'en milieu rural (Ganaba et al., 2016). Des résultats similaires ont été observés en Ouganda : depuis l'abandon de la participation aux frais médicaux en 2001, le nombre moyen de nouvelles visites mensuelles dans les centres de santé a augmenté d'environ 53%, et la fréquentation de tous les services de santé a augmenté, y compris pour ceux qui sont gratuits

depuis toujours (Burnham et al., 2004), ce qui a été évalué comme bénéfique pour les populations en situation de pauvreté (Deininger & Mpuga, 2005). En Afrique du Sud, le nombre de consultations pour des soins de santé primaires a presque doublé après l'introduction de la politique d'exemption de paiement en 1996 (Wilkinson et al., 2001). Au Niger, l'abolition de paiement des soins médicaux pour les femmes et les enfants a été estimée unanimement par la population comme positive et équitable (Ridde & Diarra, 2009).

Lorsque les accouchements sont exemptés de paiement, le nombre d'accouchements assistés par un-e professionnel-le de la santé qualifié-e augmente de façon durable, comme cela a été démontré au Burkina Faso, où le nombre mensuel d'accouchements assistés a doublé trois ans après l'introduction de la politique de gratuité, voire quadruplé dans le district de Dori (Haddad et al., 2013). Au Kenya, le nombre d'accouchements en centre de santé a augmenté de 29,5%, 24 mois après l'introduction de la politique de gratuité (Gitobu et al., 2018). Au Mali et au Bénin, la politique d'exemption de paiement des césariennes a permis d'augmenter significativement le nombre d'accouchements par césarienne de 36%, ce qui a principalement bénéficié aux femmes vivant en milieu rural et aux femmes en situation de pauvreté (Ravit et al., 2018). Au Sénégal, dans les cinq régions où la politique de gratuité des accouchements et césariennes a été introduite à partir de 2005, une augmentation de 40 à 44% du nombre d'accouchements assistés, et une augmentation de la proportion de césariennes assistées de 5,6% ont été observées, contrairement aux régions dans lesquelles ladite politique ne s'applique pas (Witter et al., 2010). Au Ghana, il a été observé que les femmes consultaient plus rapidement dans les centres de santé pour des complications liées à la grossesse depuis l'introduction de la politique de gratuité (Ansong-Tornui et al., 2007).

D'autres études ont évalué les effets de la gratuité des soins pour les enfants en Afrique. Au Burkina Faso, la gratuité pour les enfants de moins de cinq ans a permis de soulager les ménages d'un poids financier important, y compris pour les familles en situation de grande pauvreté (Abdou Illou et al., 2015). Une étude réalisée en 2008 a estimé que l'exemption de paiement pour les enfants de moins de cinq ans au niveau national pourrait sauver plusieurs milliers de vies d'enfants burkinabè (Johri et al., 2014). Au Niger, l'exemption du paiement pour les enfants de moins de cinq ans a conduit à une plus grande précocité de la prise en charge des

principales causes de mortalité infantile (Diarra, 2012). Au Bénin et au Mali, la politique d'exemption de paiement des césariennes a contribué à réduire la mortalité néonatale de façon significative (Ravit et al., 2018). Au Ghana, un essai contrôlé randomisé a montré que, lorsque les soins sont gratuits, les enfants sont plus fréquemment emmenés par leurs parents dans un centre de santé et sont moins souvent soignés à la maison (Ansah et al., 2009).

L'état actuel des connaissances sur les politiques de gratuité dans les pays africains montre l'importance de mettre en œuvre correctement et de financer adéquatement ces politiques pour qu'elles soient efficaces et équitables (Ridde & Queuille, 2015). Par exemple, au Burkina Faso, en 2010, près de la moitié des femmes ont rapporté avoir payé des frais médicaux supplémentaires, mettant ainsi en évidence la nécessité d'approfondir l'implantation de la politique de gratuité (Ridde et al., 2013). Malgré cela, la gratuité n'a pas impacté négativement la qualité des soins perçue par les femmes burkinabè, et selon une étude, leur perception de cette qualité des soins demeure positive (Philibert et al., 2014). Mais d'autres pays africains ont expérimenté des difficultés similaires. C'est le cas en Éthiopie, où les médicaments et le matériel médical restent souvent à la charge des femmes, malgré la gratuité des accouchements (Pearson et al., 2011). Au Burundi, la mise en œuvre soudaine de l'exemption de paiement a occasionné plusieurs défis pour les professionnel·le·s de santé, tels que la pénurie de médicaments et l'augmentation de la charge de travail administratif pour les soignant·e·s (Nimpagaritse & Bertone, 2011). Le Nigéria a fait face à ces mêmes difficultés, mais également à un manque de financement, d'infrastructure et de ressources humaines (Galadanci et al., 2010). Ces résultats confirment les propos de Valéry Ridde et Ludovic Queuille, qui estiment que « la gratuité des soins ne résoudra pas tous les problèmes que vivent les populations et les systèmes de santé » (Ridde & Queuille, 2015). En effet, comme nous le montrerons plus précisément à la section suivante de ce chapitre, d'autres barrières peuvent limiter l'accès aux soins de santé reproductive pour les femmes en Afrique, au-delà de la barrière tarifaire.

2. Les barrières économiques, géographiques et psychosociales persistantes

La barrière financière ne constitue pas l'unique déterminant de l'accès aux soins de santé reproductive dans les pays d'Afrique subsaharienne. Malgré la gratuité des soins obstétricaux, la proportion de femmes qui accouchent à domicile demeure élevée au Burkina Faso (Kouanda et al., 2016). Il est donc important que les autres barrières qui persistent malgré la gratuité soient traitées, pour que les populations bénéficient pleinement de l'exemption de paiement (El-Khoury et al., 2012). Plusieurs de ces barrières ont déjà été décrites dans la littérature, au Burkina Faso et ailleurs. Béatrice Nikiema, Slim Haddad et Louise Potvin ont identifié trois sortes de barrières qui limitent l'accès aux soins pour les femmes du Burkina Faso : les barrières géographiques, les barrières psychosociales et les barrières socioéconomiques (Nikiema et al., 2012). Nous emprunterons donc ce modèle aux auteur-e-s dans cette section, auquel nous ajouterons la perception de la qualité des soins.

2.1 Les barrières géographiques

La distance entre les foyers et les centres de santé, ainsi que la disponibilité restreinte des transports publics constituent les barrières géographiques. En 2018, le Burkina Faso comptait 6 centres hospitaliers universitaires (CHU), 8 centres hospitaliers régionaux (CHR), 49 centres médicaux avec une antenne chirurgicale (CMA), 118 centres médicaux, 172 dispensaires, 9 maternités et 1955 centres de santé et de promotion sociale (CSPS) (Institut National de la Statistique et de la Démographie et al., 2019). Malgré une augmentation du nombre de CSPS au niveau national qui contribue à alléger les barrières géographiques, seulement 60% des femmes Burkinabè qui résident en milieu rural ont accouché dans un centre de santé public ou privé en 2010 (Institut National de la Statistique et de la Démographie et al., 2012). En effet, en 2014, le rayon d'action moyen des infrastructures sanitaires publiques était de 6,9 km (Ministère de la

santé et al., 2015), ainsi, les femmes Burkinabè qui résident en milieu rural et qui ne disposent pas de moyen de locomotion n'ont pas d'autres possibilités que de marcher plusieurs kilomètres jusqu'au centre de santé pour accoucher : en conséquence, ces femmes accouchent fréquemment à domicile (Somé et al., 2011).

Ces barrières se retrouvent aussi dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne : au Ghana, les femmes qui vivent à moins de dix kilomètres du centre de santé le plus proche, de même que les femmes qui résident dans une communauté qui met à disposition des transports publics sont les plus susceptibles d'accoucher en centre de santé (Mills et al., 2008). En Tanzanie, malgré l'exemption de paiement des soins de santé reproductive, les femmes font toujours face à de nombreuses dépenses pour accoucher en centre de santé, et plus de la moitié de ces dépenses sont destinées au paiement des transports (Kruk et al., 2008). Au Kenya, les femmes qui vivent en milieu rural consultent moins pour des soins prénataux, comparativement aux femmes qui vivent en milieu urbain : or, il a été observé que les femmes qui effectuent une visite prénatale dès le début de leur grossesse sont plus susceptibles d'accoucher en présence d'un-e professionnel-le de santé (Ochako et al., 2011). Au Mozambique, il a été observé que le ratio d'utilisation des services de planification familiale se trouve réduit lorsque l'accès géographique à ces services est limité (Yao et al., 2013).

2.2 Les barrières psychosociales

D'autres barrières à l'accouchement assisté peuvent être décrites comme psychosociales. Tout d'abord, comme nous le montrerons plus précisément en quatrième partie de ce chapitre, le faible pouvoir décisionnel des femmes constitue une importante barrière pouvant limiter l'accès aux soins de santé reproductive. Ensuite, la prise de décision de rejoindre ou non les services de santé reproductive pour une femme est parfois guidée par les conseils des autres femmes de son entourage. C'est le cas au Burkina Faso, où une étude réalisée dans les districts de Ouargaye et Diapaga a montré que les femmes recherchent souvent conseil auprès de leurs proches en matière d'accouchement, or il arrive fréquemment que la mère et la belle-mère d'une

femme lui conseillent de rester chez elle pour accoucher, mettant en avant leurs expériences personnelles d'accouchement à domicile qui se sont bien déroulées (Somé et al., 2011). Au Mali, une femme aurait plus de chances de rejoindre les services de santé maternelle lorsqu'elle vit à proximité d'autres femmes qui ont recours à ces services (Gage, 2007). Enfin, plusieurs études réalisées en Afrique subsaharienne citent l'influence de facteurs culturels sur la décision des femmes d'accoucher ou non en centre de santé. Par exemple, au Burkina Faso, il a été observé que l'appartenance à certaines ethnies et les convictions religieuses pourraient influencer positivement ou négativement le recours aux soins prénatals et à l'accouchement assisté (De Allegri et al., 2011). D'autre part, des femmes burkinabè ont témoigné percevoir les consultations prénatales comme réservées aux femmes qui seraient malades, et ont expliqué qu'elles n'y ont donc recours que lorsqu'elles estiment avoir besoin de soins curatifs (Niang et al., 2015). C'est aussi le cas en Tanzanie, où il a été observé que la façon dont les femmes perçoivent les risques liés à la grossesse au sein de leur communauté a une influence sur leur choix de se rendre ou non à une consultation prénatale (Kowalewski et al., 2000). En Ouganda, l'accouchement serait considéré comme une épreuve de résistance que les femmes devraient endurer seules, et en conséquence, le recours aux services de santé pourrait être perçu comme une solution de dernier recours (Kyomuhendo, 2003). Cependant, ces résultats ont été nuancés par d'autres auteur·e·s, qui estiment que les facteurs culturels ne pourraient expliquer à eux seuls l'absence de recours aux services de santé reproductive, et que la surconsidération de ces facteurs pourrait conduire à occulter les problématiques sociales et matérielles vécues par les femmes en matière de santé reproductive (Belaid et al., 2017 ; Fassin & Defossez, 1992 ; Zongo, 2015).

2.3 Les barrières socioéconomiques

Les barrières d'ordre socioéconomique peuvent également limiter l'accès aux soins de santé reproductive pour les femmes, et même dans un contexte où les soins sont gratuits, la question des ressources financières reste un enjeu important qui entoure l'accès aux soins. D'une part, au Burkina Faso, il a été montré que malgré la politique de subvention de 80% des coûts

médicaux, introduite en 2006, de nombreuses femmes étaient tenues de payer des sommes d'argent plus importantes que prévues, en lien avec une implantation inadéquate de cette politique (Ridde et al., 2013). D'autre part, les femmes burkinabè qui vivent dans les ménages les plus aisés sont plus susceptibles de recourir à une consultation prénatale que celles qui vivent en situation de pauvreté (De Allegri et al., 2011). Enfin, le niveau de lettrisme des femmes semble avoir une influence sur le recours ou non aux services de santé reproductive au moment de l'accouchement (Mwase et al., 2018).

Ces barrières socioéconomiques se retrouvent également dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne. Au Mali, il a été constaté que l'exemption de paiement des césariennes a bénéficié davantage aux femmes issues des milieux les plus aisés, comparativement aux femmes en situation de pauvreté (El-Khoury et al., 2012). À Nairobi, au Kenya, les femmes qui ont atteint un niveau d'éducation secondaire sont plus susceptibles d'accoucher dans un centre de santé (Bazant et al., 2009). Le même constat est fait en Namibie, où le taux d'accouchement assisté par un-e professionnel-le est deux fois plus élevé chez les femmes scolarisées par rapport aux femmes non scolarisées (Zere et al., 2011). En Zambie, les femmes qui occupent un emploi sont également plus susceptibles d'accoucher en centre de santé (Stekelenburg et al., 2004). Une étude réalisée au Nigéria a montré que le niveau d'éducation du mari pouvait également avoir une influence sur l'utilisation des services de santé maternelle par une femme (Rai et al., 2012).

2.4 La qualité des soins

Enfin, la perception de la qualité des soins est une autre barrière majeure. En particulier, ce sont les mauvaises expériences vécues par les femmes ou par leurs proches au sein des services de santé qui risquent de décourager les femmes à rejoindre ces services (Somé et al., 2011). Au Burkina Faso, des femmes ont expliqué que même lorsqu'elles se déplacent jusqu'au centre de santé pour une consultation prénatale, il arrive que des soignant-e-s les renvoient chez elles pour diverses raisons, comme une charge importante de travail ou une période de vaccination en cours (Niang et al., 2015). D'autres femmes craignent le manque d'intimité pendant les soins en lien

avec l'agencement du centre de santé, voire même la divulgation d'informations médicales par les soignant·e·s auprès des membres de leur communauté (Niang et al., 2015). Toujours au Burkina Faso, une étude réalisée dans la ville de Bobo Dioulasso a montré que les centres de santé privés étaient fréquemment préférés aux centres de santé publics, au regard de la qualité des soins et des relations interpersonnelles avec les soignant·e·s (Haddad et al., 2006).

Des résultats similaires ont été observés dans d'autres pays africains, c'est le cas au Sénégal où les femmes ont plus de chances d'accoucher à domicile lorsqu'elles jugent que la qualité des consultations prénatales reçues en centre de santé est non-satisfaisante (Faye et al., 2010). En Tanzanie, des femmes qui vivent en milieu rural ont témoigné préférer éviter les centres de santé par crainte d'y être victime de discrimination de la part des soignant·e·s (Kowalewski et al., 2000). La question de la relation soignant·e·s-soignées sera développée plus en détail dans la partie suivante de ce chapitre.

3. La relation soignant·e·s-soignées

La relation soignant·e·s-soigné·e·s peut être considérée comme « l'expression, l'objectivation de la démarche clinique mise en œuvre dans la prise en charge de la personne soignée » (Formarier, 2007). Pour l'auteure, la relation soignant·e·s-soigné·e·s peut prendre sept dimensions différentes, selon le contexte de soins rencontré. La relation de civilité est une interaction et renvoie aux obligations sociales telles que la politesse et la courtoisie. La relation de soins s'inscrit dans la réalisation d'un soin technique ou de confort, elle est centrée sur cette activité de soin. La relation d'empathie est centrée sur l'écoute active et la capacité des soignant·e·s à comprendre l'expérience d'un individu sans pour autant la vivre eux·elles-mêmes. La relation d'aide psychologique permet aux soignant·e·s de soutenir un·e patient·e ou ses proches pour surmonter une situation difficile. La relation thérapeutique est un soin à part entière et s'opère auprès de patient·e·s souffrant de maladie mentale. La relation éducative correspond à l'information donnée par un·e soignant·e à un·e patient·e qui doit acquérir des compétences

d'autosoins ou modifier ses habitudes de vie. Enfin, la relation de soutien social est mise en œuvre auprès des proches aidants pour les soutenir dans leur accompagnement d'une personne souffrant de maladie chronique.

Lorsque la charge de travail des soignant·e·s augmente, il arrive que la qualité des soins se dégrade, y compris la relation soignant·e·s-soigné·e·s (Dejours, 2017). Cette augmentation de la charge de travail a été perçue par les soignant·e·s dans plusieurs pays africains. C'est le cas en Afrique du Sud, où la politique d'exemption de paiement des soins pour tous est en vigueur depuis 1996 : des infirmier·ère·s ont estimé que cette augmentation risquait de compromettre leurs pratiques professionnelles (Walker & Gilson, 2004). Cette situation s'est retrouvée également en Ouganda, où des professionnel·le·s de santé ont reconnu avoir une attitude plus négative à l'égard de leur travail depuis l'abolition du partage des frais médicaux en 2001 (Burnham et al., 2004).

Au Burkina Faso, des études ont montré des résultats contradictoires quant à la capacité des soignant·e·s à faire face à la charge de travail supplémentaire induite par l'introduction de la politique nationale de gratuité. En 2011, l'effectif en ressources humaines dans le secteur de la santé a été évalué comme suffisant pour faire face à la gratuité des soins (Antarou et al., 2013). Il existe cependant des disparités d'allocation en matière d'effectifs des ressources humaines entre les centres de santé, en particulier à Ouagadougou, ce qui confirme la nécessité d'améliorer la distribution des professionnel·le·s de santé pour la rendre plus équitable (Ly et al., 2014). Une autre étude a montré que la disponibilité des professionnel·le·s de santé demeure faible (Nikiema et al., 2010). Depuis la mise en place de l'exemption de paiement, des soignant·e·s burkinabè ont rapporté devoir faire face à une charge de travail plus importante et certain·e·s ont donc spontanément limité les plages horaires de gratuité pour prendre du repos (Druetz et al., 2017).

Les relations interpersonnelles entre les femmes et les soignant·e·s influencent considérablement l'acceptabilité et le recours aux services de soins au moment de l'accouchement (D'Ambruso et al., 2005). La rencontre entre les professionnel·le·s de santé et les utilisatrices est donc une étape clé pour construire une relation de confiance entre les femmes et le système de santé (Sia, 2015). Par ailleurs, l'OMS stipule que « toute femme a le droit de jouir

du meilleur état de santé possible, ce qui inclut le droit à des soins de santé dignes et respectueux » (World Health Organization, 2014). Or, de nombreuses femmes ont témoigné de mauvais traitements vécus en centre de santé au moment de l'accouchement, en Afrique subsaharienne comme au Burkina Faso. Ces mauvaises expériences semblent être d'autant plus fréquentes lorsque la femme accouche seule, et qu'aucun·e accompagnant·e n'est présent·e pour l'aider à défendre ses droits (Bohren et al., 2016).

Une revue systématique incluant 65 études réalisées dans 34 pays a mis en évidence de nombreux abus de la part des soignant·e·s à l'encontre des femmes lors de l'accouchement, et en particulier de la violence physique et verbale, de l'absence de soutien psychologique, de la négligence, de la discrimination et du déni de l'autonomie des femmes (Bohren et al., 2015). Par exemple, en Afrique du Sud, des gestes de violence physique, de la méchanceté ou de la négligence perpétrés par des soignant·e·s ont été observés (Jewkes et al., 1998), ainsi que des propos humiliants à l'encontre des femmes (Chadwick et al., 2014). Au Nigéria, il est considéré comme acceptable de frapper une femme qui ne se montre pas coopérante pendant l'accouchement (Bohren et al., 2016). Au Ghana, des femmes ont témoigné préférer accoucher à domicile, car les soignant·e·s usent de violence physique et verbale pendant l'accouchement pour les inciter à pousser (Moyer et al., 2014). Au Kenya, diverses formes de mauvais traitements lors de l'accouchement ont été rapportées par les femmes, telles que la violence physique, la négligence, ou encore le non-respect du consentement lors des soins (Abuya et al., 2015). Le non-respect du secret médical a également été observé au Kenya, dont les principales victimes sont les jeunes femmes kenyanes de moins de 19 ans (Abuya et al., 2015). Au Niger, il a été rapporté que depuis l'introduction de l'exemption de paiement, certain·e·s soignant·e·s supposent que les femmes font semblant d'être malade pour obtenir des médicaments gratuitement, ce qui a un impact négatif sur l'attitude des soignant·e·s à leur égard (Ridde & Diarra, 2009).

En conséquence, les femmes développent des stratégies pour réduire les risques de mauvais traitements et tenter de recevoir des soins de santé reproductive de qualité. En Tanzanie, certaines femmes choisissent de retourner chez elles, ou bien de changer de centre de santé pour leurs grossesses futures, voire de ne plus rejoindre les services de santé du tout (Kujawski et al., 2015 ; McMahan et al., 2014). D'autres femmes tanzaniennes se résignent à vivre ces mauvaises

expériences, et ne peuvent pas les dénoncer par crainte des répercussions (McMahon et al., 2014). Au Ghana, une étude a montré que l'attitude des soignant·e·s à l'encontre des femmes est un facteur qui influence grandement leur choix de centre de santé dans lequel se rendre pour accoucher (D'Ambruso et al., 2005). Pour Jewkes et Penn-Kekana, les formes de violence faites aux femmes au moment de l'accouchement sont semblables aux formes de violence qu'elles subissent aussi dans la sphère intime et privée. Ainsi, les auteures montrent des similitudes entre la domination exercée par les soignant·e·s sur les femmes, et celle exercée par les hommes sur les femmes (Jewkes & Penn-Kekana, 2015).

Au Burkina Faso, seules quelques études se sont intéressées à la relation soignant·e·s-soigné·e·s dans le champ de la santé reproductive. Certaines femmes burkinabè ont témoigné de faits de harcèlement sexuel de la part de soignants de genre masculin (Prytherch et al., 2013). Une étude qualitative réalisée en centre de planification familiale dans le district de Ouagadougou montre que de jeunes femmes ont perçu le discours soignant comme moralisateur, et ont jugé que le temps passé en consultation était trop rapide pour qu'elles puissent bénéficier d'une écoute approfondie et adaptée à leurs besoins (Bationo, 2012). Ces pratiques soignantes risquent de décourager les femmes, et en particulier les femmes non mariées, à rejoindre les services de planification familiale, par crainte d'être stigmatisées (Ouattara et al., 2009). En conséquence, les jeunes femmes célibataires risquent d'être privées des méthodes contraceptives dont elles auraient besoin (Ouattara et al., 2009). En consultation prénatale, les femmes non mariées, les femmes ayant eu plusieurs grossesses rapprochées et les femmes considérées comme étant âgées témoignent avoir perçu des propos stigmatisants de la part des soignant·e·s, au motif que les normes sociales ne reconnaissent pas leur droit à la procréation (Niang et al., 2015). D'autres femmes ont rapporté des réclamations de paiement informel de la part des soignant·e·s (Belaid & Ridde, 2015). De la même façon que dans d'autres pays en Afrique subsaharienne, les femmes burkinabè développent des stratégies d'adaptation face à ces mauvais traitements : elles déploient de gros efforts pour construire une relation positive avec les soignant·e·s, en se montrant coopérantes et en évitant de parler à moins qu'on ne les interroge (Østergaard, 2015). Certaines profitent même du temps d'attente avant la consultation pour échanger des

informations autour de l'humeur des soignant·e·s, et tentent ainsi d'adapter leurs comportements au moment des soins (Østergaard, 2015).

Seule une étude a examiné l'influence de la gratuité des soins de santé reproductive sur la relation soignant·e·s-soignées au Burkina Faso, et mentionne que les tensions relationnelles entre les femmes et les soignant·e·s persistent malgré la subvention de 80% des coûts des SONU qui a été introduite en 2006 (Samb et al., 2013). En revanche, à notre connaissance, la perception des femmes de la relation soignant·e·s-soignées, ainsi que la façon dont ces relations influencent l'accès aux soins de santé reproductive des femmes dans le contexte de gratuité des soins, n'ont pas encore été étudiées au Burkina Faso.

4. Les inégalités de genre et le pouvoir décisionnel des femmes

Selon Naila Kabeer (1999), le pouvoir décisionnel peut être défini comme le processus selon lequel un individu acquiert la capacité à faire des choix. Il est constitué d'un ensemble de trois composantes interreliées : les ressources, l'agentivité et les accomplissements (Kabeer, 1999). Les ressources correspondent aux ressources financières et matérielles, mais aussi humaines et sociales nécessaires. L'agentivité regroupe la participation et la prise de décision, et correspond à la capacité qu'a une personne de définir ses objectifs et d'agir en conséquence. Enfin, les accomplissements sont les résultats accomplis, par exemple en matière de santé et d'éducation.

Un autre modèle décrivant le pouvoir décisionnel est celui de « *l'empowerment* » individuel de William Ninacs (2008). L'auteur décrit quatre composantes qui forment un enchaînement simultané d'étapes : la participation, les compétences pratiques, l'estime de soi et la conscience critique. La participation renvoie à l'idée que, pour acquérir du pouvoir décisionnel, un individu doit entrer en relation avec au moins une autre personne. Les compétences pratiques sont les habiletés nécessaires à un individu pour permettre sa participation. L'estime de soi est décrite par l'auteur comme la transformation psychologique qui permet à une personne de se

savoir capable d'agir dans une situation donnée. Enfin, la conscience critique se décline en quatre étapes : la conscience individuelle, collective, sociale et politique. La figure 1 ci-dessous présente le modèle de William Ninacs.

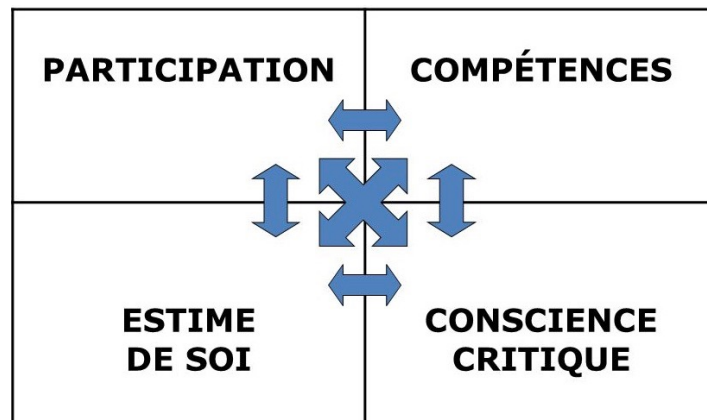


Figure 1. – « L'empowerment » individuel (Ninacs, 2008)

Le pouvoir de décision des femmes concernant leurs soins médicaux est entravé par les inégalités de genre, ce qui impacte négativement leur santé (Paruzzolo et al., 2010). En effet, une étude réalisée dans 31 pays a montré que les femmes qui ont plus de pouvoir décisionnel sont plus susceptibles d'effectuer au moins quatre consultations prénatales, d'accoucher en présence d'un-e professionnel-le de santé qualifié-e, et d'utiliser des moyens de contraception modernes (Ahmed et al., 2010). Pour Sen et Östlin (2008, traduction libre) :

Les relations de pouvoir entre hommes et femmes constituent les causes profondes de l'inégalité des sexes et comptent parmi les déterminants sociaux de la santé les plus influents. Ils déterminent si les besoins des personnes en matière de santé sont reconnus, si elles ont une voix ou un minimum de contrôle sur leur vie et leur santé et si elles peuvent exercer leurs droits.

Un rapport du *Women and Gender Equity Knowledge Network* (WGEKN) décrit les inégalités de genre comme suit (Sen et al., 2007, traduction libre) :

La hiérarchie de genre détermine la façon dont les gens vivent, et croient et prétendent savoir sur ce que signifie être une fille ou un garçon, une femme ou un homme. Les filles et les femmes sont souvent perçues comme étant moins capables et, dans certaines régions, considérées comme des dépositaires de l'honneur de l'homme ou de la famille [...]. Les restrictions de leur mobilité physique, leur sexualité et leur capacité de reproduction sont perçues comme naturelles ; et dans de nombreux cas, les codes de conduite sociale et les systèmes juridiques acceptés tolèrent et même récompensent la violence à leur endroit. Les femmes sont donc considérées comme des objets plutôt que des sujets chez elles et dans leurs propres communautés, ce qui se reflète dans les normes de comportement, les codes de conduite et les lois qui perpétuent leur statut d'êtres inférieurs et de citoyens de second ordre. [...] Les femmes ont souvent moins d'accès au pouvoir politique et une participation plus faible aux institutions politiques [...]. Les hommes ont généralement plus de richesses, de meilleurs emplois, une meilleure éducation, une influence politique accrue et moins de restrictions en matière de comportement.

De fortes inégalités entre les hommes et les femmes persistent au Burkina Faso. La proportion des jeunes filles scolarisées est largement inférieure à celle des garçons, en raison de facteurs socioculturels tels que le mariage précoce, la grossesse, ou encore les travaux domestiques qui leur sont imposés (Kabore et al., 2003). La norme sociale du mariage, ainsi que les injonctions à répondre aux attentes de leur mari en matière de sexualité sont fréquemment rappelées aux femmes, et ce jusque dans les centres de santé où les femmes qui ne s'y conforment pas sont fréquemment stigmatisées par les professionnel·le·s de la santé (Ouattara et al., 2009). En milieu rural, l'emploi des femmes se limite souvent à l'entretien du ménage, ou bien aux travaux agricoles au sein de l'exploitation de leur mari, sur laquelle elles ne disposent généralement d'aucun droit de propriété (Kevane & Gray, 1999 ; Kevane & Wydick, 2001). En milieu urbain, si de plus en plus de femmes exercent une activité professionnelle, il s'agit la plupart du temps de soutenir leur mari face aux difficultés pour assurer les dépenses du ménage, sans pour autant que leur statut de partenaire financier ne soit socialement reconnu (Attané, 2009). En effet, au sein du foyer, l'homme est souvent seul responsable des ressources financières, et les femmes ne disposent que d'un pouvoir de négociation limité (Nikiema et al., 2012).

En Afrique subsaharienne, ces inégalités de genre qui s'opèrent entre les hommes et les femmes façonnent les rapports de pouvoir et ont une influence sur la santé des femmes et de leurs enfants. Au Ghana, les femmes sont souvent responsables de surveiller l'état de santé de leurs enfants, mais doivent obtenir l'accord de leur mari si ceux-ci nécessitent des soins médicaux (Tolhurst et al., 2008). C'est donc tout un processus de négociation qui se met en place au sein du ménage, influencé par de nombreuses normes sociales (Tolhurst et al., 2008). De même, toujours au Ghana, des femmes ont témoigné de gestes de violence de la part de leur mari lorsqu'elles abordaient la question de la planification familiale, ce qui les amenées à utiliser des moyens de contraception sans en informer leur mari, voire à faire officieusement du commerce pour se procurer l'argent nécessaire (Bawah et al., 1999). Il a été montré par ailleurs que le refus du mari est un des facteurs les plus susceptibles de limiter l'accès aux services de planification familiale pour les femmes (Apanga & Adam, 2015). Or, l'importance du consentement du mari en matière de planification familiale a été démontrée en Tanzanie et au Kenya, où les femmes qui ont obtenu l'accord de leur mari pour utiliser les services de planification familiale sont plus susceptibles d'accoucher en centre de santé (Stephenson et al., 2006). Au Cameroun, une femme qui se rendrait dans un centre de santé sans le consentement de son mari serait considérée comme irrespectueuse (Soh, 2007). En Tanzanie, lorsque le chef du ménage est un homme, les femmes sont moins susceptibles de se rendre dans un centre de santé pour accoucher que lorsque la cheffe de ménage est une femme (Mrisho et al., 2007). En Ouganda, les femmes ont plus de chances d'accoucher en centre de santé lorsque la décision de rejoindre les services de santé pour une consultation prénatale a été prise par elles-mêmes (Anyait et al., 2012). Au Botswana et en Zambie, les femmes non mariées sont plus susceptibles que les autres d'accoucher en présence d'un-e professionnel-le de santé qualifié-e (Letamo & Rakgoasi, 2003 ; Stekelenburg et al., 2004). En effet, le statut matrimonial d'une femme pourrait avoir une influence sur son autonomie : les femmes célibataires, bien que disposant de moins de ressources financières que les femmes mariées, pourraient cependant disposer d'une plus grande autonomie décisionnelle (Gabrysch & Campbell, 2009).

Au Burkina Faso, seules quelques études se sont intéressées au pouvoir décisionnel des femmes. Le pouvoir décisionnel des femmes est associé à l'emploi, l'éducation, et un niveau de

revenu élevé au sein du foyer (Pambè et al., 2014). Les femmes qui ont un pouvoir de décision plus important sont plus susceptibles d'être accompagnées par leur mari à une consultation prénatale (Jennings et al., 2014). Traditionnellement, la prise de décision concernant le recours ou non aux services de santé obstétrique par une femme revient à son mari ou à sa belle-famille, en tant que responsable des ressources financières du foyer (Somé et al., 2013). Cependant, lorsque les soins sont gratuits, la capacité des femmes est améliorée, et elles ont recours aux services de santé plus rapidement, puisqu'elles n'ont donc plus besoin de négocier avec leur mari pour obtenir les ressources financières nécessaires (Samb & Ridde, 2018). En revanche, à notre connaissance, aucune étude n'a étudié les processus de prise de décision au sein des ménages dans le contexte de la gratuité des soins de santé reproductive et des services de planification familiale au Burkina Faso.

5. Bilan de la recension des écrits

Pour conclure notre recension des écrits, et au regard de l'examen des études scientifiques sur le sujet, nous avons décidé d'orienter notre attention sur que deux éléments qui n'ont pas encore été investigués de façon approfondie : (i) la relation soignant-soignée ; et (ii) la prise de décision pour l'accès aux soins de santé reproductive. Ces deux éléments constituent des barrières dont l'importance, dans un contexte de gratuité des soins, n'a pas encore été établie au Burkina Faso, ni d'ailleurs dans les autres pays de la sous-région (Afrique de l'Ouest).

En ce qui concerne la relation soignant-e-s-soignée, quelques études ont récemment identifié cette dimension comme partie intégrante de la qualité des soins, et ont suggéré qu'elle constituait une barrière sous-étudiée de l'accès aux soins de santé reproductive (D'Ambruso et al., 2005). Il est significatif que le modèle développé par Nikiema et al. (2012), qui présente les barrières psychosociales, économiques et géographiques de l'accès aux soins de santé au Burkina Faso, ne fait nulle mention ni de la qualité ni de la relation soignant-e-s-soignée. Or, cette relation est susceptible d'être influencée par l'introduction d'une politique de gratuité des soins et mérite

d'être examinée – l'augmentation de la fréquentation associée à la gratuité des soins peut dans certains contextes entraîner des tensions ou empirer la relation soignant-e-s-soignée (Burnham et al., 2004 ; Walker & Gilson, 2004). Pour décrire la relation soignant-e-s-soignées, nous utiliserons le cadre de Formarier (2007) tel que présenté dans notre recension des écrits, car il nous semble approprié pour décrire de façon holistique la relation entre les soignant-e-s et les femmes dans différents contextes de soin. En revanche, pour mieux faire correspondre ce modèle aux services de santé reproductive, nous excluons deux sous-dimensions du modèle (la relation thérapeutique et la relation de soutien social) qui s'appliquent difficilement aux soins de santé reproductive et de planification familiale.

En ce qui concerne la prise de décision dans les ménages, plusieurs études ont montré la présence de dynamiques qui limitent l'autonomie décisionnelle des femmes en ce qui concerne la vie quotidienne, mais aussi l'accès aux soins de santé reproductive. Toutefois, ces dynamiques ont rarement été étudiées dans un contexte de gratuité des soins (Plouffe et al., 2020). Nous envisageons d'explorer en profondeur les perceptions des femmes à cet égard, mais aussi des autres membres de leur famille et de leur communauté. Cette diversité des perspectives marque l'originalité de notre recherche, puisqu'à notre connaissance, aucune étude de ce type n'a encore été réalisée au Burkina Faso, ou ailleurs dans un contexte de gratuité des soins. Pour ce deuxième volet de notre étude, les cadres de Kabeer (1999) et de Ninacs (2008) seront utilisés. Nous emprunterons au modèle de Kabeer (1999) les concepts d'agentivité et d'accomplissements : nous chercherons à explorer le processus de prise de décision des femmes, en particulier en matière de santé reproductive et de planification familiale, et nous décrirons les accomplissements, c'est-à-dire les décisions qui auront été effectivement prises par les femmes au sein du ménage. Pour compléter ce modèle, nous utiliserons également le cadre de Ninacs (2008), qui propose d'autres composantes à la définition du pouvoir décisionnel. Ainsi associer le cadre conceptuel de Ninacs à celui de Kabeer permettra d'obtenir une description plus holistique du pouvoir décisionnel dans notre étude.

6. Objectifs et questions de recherche

L'objectif général de notre étude est de décrire les barrières persistantes susceptibles de limiter l'accès des femmes aux soins de santé reproductive et à la planification familiale au Burkina Faso, et ce malgré l'abaissement de la barrière tarifaire induite par l'introduction de la politique nationale de gratuité des soins en 2016. En raison des besoins de santé qui y demeurent particulièrement importants, l'étude ciblera les milieux ruraux, où les problèmes d'accès aux soins de santé sont également généralement plus prononcés qu'en milieu urbain.

Deux objectifs spécifiques guideront cette étude. Il conviendra, d'une part, de décrire la relation entre les femmes et les prestataires de services en matière de santé reproductive et de comprendre comment elle influence leur accès aux soins de santé reproductive. D'autre part, il conviendra d'explorer la perception des femmes et des membres de leur famille à l'égard du pouvoir de décision et de l'autonomie des femmes concernant l'accès aux soins de santé reproductive et de planification familiale. Pour chacun de ces objectifs, nous chercherons à comprendre comment ces phénomènes observés en période de gratuité des soins ont été affectés par l'introduction de ladite politique nationale de gratuité au Burkina Faso.

Trois questions de recherche feront l'objet de notre étude :

1. Comment les femmes perçoivent-elles leurs relations avec les soignant·e·s dans un contexte de gratuité des soins au Burkina Faso ?
2. Comment ces relations influencent-elles l'accès des mères aux services de santé reproductive et de planification familiale ?

3. Comment les femmes perçoivent-elles leur pouvoir décisionnel et leur autonomie concernant l'accès aux soins de santé reproductive et de planification familiale

Chapitre 3 - Méthodologie

Ce troisième chapitre décrira la méthode utilisée pour répondre à nos questions de recherche. En premier lieu, nous expliciterons notre devis d'études et nos critères de scientificité. Nous décrirons ensuite les sites dans lesquels notre étude a été réalisée et la population étudiée. Puis nous détaillerons notre collecte de données et notre stratégie d'analyse, et nous terminerons en mentionnant les considérations éthiques que nous avons prises en compte. Pour rédiger le troisième chapitre de ce mémoire, nous avons utilisé la liste de contrôle « *Consolidated criteria for reporting qualitative research* » (COREQ), une liste qui propose des critères de qualité pour décrire une étude qualitative (Tong et al., 2007). Cette liste de contrôle est disponible en Annexe 9 de ce mémoire.

1. Devis d'étude

Pour répondre à nos questions de recherche, une étude qualitative transversale a été réalisée. Plusieurs raisons ont motivé le choix de ce devis d'étude. Tout d'abord, l'accès aux soins de santé reproductive dans le contexte de la gratuité des soins a été plus fréquemment étudié au moyen de devis quantitatifs. Ainsi, un devis qualitatif pourrait permettre d'offrir une perspective complémentaire et plus profonde de ce phénomène. D'autre part, notre approche consiste à examiner la persistance de certaines barrières à l'accès aux soins dans le contexte de la gratuité au regard de l'intersection de plusieurs déterminants sociaux, tels que le genre, la pauvreté, le faible niveau d'éducation et le milieu de vie rural, approche pour laquelle le devis qualitatif transversal nous semble adéquat. Finalement, le devis transversal est approprié ici, car notre objectif principal est de dresser un portrait interprétatif des barrières limitant l'accès aux soins dans un contexte particulier, soit le contexte de gratuité des soins récemment entrée en vigueur, alors que ces soins étaient auparavant payants.

Notre étude a été réalisée environ trois ans et demi après l'introduction de la politique nationale de gratuité des soins de santé reproductive, qui date du 1er juin 2016, et environ 6 mois après l'extension de cette politique aux services de planification familiale. Il s'agit d'une recherche inductive. Nous avons collecté des données qualitatives, au moyen d'entrevues semi-dirigées et de groupes de discussion, auprès de mères burkinabè, de leur époux, et enfin auprès de représentantes d'organisations féminines locales comme informatrices clés.

2. Sites de l'étude

La collecte de données a eu lieu dans quatre sites différents au Burkina Faso, ces sites ayant été sélectionnés, car i) ils font partie des deux régions pilote dans lesquelles la politique de gratuité des services de planification familiale a été récemment mise en œuvre, soient la région des Cascades et la région Centre-Ouest, ii), car ces sites se trouvent éloignés des grandes villes en milieu rural, la problématique d'accès aux soins de santé reproductive et de planification familiale étant plus importante dans les régions plus reculées du pays, et iii) ces sites ont été sélectionnés de façon à augmenter la probabilité de recruter des participant·e·s d'origines ethniques différentes.

Plus précisément, la collecte de donnée s'est déroulée dans quatre Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) : les CSPS de Kyon et de Batondo, qui se trouvent dans la région Centre-Ouest, et les CSPS de Tiékouna et de Toumousseni, localisés dans la région des Cascades.

3. Population à l'étude

3.1 Échantillonnage

Les participant·e·s ont été recruté·e·s à l'aide d'un échantillonnage intentionnel. Ce principe consiste à approcher « l'acteur social compétent » pour répondre à nos questions de recherche (Savoie-Zajc, 2007). En ce sens, nous avons commencé par recruter des femmes en âge de procréer (entre 18 et 49 ans) et qui ont déjà eu au moins un enfant. Nous avons cherché à recruter des femmes qui résident en milieu rural, puisque c'est le cas pour 70% de la population en 2018 (World Bank, 2018b) et que l'accès aux soins de santé reproductive et de planification familiale est plus limité en milieu rural par rapport au milieu urbain (Institut National de la Statistique et de la Démographie et al., 2012). Nous avons également recruté les époux des participantes, afin de connaître la perception qu'ont les autres membres du ménage du pouvoir décisionnel des femmes et des processus décisionnels qui s'opèrent au sein des ménages. Enfin, nous avons réalisé quelques entrevues auprès d'informatrices clés, soient des représentantes des organisations féminines locales, ce qui nous a permis de mieux comprendre comment le pouvoir décisionnel des femmes est perçu au sein de leur communauté. Un guide d'entrevue a été réalisé et adapté pour chacune de ces trois catégories de participant·e·s.

3.2 Recrutement des participant·e·s

Concernant le recrutement, tou·te·s les participant·e·s ont été sollicité·e·s et recruté·e·s par sollicitation verbale uniquement. Il n'y a pas eu de document utilisé à des fins de recrutement, seul le formulaire d'information et de consentement a été présenté aux participant·e·s une fois que l'accord verbal a été obtenu et avant le début de l'entrevue.

À Kyon, les femmes ont été recrutées au CSPS le jour de leur consultation prénatale, ainsi que leur mari. C'est aussi au CSPS de Kyon que se sont déroulées ces entrevues. Pour les CSPS de Batondo, Toumousseni et Tiékouna, le recrutement des femmes s'est fait au sein de la communauté, avec l'aide des agents de santé à base communautaire (ASBC). Les entrevues avec les femmes et leur mari se sont déroulées à leur domicile. Les objectifs de notre recherche ont été expliqués au chef de ménage, qui a ensuite donné son accord pour que sa femme et lui-même participent à l'étude. Nous avons cherché à recruter deux couples pour chacun des quatre CSPS de notre étude.

Les informatrices clés, soient les représentantes des organisations féminines locales, ont été recrutées avec l'aide de l'infirmier chef de poste (ICP) pour trois d'entre elles (CSPS de Kyon, Toumousseni et Tiékouna). Elles se sont déplacées au CSPS pour réaliser l'entrevue après avoir été contactées par l'ICP. La représentante de l'association de Batondo a été recrutée et interrogée à son domicile. Nous avons recruté une informatrice clé pour chaque CSPS de notre étude.

Les participantes des groupes de discussion ont été recrutée dans les CSPS de Batondo et de Tiékouna au moment d'une consultation pour les nourrissons sains. Les groupes de discussion ont eu lieu dans ces CSPS également. Nous avons organisé un groupe de discussion pour chaque région de notre étude, soit dans la région des Cascades et la région de Centre-Ouest.

4. Collecte de données

Les données qualitatives ont été collectées à l'aide de deux méthodes : des entrevues semi-dirigées et deux groupes de discussion. L'étudiante-chercheuse a rédigé les guides d'entrevue et les formulaires d'information et de consentement, en collaboration avec les membres de la Société d'Études et de Recherche en Santé Publique (SERSAP) du Burkina Faso. Les données ont été collectées en milieu rural, par une sociologue assistante de recherche burkinabè, formée à la collecte de données qualitatives et capable de s'exprimer dans la langue de la plupart des participant·e·s. La collecte a été réalisée entre le 13 et le 31 janvier 2020.

Les entretiens semi-dirigés peuvent être définies, selon la perspective constructiviste, par « un processus de communication dans lequel deux individus construisent des interprétations par rapport à un sujet » (Gaudet & Robert, 2018). Par conséquent, cette méthode de collecte de données nous paraît appropriée pour explorer et comprendre, en collaboration avec les participant·e·s, leur perception de leurs réalités sociales. Le recrutement des participant·e·s pour les entretiens s'est poursuivi jusqu'à atteindre la saturation des perspectives, pour un nombre final de vingt entretiens. Trois guides d'entretien ont été réalisés en français et traduits verbalement par l'intervieweuse au moment de la collecte de données. Ces trois guides d'entretiens sont disponibles en Annexe 4, 5 et 6 de ce mémoire. Les entretiens ont été réalisés dans la langue des participant·e·s, soit en Mooré, Gourounsi, Dioula, Turka, ou bien en français lorsque possible. Un agent de santé à base communautaire était présent pour réaliser l'interprétation de huit de ces entretiens individuelles, soit pour les entretiens où l'intervieweuse ne parlait pas couramment la langue des participant·e·s. Les entretiens ont été enregistrés, puis retranscrits sous forme de verbatim et traduits en français. Des fiches synthèses ont été rédigées suite à la réalisation des entretiens. Les entretiens ont duré approximativement entre trente minutes et une heure.

Les groupes de discussion, comme le souligne Kitzinger, peuvent être un moyen pertinent pour donner du pouvoir décisionnel aux participant·e·s, en leur permettant de développer de nouvelles perspectives suite aux échanges avec d'autres participant·e·s qui vivent des expériences similaires (Kitzinger, 1995). Nous avons réalisé deux groupes de discussion : le premier a réuni six femmes âgées de 18 à 30 ans et a été réalisé au CSPS de Batondo. Le second a réuni neuf participantes âgées de 30 à 49 ans et a été réalisé au CSPS de Tiékouna. Ils ont été animés par l'intervieweuse qui a abordé des thèmes définis au préalable à l'aide d'un guide. Ce guide pour les groupes de discussion est disponible en Annexe 7 de ce mémoire. Un agent de santé à base communautaire était présent pour l'interprétation lors de ces deux groupes de discussion. Les groupes de discussion ont été enregistrés, et ont été également retranscrits sous forme de verbatim et traduits en français. Chaque groupe de discussion a duré environ deux heures. Les participantes qui ont pris part aux groupes de discussion n'ont pas participé aux entretiens.

En ce qui concerne la traduction, tel que la pratique l'encourage au Burkina Faso, et en raison de la grande diversité linguistique, le guide d'entrevue et le guide pour les groupes de discussion ont été traduits par l'intervieweuse verbalement au moment de la collecte de données, ou bien par un interprète.

5. Stratégie d'analyse

Notre analyse de données qualitatives s'est déroulée selon le principe de l'analyse thématique et a respecté les étapes suivantes (Rossman & Rallis, 2017). Tout d'abord, il s'agissait d'organiser les données et de lire les verbatim à plusieurs reprises. Nous avons effectué d'abord une lecture verticale pour nous familiariser avec le contenu des données, puis plusieurs lectures horizontales ont suivi (phrase par phrase) pour commencer à dégager nos premières idées. Nous avons ensuite développé des catégories à partir du discours des participant·e·s, et nous les avons utilisées pour codifier l'ensemble de nos verbatim. Il s'agissait d'un codage ouvert, de façon à rester très proche des données collectées. Le livre de code est disponible en Annexe 8 de ce mémoire. Le codage a été réalisé par l'étudiante-chercheuse. Nous avons ensuite fait ressortir le sens que nous donnons à nos données via la création de thèmes, afin de poursuivre notre analyse par de l'interprétation à un niveau plus avancé. Des mémos analytiques ont également été rédigés tout au long du processus pour soutenir notre réflexion et faciliter la création de ces thèmes. En ce qui concerne notre premier volet portant sur la relation soignant·e·s-soignées, le modèle de Formarier (2007) sur la relation de soins a permis d'orienter l'analyse thématique, puisqu'il apporte une vision holistique des modalités de relations observables entre les soignant·e·s et les utilisateur·ice·s des services de santé. Finalement, il s'agissait d'interpréter les données afin d'en faire ressortir et d'en expliciter le sens pour les lecteur·ice·s. L'analyse a été assistée par le CAQDAS (*Computer-assisted qualitative data analysis software*) QDA Miner.

6. Critères de scientificité

Concernant les critères de scientificité de notre étude qualitative, différentes mesures ont été prises pour améliorer la crédibilité, la transférabilité et la confirmabilité de nos résultats. Tout d'abord, la crédibilité de notre projet de recherche a été valorisée en diversifiant les sources de données, ainsi que les méthodes de collectes de données, comme nous le décrivons plus loin. D'autre part, les instruments de collecte et d'analyse, ainsi que l'interprétation des résultats ont été validés par plusieurs membres de l'équipe de recherche. Ceci nous a permis d'explorer différentes perspectives et d'enrichir notre analyse. La transférabilité de notre projet a été également recherchée. Pour ce faire, nous avons choisi la méthode d'échantillonnage intentionnel pour recruter nos participant·e·s, qui nous a permis de sélectionner des catégories de participant·e·s, y compris des informatrices clés, pour la grande représentativité des perspectives qu'ils/elles peuvent nous apporter. Enfin, la tenue d'un journal réflexif nous a permis de documenter notre cheminement intellectuel tout au long de notre analyse, accordant ainsi plus de confirmabilité à notre étude.

7. Considérations éthiques et transfert de connaissances

Notre projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal. Le certificat d'approbation éthique est disponible en Annexe 1 de ce mémoire. Notre projet a également été approuvé par le Comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso (certificat 2018-6-075).

Dans le cadre de la collecte de données qualitatives, plusieurs considérations éthiques telles que décrites par Patton (2015) ont été prises en compte.

En premier lieu, le consentement volontaire, libre et éclairé de chaque participant·e·s a été recueilli verbalement et par écrit, à l'aide d'un formulaire d'information et de consentement.

Deux formulaires ont été rédigés : le premier pour les entrevues individuelles, et le second pour les groupes de discussion, afin de tenir compte des particularités de chaque méthode de collecte de données. Ces deux formulaires ont été rédigés en français, puis traduits dans la langue des participant·e·s avant le début de la collecte de données, avec copies écrites, par les membres bilingues de l'équipe de recherche. Ces deux formulaires sont disponibles en Annexe 2 et 3 de ce mémoire.

Les objectifs de l'étude, les risques et les retombées du projet ont été exposés au préalable aux participant·e·s, et nous nous sommes assurés de leur bonne compréhension de ces informations. La possibilité pour les participant·e·s de retirer leur consentement à tout moment leur a été clairement expliquée, de même que leur liberté de choisir de ne pas répondre à certaines questions particulières. Nous avons veillé à réaliser les entrevues et le groupe de discussion dans un endroit où les participant·e·s et l'intervieweuse étaient isolé·e·s, de façon à ce que les participant·e·s puissent s'exprimer librement.

Pour assurer la confidentialité, les données ont été conservées sur un ordinateur se trouvant dans les bureaux de la Société d'Études et de Recherche en Santé Publique (SERSAP) dont l'accès était protégé de façon à ce qu'il soit accessible uniquement pour les membres de l'équipe de recherche. Afin de protéger l'identité des participant·e·s, nous avons remplacé leur nom par un numéro. Des informations détaillées ont été données aux participant·e·s au moment de la collecte de données pour qu'ils puissent comprendre les mesures prises pour garantir la confidentialité des informations récoltées. La participation à notre étude n'a pas été rémunérée.

En matière de transfert de connaissances, nous souhaitons, en premier lieu, partager les résultats auprès des communautés. Lorsque les conditions sécuritaires et sanitaires le permettront, des ateliers de restitution seront organisés pour partager les résultats auprès des décideurs, du personnel de santé et des organisations représentant les droits des femmes au Burkina Faso. Nous veillerons également à disséminer les résultats saillants auprès de la communauté scientifique, grâce à la publication d'un article dans une revue scientifique (en préparation) et à la participation à une conférence internationale spécialisée sur la santé dans les pays à revenus faibles et modiques.

8. Réflexivité de l'étudiante-chercheuse

8.1 Réflexions personnelles

Les deux thèmes principaux abordés dans ce mémoire, soient la relation soignant·e·s-soigné·e·s et le pouvoir décisionnel des femmes, sont deux thèmes qui me tiennent à cœur pour différentes raisons et font écho à différentes étapes de ma trajectoire de vie. Dans cette sous-section qui porte sur mes réflexions personnelles, je décrirai l'importance que revêtent ces thèmes pour moi.

Infirmière diplômée en 2016, j'ai exercé pendant deux ans en service de psychiatrie, où la relation soignant·e·s-soigné·e·s constituait le cœur de mon travail. C'est pendant mes études d'infirmière que j'ai découvert ce concept pour la première fois. J'y ai appris ce qu'étaient l'empathie, l'écoute active, le renforcement positif inconditionnel. Par la suite, j'ai assimilé ces concepts et les ai intégrés comme autant de valeurs personnelles que j'ai exportées dans toutes les sphères de ma vie, au-delà de mon travail. Convaincue que la qualité de la relation de soins influence grandement l'expérience des patient·e·s en service de santé ainsi que l'accès aux soins, il me tient à cœur, à travers ce mémoire, de tenter d'offrir un portrait des relations entre les femmes et les agent·e·s de santé et ainsi de mettre en lumière les bonnes pratiques soignantes.

Le second thème principal de mon mémoire, le pouvoir décisionnel des femmes, s'inscrit dans une démarche possiblement encore plus engagée. J'ai commencé à m'intéresser aux inégalités de genre en 2017. Après avoir fait de nombreuses lectures, j'ai rejoint une association de promotion de l'égalité femmes-hommes. Sur le terrain, j'ai donné un sens pratique et concret au concept de pouvoir décisionnel, que j'ai intégré comme la revendication et la prise du pouvoir de faire des choix en tant que femme évoluant dans une société patriarcale. Depuis, il est devenu clair dans mon esprit que le pouvoir décisionnel constituait l'une des solutions possibles pour remédier aux inégalités de genre, par les femmes et pour les femmes. Ce sont ces réflexions qui m'ont conduite à m'intéresser au pouvoir décisionnel des femmes burkinabè en matière de santé,

car il me tient à cœur de contribuer à alimenter le plaidoyer en faveur de l'autonomisation des femmes.

Compte tenu de l'importance que revêtent ces thèmes pour moi, il est probable que mon expérience personnelle et mes valeurs aient teinté mon projet de recherche, de sa conceptualisation jusqu'à la rédaction finale du mémoire. Par exemple, un biais de confirmation peut se jouer lorsqu'un chercheur privilégie les informations qui confirment ses idées préreçues.

8.2 Réflexions méthodologiques

À n'en pas douter, la rédaction de ce mémoire a posé quelques difficultés à certaines étapes du processus de recherche.

Tout d'abord, la rédaction des outils de collecte de données a constitué un défi, de par l'éloignement géographique avec l'enquêtrice. En effet, il n'a pas été possible pour moi de voyager au Burkina Faso, que ce soit à Ouagadougou, ou bien en milieu rural où la collecte s'est déroulée, pour des raisons de sécurité en lien avec les attaques terroristes répétées. D'autre part, des problématiques de connectivité à internet ont rendu impossible la tenue de rencontre en visioconférence avec les membres de l'équipe. Heureusement, une rencontre à l'Université de Montréal avec les membres de la SERSAP m'a permis de faire connaissance avec les membres de l'équipe, ce qui a été un facteur facilitant selon moi pour la suite de l'étude. En effet, j'ai ainsi eu la chance d'échanger de vive voix autour de mon projet avec l'enquêtrice et de bénéficier de son expertise pour valider les outils de collecte de données.

Une autre difficulté a été le fait de ne pas être en capacité de contribuer à la collecte de données, ni à la transcription des entrevues sous forme de verbatim. À l'étape de l'analyse, il m'a semblé complexe de m'approprier des données que je n'avais pas collectées ni transcrites moi-même. De la même façon, n'ayant pas pu me rendre sur le terrain, j'ai eu l'impression de manquer d'éléments concrets pour visualiser le contexte dans lequel les femmes Burkinabè en milieu rural vivent et se font soigner.

Enfin, les résultats concernant la relation soignant·e-s-soignées se sont montrés plus limités que ce que nous avons anticipé. Ce manque de résultats a représenté un défi à l'étape de l'analyse et de la discussion, car les données ne permettent pas de connaître en profondeur la façon dont les femmes perçoivent leurs relations avec les soignant·e-s. Ainsi, il m'a semblé difficile de rendre compte des résultats, puis de les discuter, avec le plus de richesse et de profondeur possible. En conséquence, à l'étape de la présentation des résultats et de la discussion, un déséquilibre pourrait se faire sentir entre les deux thèmes à l'étude. Cette difficulté sera discutée plus en détail dans la section « Limites » de ce mémoire.

Chapitre 4 - Résultats

Dans ce chapitre, nous présenterons les résultats qui font suite à l'analyse de nos données qualitatives. Dans un premier temps, nous commencerons par présenter les participant·e·s de notre étude. En deuxième et troisième point, nous présenterons les résultats au regard de deux grands axes qui ont été mis en évidence par l'analyse thématique, soient respectivement la relation soignant·e·s-soignées, et les dynamiques de prise de décision concernant les soins de santé au sein du ménage.

1. Présentation des participant·e·s

1.1 Les entretiens individuelles

Pour notre étude, vingt entretiens semi-dirigés ont été réalisés. Ainsi, nous avons recruté des femmes utilisatrices des services de santé reproductive en milieu rural (n = 8), leur mari (n = 8), et enfin des informatrices clés, soient des représentantes des regroupements féminins locaux (n = 4). Plus précisément, nous avons recruté deux couples et une représentante de regroupement féminin pour chacun des quatre CSPS dans lesquels la collecte a eu lieu (Batondo, Kyon, Tiékouna et Toumousseni).

Les femmes que nous avons recrutées sont majoritairement de jeunes femmes, la plupart ayant entre 18 et 34 ans, à l'exception des représentantes des groupements féminins, qui ont toutes 35 ans ou plus. Leurs conjoints sont souvent un peu plus âgés et ont majoritairement au moins 25 ans. Tout·e·s les participant·e·s sont marié·e·s et vivent avec leur conjoint, dont 12 qui vivent en couple monogame et 8 en couple polygame. Concernant l'appartenance ethnique, quatre ethnies sont représentées : les ethnies Gourounsi, Karaboro, Turka et Dagara, l'ethnie

majoritaire étant celle des Gourounsis. La plupart des participant·e·s sauf quatre ont déjà été scolarisé·e·s, mais aucun·e n'a étudié au-delà du secondaire. Concernant le nombre d'enfants, tout·e·s les participant·e·s ont déjà au moins un enfant, et presque la moitié en a plus de trois. La grande majorité des participant·e·s exercent une activité génératrice de revenus, à l'exception de deux femmes qui sont encore scolarisées. Enfin, la totalité des participant·e·s partage leur foyer avec leur famille élargie, par exemple avec les parents et/ou avec les frères du conjoint.

Les représentantes des regroupements féminins occupent des postes à responsabilités dans diverses organisations. Leur mission est de faire de la prévention auprès de la population autour de thèmes de santé, comme le VIH ou le paludisme, ou bien d'organiser des événements communautaires. Leurs membres sont majoritairement des femmes, mais quelques hommes peuvent également en faire partie. Pour obtenir des ressources financières, les membres peuvent fabriquer et vendre divers produits, comme du dolo (bière), du beurre de karité, du riz, du soubala (épice), ou encore du savon. Ces organisations comptent entre quinze et quarante membres, et existent depuis trois à dix ans.

Le tableau 1 ci-dessous présente les caractéristiques des participant·e·s aux entrevues individuelles de façon plus détaillée.

Tableau 1. – Tableau descriptif des participant·e·s aux entretiens individuelles

	Femmes (n = 8)	Conjoints (n = 8)	Informatrices clés (n = 4)	Total (n = 20)
Âge				
18 à 24 ans	5	1	0	6
25 à 34 ans	2	3	0	5
35 ans et plus	1	4	4	9
Statut marital				
Marié·e (monogame)	5	5	2	12
Marié·e (polygame)	3	3	2	8
Appartenance ethnique				
Gourounsi	4	4	2	10
Karaboro	1	2	1	4
Turka	2	2	1	5
Dagara	1	0	0	1
Niveau d'éducation				
Jamais scolarisé·e	3	1	0	4
Primaire	2	3	2	7
Secondaire	3	2	2	7
École coranique	0	2	0	2
Nombre d'enfants				
1 enfant	2	2	0	4
2 enfants	1	1	0	2
3 enfants	3	3	0	6
Plus de 3 enfants	2	2	4	8
Activités génératrices de revenus				
Oui	6	8	4	18
Non	2	0	0	2

1.2 Les groupes de discussion

Nous avons également réalisé deux groupes de discussion. Le premier s'est tenu au CSPS de Batondo et a réuni 6 participantes âgées de 19 à 30 ans. Le deuxième a eu lieu au CSPS de Tiékouna, pour lequel 9 femmes ayant entre 31 et 39 ans ont participé.

A Batondo, toutes les participantes sauf une sont mariées en couple monogame. L'origine ethnique la plus représentée est celle des Gourounsis pour cinq d'entre elles, et une femme est d'origine Mossi. La moitié des participantes n'ont pas été scolarisées, et les autres ont atteint un niveau d'éducation secondaire. Elles ont entre un et cinq enfants, et vivent presque toutes avec leur famille élargie, sauf une qui vit uniquement avec son mari et ses enfants. Trois participantes exercent une activité génératrice de revenus comme le jardinage, une participante est encore scolarisée, et deux participantes sont femmes au foyer.

A Tiékouna, sept participantes sur neuf ont plus de 35 ans et ont eu plus de trois enfants. Les deux tiers des participantes vivent en couple polygame. Presque toutes vivent avec leur famille élargie, sauf une. L'ethnie majoritaire dans ce district est celle des Karaboro, mais une femme est d'appartenance Dagara. La plupart de ces participantes n'ont pas été scolarisées, c'est le cas pour cinq d'entre elles, alors que trois ont atteint un niveau d'éducation primaire et une a atteint le secondaire. Cinq participantes exercent une activité génératrice de revenus, et quatre sont femmes au foyer.

Le tableau 2 ci-dessous présente les caractéristiques des participantes aux groupes de discussion.

Tableau 2. – Tableau descriptif des participantes aux groupes de discussion

	Batondo (n = 6)	Tiéékouna (n = 9)	Total (n = 15)
Âge			
18 à 24 ans	2	0	2
25 à 34 ans	4	2	6
35 ans et plus	0	7	7
Statut marital			
Marié.e (monogame)	5	3	8
Marié.e (polygame)	1	6	7
Appartenance ethnique			
Gourounsi	5	0	5
Karaboro	0	8	8
Turka	0	0	0
Dagara	0	1	1
Mossi	1	0	1
Niveau d'éducation			
Jamais scolarisé	3	5	8
Primaire	0	3	3
Secondaire	3	1	4
Nombre d'enfants			
1 enfant	1	0	1
2 enfants	2	0	2
3 enfants	1	2	3
Plus de 3 enfants	2	7	9
Activités génératrices de revenus			
Oui	3	5	8
Non	3	4	7
Composition du foyer			
Famille nucléaire	1	1	2
Famille élargie	5	8	13

2. La relation soignant·e·s-soignées et la qualité des soins

Dans notre chapitre consacré à la recension des écrits, nous avons vu que la qualité des soins, de même que la relation entre les soignant·e·s et les utilisatrices des services de santé, peuvent influencer grandement l'accès aux soins. Ainsi, dans cette section, nous explorerons la perception des participant·e·s de la relation soignant·e·s-soignées vécue, ainsi que de certaines dimensions de la qualité des soins, dans le contexte de la politique nationale de gratuité des soins, et nous tenterons de décrire en quoi ces éléments peuvent constituer ou non une barrière à l'accès aux soins.

2.1 La relation soignant·e·s-soignées

Pour cette première partie, nous commencerons par décrire la perception des femmes de leurs relations avec les soignant·e·s de façon générale, puis nous décrirons différentes composantes de la relation soignant·e·s-soignées en nous inspirant du modèle de Formarier (2007) : la relation de civilité, la relation de soins, la relation d'aide psychologique et la relation éducative.

2.1.1 Généralités

De façon générale, les femmes qui ont participé à notre étude n'ont pas rencontré de difficulté particulière avec les soignant·e·s au CSPS, ni les femmes de leur entourage. Ces résultats sont positifs et la bonne qualité des relations avec les soignant·e·s pourrait faciliter l'accès aux soins de santé reproductive par les femmes. En effet, le respect des soignant·e·s à l'égard des femmes et leurs compétences pour soigner ont été soulignés par cette participante :

« J'ai entendu que si elles [les femmes] partent là-bas [au CSPA], il n'y a pas de problème avec les agents de santé. Ils soignent facilement, ils respectent les femmes qui sont enceintes, les mamans avec les bébés. Il n'y a même pas de problème. [...] Selon moi, quand j'étais enceinte, je ne savais pas comment on accouche, donc arriver là-bas je n'ai pas eu de problème avec les agents de santé qui font la pesée ». (Femme #2, CSPA A¹)

En revanche, dans le CSPA D, contrairement aux trois autres CSPAs de notre étude, des plaintes de la part d'un participant ont été soulevées concernant la relation soignant·e-s-soigné·e·s. Ainsi, dans ce CSPA, ce facteur pourrait agir comme une barrière à l'accès aux soins. Ici, ce conjoint d'une utilisatrice du CSPA a perçu une attitude hostile des soignant·e·s à son égard :

« Par exemple, les problèmes qui sont là, présentement si je dis que je ne me sens pas [que je suis malade], je pars au centre de santé toute de suite, ils [les soignant·e·s] vont me dire pourquoi c'est à cette heure que je viens ? Est-ce que la maladie connaît l'heure ? La maladie n'a pas d'heure, elle peut t'attraper à midi, elle peut t'attraper à 14 heures, elle peut t'attraper à 15 heures, elle peut t'attraper à 16 heures aussi. Tu peux accompagner un malade à midi, ils vont te demander que c'est à telle heure que tu l'amènes ? Ils serrent la mine [ils se fâchent] contre toi. Moi j'ai un malade, tu ne peux pas serrer ta mine contre moi. À ce niveau ce n'est pas intéressant ». (Conjoint #2, CSPA D)

2.1.2 La relation de civilité

Les participant·e·s perçoivent généralement l'accueil des soignant·e·s comme satisfaisant. Ici, la relation de civilité désigne l'ensemble des obligations sociales, comme la politesse ou la courtoisie à l'égard d'autrui. La courtoisie des soignant·e·s a été mentionnée par plusieurs participantes, qui nous disent qu'il s'agit pour elles d'un facteur facilitant l'utilisation des services

¹ Pour des raisons de confidentialité, les participant·e·s seront identifié·e·s par un numéro, et les noms des CSPAs ont été remplacés par une lettre.

de santé reproductive par les femmes. Comme le témoigne cette participante à un groupe de discussion dans le CSPA A :

« Nous sommes prêtes à venir encore et encore dans un centre de santé puisque nous y sommes bien pris en charge, bien écoutées et les infirmiers sont sympas avec nous. Si tu pars dans un service et que l'on t'y respecte, l'on prenne bien soin de toi avec courtoisie, je crois que vous n'hésitez pas à y aller à nouveau. Et c'est le cas présentement dans les centres de santé ».
(Participante #6, groupe de discussion du CSPA A)

2.1.3 La relation de soins

La relation de soins désigne les interactions mises en œuvre par les soignant·e·s lors de la réalisation d'un soin ou d'une consultation. Ce type de relation n'a été mentionné que par une femme, qui semble satisfaite de ses échanges avec les soignant·e·s, et qui a apprécié la manière dont les soignant·e·s ont communiqué avec elle et pris soin d'elle lors de sa visite :

« Selon moi c'est bien, ils nous font du bien, ils sont gentils avec les femmes. Quand tu rentres ils te disent bonjour d'abord, demander pourquoi tu es venu ici, si tu es malade tu peux dire que tu es malade, tu rentres dans la maison et on te soigne. D'abord ils vont te contrôler pour voir de quoi tu souffres, on prend la température et on te soigne, après on va te donner les médicaments et t'expliquer comment tu dois les prendre et ils te souhaitent meilleure santé ». (Femme #2, CSPA A)

En effet, presque toutes les participantes sont satisfaites de la qualité des visites qu'elles ont reçues au CSPA. Par exemple, une autre participante au CSPA A loue ici la qualité du travail des soignant·e·s :

« Je pense que les agents de santé font vraiment bien leur travail. Ils nous prennent bien en charge, s'occupent bien de nous, nous expliquent bien les choses ». (Femme #1, CSPA A)

Toutefois, au CSPA D, la représentante de groupement féminin qui a été interrogée témoigne ici du manque de personnel au sein du CSPA, ce qui occasionne des délais de prise en charge et des plaintes de la part des utilisateur·ice·s des services de santé.

« Comme les infirmiers ne sont pas nombreux. S'il y'a une rencontre [au CSPA voisin], s'ils partent là-bas et au retour y'a beaucoup de malades. Les gens ne sont pas contents de ça, ça traîne ». (Représentante de groupement féminin, CSPA D)

Une autre femme interrogée dans ce même CSPA exprime une opinion similaire concernant les délais d'attente, et mentionne des différences dans la rapidité de prise en charge en fonction du personnel présent, précisant que certain·e·s soignant·e·s ne réagissaient pas suffisamment rapidement selon elle lorsqu'elle a eu besoin de soins. Ces délais de prise en charge, s'ils sont perçus comme de la mauvaise volonté de la part des soignant·e·s, pourraient décourager les femmes qui voudraient se rendre au CSPA.

« Parce qu'ils sont nombreux, tu peux aller trouver certains, ils sont assis, ils ne vont pas se lever travailler, par contre, il y a d'autres quand tu arrives ils se lèvent rapidement s'occuper de toi. Ils sont nombreux, mais ils agissent de différentes manières ». (Femme #2, CSPA D)

2.1.4 La relation d'aide psychologique

Nous avons voulu décrire ici comment les femmes percevaient la capacité des soignant·e·s à leur apporter du soutien psychologique si elles en avaient eu besoin. Les femmes qui ont répondu à cette question semblent toutes avoir perçu que les soignant·e·s seraient disposé·e·s à leur offrir ce soutien. Comme le dit cette participante :

« Parce qu'elle m'a soigné, elle m'a donné des conseils, donc je sais que si je m'approche lui parler de quelque chose d'autre elle va accepter [de] le faire ». (Femme #2, CSPA B)

2.1.5 La relation éducative

Enfin, la relation éducative renvoie à la capacité des soignant·e·s à informer les patient·e·s sur leur état de santé, les traitements, et à leur prodiguer des conseils pour acquérir des compétences d'autosoins. Presque tout·e·s les participant·e·s ont été satisfait·e·s de la capacité des soignant·e·s à répondre à leurs questions. C'est le cas pour cette participante, qui se dit satisfaite d'avoir acquis des connaissances auprès des soignant·e·s :

« Tu peux poser une question. Ce que tu ne connais pas, tu peux poser et si tu poses la question elle t'explique. Donc ce que tu ne connais pas, toi aussi tu vas connaître un peu ». (Femme #2, CSPS B)

Cette participante ajoute même avoir apprécié les conseils qu'elle a reçu de la part des soignant·e·s pour mieux vivre sa grossesse et prévenir les risques de complication :

« En tout cas, tout est bien [...] parce qu'on te donne les conseils ou bien si tu as mal quelque part, tu le dis, on te consulte. Si tu fais des travaux pénibles, on te dit de ne pas faire pour que tu sois à l'aise avec ta grossesse. Pour transporter des objets lourds, casser des bois, on te donne les conseils pour que tu sois à l'aise avec ta grossesse ». (Femme #2, CSPS B)

Cependant, au CSPS A, une participante mentionne que, si les femmes rejoignent facilement le centre de santé, elles pourraient avoir peur de poser des questions aux soignant·e·s en raison de la barrière de la langue. Les femmes risqueraient alors de ne pas bien comprendre les soins qui leur sont offerts si elles ne se sentent pas suffisamment à l'aise pour poser des questions aux soignant·e·s.

« Pour aller au centre de santé n'est pas un problème, mais si elles ont quelque chose à demander elles ont peur de demander. [...] C'est le français qui manque. Selon elles, comme ce sont des agents de santé ils vont leur causer en français. [...] Elles ne peuvent pas ne pas aller [au CSPS], c'est pour la santé, mais peut-être qu'elles ne vont pas poser de question si elles ne comprennent pas ». (Femme #2, CSPS A)

2.2 La gratuité des soins et ses effets sur la qualité des soins

Dans cette section, nous décrivons comment les participant·e·s perçoivent les effets de la politique de gratuité sur la qualité des soins de façon plus large dans les CSPS. La plupart semblent satisfait·e·s des conséquences de la politique de gratuité sur l'accès aux soins, mais quelques participant·e·s ont relevé certaines problématiques, telles que la pénurie de médicaments et les difficultés relationnelles. Ces problématiques qui ont été mentionnées par les participant·e·s pourraient ainsi constituer une barrière à l'accès aux soins, même si la politique nationale de gratuité a abaissé la barrière tarifaire.

2.2.1 L'accès aux soins facilité

La gratuité des soins a été perçue comme bénéfique par la plupart des participant·e·s. Pour cette participante du groupe de discussion au CSPS A, l'abaissement de la barrière tarifaire permettrait aux femmes de rejoindre les services de santé plus rapidement, sans avoir besoin de se préoccuper des ressources financières nécessaires :

« Et surtout que les soins sont gratuits nous ne réfléchissons plus par deux fois avant de nous rendre dans un centre de santé. Dès que nous sentons un malaise, nous nous rendons directement dans le centre de santé sans nous soucier de la question d'argent ». (Participante #6, groupe de discussion du CSPS A)

2.2.2 La pénurie de médicaments

Au CSPS D, la pénurie de médicaments a été citée à plusieurs reprises, ce qui peut avoir des conséquences graves sur la santé des utilisateur·ice·s. C'est ce que dit ici la représentante du groupement féminin de ce district :

« [...] *On soigne les enfants gratuitement, mais y a des moments, tu pars trouver que les médicaments sont en manque et on dit d'aller [au CSPS voisin]. Ce qui nous fatigue ici, c'est ça comme ça. Bon !!! Peut-être que le malade va pas arriver [au CSPS voisin], on ne sait pas ? Mais s'il décède en route ? Ça devient un autre problème* ». (Représentante de groupement féminin du CSPS D)

Concernant cette pénurie, il semble que la gratuité des soins soit mise en cause selon les participant·e·s. Or, si l'abaissement de la barrière tarifaire facilite l'accès aux soins, les pénuries de médicaments pourraient contrecarrer ces facilités d'accès, car les participant·e·s devraient voyager plus loin pour obtenir des médicaments après leur consultation. La représentante du groupement féminin poursuit ainsi :

« *Dans la gratuité aussi, il y'a toujours des problèmes. Si on te dit que c'est gratuit et quand tu vas venir [au CSPS], on te dit que les médicaments sont finis. Il faut aller [au CSPS voisin] chercher [les médicaments]. C'est un problème du moment que tu as mis en tête que c'est gratuit* ». (Représentante du groupement féminin du CSPS D)

Les propos de cette participante sont ici confirmés par le conjoint d'une utilisatrice du CSPS D, qui estime que la faible disponibilité des médicaments constitue un facteur d'insatisfaction au moment de sa visite. Cette insatisfaction des utilisateur·ice·s des services de santé pourraient également les décourager à rejoindre le CSPS.

« *À chaque fois quand tu pars, ils te disent qu'il n'y a pas de médicament, ils te donnent une ordonnance, c'est comme si ton besoin n'est pas satisfait. C'est la raison pour laquelle nous disons qu'il y a des difficultés dans la gratuité* ». (Conjoint #2, CSPS D)

2.2.3 Les difficultés relationnelles

Comme nous l'avons montré plus haut, un participant a exprimé une opinion défavorable concernant la qualité de la relation avec les soignant·e·s. Il estime que ces difficultés sont à mettre en lien avec l'introduction de la politique nationale de gratuité des soins, et il ajoute que selon

lui, l'accueil des agent·e·s de santé était de meilleure qualité lorsque les soins étaient payants. Ainsi, il est possible que la politique de gratuité influence la qualité des relations avec les soignant·e·s, et agisse comme un facteur limitant l'accès aux soins. Finalement, ce participant met en avant le statut social des soignant·e·s, qui limiterait selon lui la possibilité pour les utilisateur·ice·s de se défendre en cas de tension relationnelle.

« À ce niveau, je peux dire qu'il y a des difficultés à ne pas en finir, pour dire vrai, parce que quand nous déboursions de l'argent pour soigner les enfants, c'était mieux que maintenant qu'on nous a dit que les médicaments sont devenus gratuits, parfois quand tu pars au centre de santé, les agents de santé ne sont pas accueillants, ils ne te parlent même pas bien. Mais ce sont des gens avec lesquels on ne peut pas discuter parce qu'ils s'occupent de la population. En tout cas, on a cette difficulté-là, même s'il avait fait payant c'était mieux pour nous ». (Conjoint #2, CSPS D)

3. Le pouvoir décisionnel des femmes

Comme nous l'avons montré dans notre revue de la littérature, le faible pouvoir décisionnel des femmes constitue une autre barrière possible à l'accès aux soins. Ainsi, pour ce deuxième volet de notre étude, nous présenterons ici les résultats qui concernent le pouvoir décisionnel des femmes et les différents processus décisionnels. En première partie, nous présenterons le contexte familial qui nous permet de fournir des éléments contextuels autour de la vie quotidienne dans les ménages et des rapports de pouvoir qui s'exercent au sein de ceux-ci. Dans un second temps, nous décrirons les différents processus de prise de décision qui s'opèrent au sein des ménages que nous avons relevés lors de l'analyse, et nous tenterons de montrer en quoi ces processus décisionnels peuvent limiter ou non la participation des femmes à la prise de décision, y compris en ce qui concerne l'accès aux soins de santé reproductive et de planification familiale. Enfin, nous évoquerons les facteurs favorisant et les facteurs limitant le pouvoir décisionnel des femmes de façon générale, aussi bien en ce qui concerne l'accès aux soins que les décisions de la vie quotidienne.

3.1 Le contexte familial

3.1.1 L'entente familiale

La plupart des participant·e·s n'ont pas exprimé de difficulté dans leurs relations familiales, que ce soit au sein du couple ou avec les autres membres du foyer (rappelons que la grande majorité des participant·e·s de notre étude vivent en présence de leur famille élargie, c'est-à-dire avec les parents ou les frères du conjoint). Une participante du groupe de discussion du CSPA A témoigne ici de la bonne qualité des relations intrafamiliales au sein de son foyer, et apprécie la capacité de son mari à prendre soin des autres membres du ménage :

« Je vis avec mon mari, mes enfants, et la mère de mon mari. En tout cas nous n'avons pas de problème dans nos rapports quotidiens. Nous nous entendons bien. Il s'occupe bien de moi, de mes enfants, et même de ma famille. Quand j'ai un problème il me soutient ». (Participante #5, groupe de discussion du CSPA A)

Quelques participant·e·s ont témoigné de conflits familiaux occasionnels. Il est intéressant de constater que, selon les participant·e·s, les sources de conflits proviennent souvent du comportement de la femme, jugé inadéquat lorsqu'elle ne suit pas les directives de son mari. C'est ce que nous dit cette participante au groupe de discussion du CSPA B :

« Quand tu exécutes ses décisions [du mari] il y a entente et quand tu refuses ses décisions il y a palabre ». (Participante #2, groupe de discussion du CSPA B)

En effet, un conjoint vivant en couple polygame témoigne de conflits avec sa troisième et dernière coépouse, qu'il juge trop indépendante comparativement aux autres femmes de son foyer. Ces conflits se sont traduits par une démarche punitive de la part du conjoint, qui a restreint les activités économiques de sa dernière femme :

« Ça se passe bien. Sauf avec une des femmes, la dernière. Elle veut porter la culotte ; si bien que cette année je ne lui ai pas permis de travailler avec moi au jardin. [...] Souvent elle ne m'informe même pas, elle prend ses décisions seule si elle veut faire quelque chose. C'est ça qui

fait qu'on ne s'entend pas. Les autres femmes suivent mes décisions, c'est la dernière le problème ». (Conjoint #1, CSPS B)

Quelques participant·e·s ont décrit une évolution dans leurs relations familiales. De la même façon, selon les participant·e·s, le comportement des femmes semble être à l'origine des conflits, par exemple lorsqu'elles se montrent indépendantes en matière de prise de décision. Ces conflits ne s'apaisent que lorsque la femme 'vient parler à son mari', c'est-à-dire lorsqu'elle cherche à obtenir son autorisation avant d'entreprendre quelque chose. C'est ce que nous dit ce participant :

« Maintenant on se comprend, il y a eu des changements. Maintenant si elle veut aller quelque part elle vient me parler, trois jours ou bien deux jours avant, je veux aller quelque part, je dis qu'il n'y a pas de problème. Maintenant là, je vois que ça va. [...] Avant elle veut marcher au hasard, faire ce qu'elle veut. Elle veut faire comme elle a quitté chez ses parents là, alors que tu vois que ça change non ? Chez ses parents et chez nous ce n'est pas la même chose. Tu ne peux plus être libre de faire ce que tu veux, il faut dire à ton mari avant de faire. Voilà pourquoi maintenant je vois qu'elle comprend ». (Conjoint #1, CSPS A)

3.1.2 La hiérarchie et la structure de pouvoir familiale

Dans les foyers, bien que la femme soit tributaire de l'autorité de son mari, celui-ci doit aussi référer à ses parents, ou bien à ses frères plus âgés. Lorsqu'il y a une décision à prendre, ces membres du foyer ne doivent pas être 'dépassés', c'est-à-dire qu'il ne faut pas prendre de décision sans les consulter. Comme nous dit ce conjoint au CSPS A :

« Toi aussi tu n'es pas seule ; donc tu ne peux pas dire à la femme comme ça d'aller sans tenir compte des autres membres de la famille. Dans la famille ; il y a des gens qui me dépasse en âge, il faut les écouter aussi ». (Conjoint #1, CSPS A)

De la même façon, lorsqu'une femme a une ou plusieurs coépouses, selon cette participante, l'ordre d'arrivée des épouses dans le foyer a également une influence sur la prise de

décision. Cependant, si les coépouses peuvent donner leur point de vue sur la décision à prendre, le conjoint n'en tiendra pas toujours compte, en particulier si leur opinion va à l'encontre de la décision prise par le conjoint :

« Comme je suis la troisième, si les deux premières ne trouvent pas à redire, ce n'est pas à moi de dire quelque chose. Quand nous sentons que sa décision est fondée, nous le soutenons. Dans le cas contraire on peut lui dire ce qu'on pense même s'il ne va pas tenir compte de ce que les femmes vont dire ». (Femme #1, CSPS B)

3.2 Les processus de prise de décisions

Dans cette sous-section, nous décrivons les différents processus de prise de décision qui s'opèrent au sein des ménages et le degré de participation des femmes à ces différents processus de prises de décision. Nous distinguerons quatre types de processus de prise de décision, présentés dans l'ordre croissant de participation des femmes, soient la prise de décision excluant les femmes, l'autorisation, la collaboration et l'information. La figure 2 en page 70 de ce mémoire, présente une figure récapitulative du modèle du continuum de la participation des femmes à la prise de décision. Par souci de clarté et pour faciliter la lecture, nous présenterons les processus de prise de décisions concernant la planification familiale dont les mécanismes diffèrent. Le tableau 3, en page 76 de ce mémoire, présente un récapitulatif de ces différents processus décisionnels pour aider à la compréhension des lecteur·ice·s.

3.2.1 La prise de décision excluant les femmes

On remarque que, lorsque les décisions à prendre concernent l'ensemble des membres de la famille, par exemple, s'il est question de faire un achat ou de projets concernant les travaux agricoles, ces décisions sont souvent prises en collaboration entre le mari et sa famille (ses

parents ou ses frères), qui se réunissent pour en discuter. Dans ce cas, les femmes sont souvent exclues de ces rencontres. Cette absence totale de participation des femmes à la prise de décision reflète le manque de pouvoir décisionnel qui leur sont accordé par leur famille.

« Nous avons beaucoup de choses que nous faisons à la maison, mais si nous devons faire ces choses, il nous faut organiser une réunion pour que tout le monde soit informé. Si c'est par exemple pour aller vendre quelque chose pour régler un problème, nous devons nous mettre d'accord parce que c'est notre grand frère qui prend la décision. Si nous tous nous sommes d'accords il peut le faire, mais si certains ne sont pas d'accord, nous allons nous entendre. [...] La femme n'a rien à voir là-bas. [...] C'est la décision des hommes qui sont dans la cour ». (Conjoint #1, CSPS C)

3.2.2 L'autorisation

Pour la plupart des projets de la vie quotidienne ou pour rejoindre les services de santé, une femme devra souvent demander et obtenir l'autorisation de faire quelque chose. Ce type de processus décisionnel se caractérise par une participation plus importante des femmes à la prise de décision, car elles prennent souvent l'initiative d'en parler à leur famille, mais généralement, la décision finale ne leur appartient pas. C'est le processus décisionnel que l'on a observé le plus fréquemment dans nos données en ce qui concerne l'accès aux soins par les femmes.

3.2.2.1 Les projets des femmes

Lorsqu'il y a une décision à prendre qui concerne les femmes uniquement, par exemple, si une femme souhaite exercer une activité génératrice de revenus, ou bien rendre visite à ses parents, elle doit généralement obtenir l'autorisation de le faire. Elle s'adressera le plus souvent à son mari. C'est ce que nous dit ce participant, qui précise que l'autorisation sera accordée si le mari juge le projet convenable.

« Si elle doit faire, c'est son mari qui décide, mais une femme ne peut pas aller faire une activité si son mari n'est pas au courant. C'est son mari qui doit donner l'autorisation pour qu'elle aille faire son activité. [...] Mais s'il voit que l'activité peut être bénéfique pour lui aussi, il ne peut pas refuser. » (Conjoint #1, CSPS C)

Pour ce conjoint, marié à plusieurs femmes, lorsqu'une femme ne demande pas l'autorisation de son mari avant de faire quelque chose, il y aura des conflits familiaux.

« Souvent elle ne m'informe même pas, elle prend ses décisions seule si elle veut faire quelque chose. C'est ça qui fait qu'on ne s'entend pas. Les autres femmes suivent mes décisions, c'est la dernière le problème ». (Conjoint #1, CSPS B)

Par ailleurs, si les femmes doivent généralement obtenir l'autorisation de leur mari, elles doivent parfois également obtenir l'autorisation de leurs beaux-parents ou de leurs beaux-frères, puisque ceux-ci 'dépassent' le conjoint dans la hiérarchie familiale. C'est le cas pour ce ménage, dans lequel toutes les décisions sont prises par les parents du conjoint :

« Parce qu'ils [les parents du conjoint] sont plus supérieurs, c'est eux qui commandent, c'est lui [le conjoint] qui me commande, mais c'est eux aussi qui le commandent, c'est leur fils. S'ils disent à leur fils de ne pas faire quelque chose, il ne doit pas le faire, s'ils disent à leur fils de ne pas faire ça donc moi aussi je ne le fais pas. Donc s'ils me disent de ne pas aller [faire quelque chose] et mon mari dit de ne pas aller, je ne peux pas aller, c'est eux qui nous commandent tous ». (Femme #2, CSPS B)

3.2.2.2 Les soins des enfants

En ce qui concerne les soins des enfants en matière de santé, l'autorisation du mari est bien souvent nécessaire, et la femme prend souvent l'initiative d'en parler à son mari. C'est ce que nous dit cette participante :

« Pour les décisions concernant la santé de mes enfants, c'est moi qui prends l'initiative et j'informe mon mari pour son autorisation ». (Femme #1, CSPA A)

En revanche, selon cette participante au CSPA D, en l'absence du mari, il est possible de demander l'autorisation à un autre membre du foyer, comme par exemple l'un des frères du conjoint :

« Si l'enfant est malade et que le mari n'est pas à côté, si ses frères sont là tu peux les informer que tu veux l'amener au centre de santé, il peut dire de l'amener. S'il revient, tu lui dis que l'enfant était malade, tu l'as amené au centre de santé ». (Femme #1, CSPA D)

3.2.2.3 Les soins de santé reproductive

Lorsqu'une femme est enceinte et estime avoir besoin de se rendre au centre de santé dans le cadre de sa grossesse, la plupart du temps, elle prendra l'initiative d'en parler à son mari, mais son autorisation sera nécessaire pour se rendre au CSPA :

« Si la femme est enceinte, elle-même elle doit le savoir, mais si elle voit que sa grossesse a atteint 2 mois comme ça ou bien 3 mois, elle doit venir à l'hôpital, mais avant de venir elle doit parler avec son mari. Si son mari est d'accord il va l'accompagner pour savoir comment ça va se passer là-bas ». (Conjoint #1, CSPA C)

Toutefois, nous pourrions formuler une hypothèse en parlant ici d'une demande d'autorisation qu'il est nécessaire de formuler avant que les femmes ne puissent se rendre au centre de santé, bien qu'elles sachent que l'autorisation ne pourrait pas être refusée. En effet, ce participant précise que lorsqu'il s'agit d'une question de santé, l'autorisation est toujours accordée. La plupart des participant-e-s partagent son avis. Cette autorisation systématique pourrait jouer en faveur d'un meilleur accès aux soins de santé reproductive par les femmes, car on ne pourrait pas leur interdire de se rendre au centre de santé.

« *Si c'est pour aller à l'hôpital pour raison de maladie, personne ne peut refuser* ». (Conjoint #1, CSPS C)

Pour une femme au CSPA A, de la même façon que pour les autres participant-e-s, l'autorisation de son mari est nécessaire pour recourir aux soins de santé reproductive, mais elle ajoute qu'elle se rendrait tout de même au centre de santé si son mari le lui refusait, car elle estime qu'il ne pourrait pas lui refuser d'obtenir des soins de santé. Le discours de cette participante pourrait traduire la volonté des femmes d'avoir plus de pouvoir décisionnel en matière d'accès aux soins, car compte tenu des rapports de pouvoir familiaux, il n'est probablement pas habituel qu'une femme s'oppose à son mari en faisant quelque chose qui lui a été refusé.

« *Mais je précise que si je l'informe et qu'il refuse, ce qui n'est pas encore arrivé pour l'instant, j'y vais malgré son refus. C'est une question de santé, il ne peut pas refuser* ». (Femme #1, CSPA A)

3.2.3 La collaboration entre la femme et sa famille

Dans certains ménages, la participation des femmes sera parfois recherchée lorsque la décision concerne l'ensemble du foyer. On observe donc un processus de collaboration où hommes et femmes semblent pouvoir contribuer de façon symétrique à la prise de décision. Comme nous dit ce conjoint, qui vit en couple polygame, il s'agit de se réunir avec ses coépouses pour débattre d'un projet :

« *Souvent s'il y a une décision à prendre je les appelle, je leur dis que je veux faire telle chose, nous discutons ensemble, parfois, cela les rend heureuses. Elles aussi chacune donne son point de vue et moi aussi j'accepte parce que l'être humain a horreur à chaque fois que ça soit toi qui soit à la tête, que ce soit toi qui gères tout. Souvent elles considèrent ta décision et puis ça peut aller, souvent aussi tu peux considérer leur décision et ça peut aller. Ça dépend de l'explication que chacun va donner sur sa proposition* ». (Conjoint #2, CSPA D)

Enfin, concernant l'éducation des enfants, on retrouve parfois également un processus de collaboration : le mari peut se concerter avec sa femme et ses parents ou ses frères avant de prendre une décision. Cette participante nous explique ici que son mari tiendra compte de son opinion et de celle de ses coépouses, mais que la décision finale lui revient si ses frères sont d'accord.

« C'est mon mari qui décide qu'on va mettre les enfants à l'école, il parle à ses frères, ses frères aussi disent qu'il n'y a pas de problème qu'il peut les mettre à l'école. C'est le mari qui prend la décision pour toute chose et nous suivons ce qu'il a dit. Mais si c'est une mauvaise décision on peut lui dire que ce n'est pas bon, il peut faire comme il peut laisser ». (Femme #2, CSPS D)

3.2.4 L'information

Enfin, les processus que l'on pourrait décrire comme une information se caractérisent par une forte participation des femmes, puisque dans ce cas-ci, ce sont elles qui prennent une décision et qui informent les membres de leur famille, sans rechercher d'autorisation de leur part. Quelques participant-e-s ont mentionné ce type de processus de prise de décision lorsqu'il s'agit de recourir au centre de santé pour des soins maternels et infantiles, mais à condition que les soins soient totalement exemptés de paiement. Ainsi, dans ce contexte, on observe un pouvoir décisionnel plus grand en matière de santé reproductive et de santé des enfants, de même qu'un accès aux soins facilité, car aucune négociation d'aucune sorte ne pourrait empêcher les femmes de rejoindre les services de santé.

En effet, en matière de soins des enfants, il est possible d'informer uniquement un membre de sa famille avant de rejoindre le centre de santé, sans pour autant demander formellement l'autorisation de s'y rendre. Pour ce conjoint, sa femme doit idéalement informer quelqu'un avant d'amener l'enfant à l'hôpital, mais qu'en l'absence de son mari ou d'autres membres du foyer, elle peut se rendre au CSPA de sa propre initiative, sans attendre une forme

de validation de leur part, grâce à la politique de gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans.

« Elle peut aller le soigner, si je viens elle peut dire que l'enfant était malade, je n'ai pas vu la vieille [la mère du conjoint], je n'ai pas vu le frère, toi aussi tu n'étais pas là, mais je suis allée on m'a donné les médicaments, il prend les médicaments. Je regarde, je vois qu'elle doit prendre ça le matin ou le soir. [...] Si tout le monde est là, elle dit et on lui dit d'aller ; si les gens ne sont pas là, elle peut partir soigner, comme c'est gratuit là ». (Conjoint #1, CSPS A)

Plusieurs participant·e·s semblent avoir bien compris l'importance de rejoindre les services de santé pour soigner un enfant malade. Cette bonne compréhension des enjeux autour de la santé des enfants, ainsi que la politique nationale de gratuité pour les enfants de moins de cinq ans, semblent ainsi jouer en faveur d'un plus grand pouvoir décisionnel des femmes en matière d'accès aux soins pour leurs enfants. Ce conjoint au CSPS B témoigne :

« Je dois faire quelque chose pour subvenir aux besoins de mes enfants voilà. Un enfant qui est malade il faut tout faire pour arriver à l'hôpital pour le soigner ». (Conjoint #2, CSPS B)

De façon similaire, en matière de soins de santé reproductive, l'information semble suffisante dans certains foyers depuis l'introduction de la politique nationale de gratuité des soins de santé reproductive. Pour la représentante du groupement féminin du CSPS B, la gratuité des soins a permis aux femmes d'informer leur mari avant de se rendre au centre de santé, sans demander formellement leur autorisation. Ce processus de prise de décision induit par la gratuité pourrait favoriser l'accès aux soins de santé reproductive par les femmes.

« Maintenant comme c'est gratuit, que ce soit l'enfant ou l'homme qui est malade, ou la femme qui est malade, il faut informer seulement quelqu'un dans la cour que tu es malade et que tu veux aller à l'hôpital, et tu viens te soigner, c'est tout ». (Représentante de groupement féminin du CSPS B)

Pour cette participante au CSPS A, il est important d'informer un membre de sa famille avant de se rendre au centre de santé pour des soins de santé reproductive, mais il s'agit plutôt ici d'une indication qu'elle se rend quelque part, par mesure de sécurité, pour ne pas inquiéter

ses proches, et pour éviter les conflits familiaux à son retour. Il ne s'agit vraisemblablement pas ici d'une demande d'autorisation formelle, aucune forme de validation ne semble être attendue ici.

« Parce que quand je sors sans les informer ils ne sauront pas où je suis allée, à mon retour ils peuvent faire la bagarre, ils ne sauront pas que c'était là-bas que j'étais partie, peut-être tu peux avoir un problème en cours de route. Pour cela, tu dois les informer que tu veux aller quelque part et puis revenir ». (Femme #2, CSPS A)

Enfin, pour la majorité des participant·e·s, les autres membres du foyer, et en particulier la mère du conjoint, sont prévenu·e·s au moment de l'accouchement, sans pour autant que leur intervention dans le processus de prise de décision ne soit nécessaire. Il s'agit plutôt de les prévenir pour que la femme qui accouche puisse compter sur le soutien de sa belle-famille au CSPS :

« Pour l'accouchement, si on leur dit [aux frères du mari], ils peuvent te suivre pour aller au dispensaire avec la belle-mère à côté de toi, si tout est prêt le frère de ton mari vient te voir ; ça aussi c'est bien. » (Femme #2, CSPS B)

« Mes parents interviennent à l'accouchement. Surtout ma mère, car c'est elle qui accompagne ma femme à la maternité. C'est elle qui lave le bébé les premiers jours et s'occupe de ma femme en attendant qu'elle ne reprenne un peu plus de force ». (Conjoint #2, CSPS A)

Pour faciliter la compréhension des lecteur·ice·s, la figure 2 ci-dessous propose un modèle de ces processus décisionnels au regard du degré de participation des femmes à la prise de décision.



Figure 2. – Le continuum de la participation des femmes à la prise de décision

3.2.5 La prise de décision concernant l'accès aux services de planification familiale et ses particularités

3.2.5.1 *L'autorisation formelle du conjoint*

Presque à l'unanimité, les participant·e·s ont témoigné que dans le cas de la contraception, l'autorisation du conjoint est toujours nécessaire, et ce malgré la gratuité de la planification familiale, récemment entrée en vigueur dans les régions dans lesquelles nous avons réalisé notre étude. Dans ce cas de figure, il n'est pas possible de se contenter d'informer son conjoint avant de rejoindre les services de planification familiale, et l'autorisation formelle du conjoint doit être recherchée, sans qu'une réponse positive ne soit garantie. En ce sens, ce processus de prise de décision diffère des autres processus en matière d'accès aux soins de santé reproductive ou pour les soins des enfants que nous avons décrits plus haut dans ce chapitre. D'autre part, la politique d'exemption de paiement semble avoir eu peu d'influence sur le pouvoir décisionnel des femmes en matière de contraception, puisque l'autorisation de leur mari est toujours indispensable.

Selon cette participante au groupe de discussion du CSPA A, une femme serait stigmatisée si elle utilisait les méthodes contraceptives sans avoir obtenu l'accord de son mari, car les membres de sa communauté la percevraient comme une femme infidèle. Ces normes sociales fortes pourraient limiter l'accès aux services de planification familiale pour les femmes, en particulier si leur conjoint leur refusait l'accès à ces services.

« Moi par contre je pense que la gratuité n'a pas vraiment impacté sur la prise de décision. Malgré la gratuité, c'est toujours les hommes qui décident si les femmes doivent faire le planning ou pas. Si tu as pris la décision sans informer ton mari on te traite de femme irrespectueuse ». (Participante #3, groupe de discussion du CSPA A)

Le mari d'une utilisatrice des services de santé abonde également dans ce sens, et explique aussi que pour lui, la gratuité de la planification familiale risquerait d'inciter les femmes à utiliser

des moyens de contraception sans en parler à leur mari, ce qui serait une source de conflit dans le couple, pouvant aller jusqu'à la séparation.

« Ça aussi, c'est la décision de son mari. Mais si tu vois la femme qui dit qu'elle s'en va prendre ça [la contraception] parce que c'est gratuit, peut-être qu'elle se dit que c'est gratuit et qu'elle n'a pas besoin d'échanger avec son mari avant d'aller prendre le médicament là. Parce que si c'est payant, si elle parle à son mari, s'il a accepté, il doit être au courant que la femme est allée prendre le médicament. Mais il y a d'autres femmes qui vont se dire que parce que c'est gratuit, elles s'en vont prendre à l'insu de leurs maris. [...] Si le mari est d'accord, c'est lui-même qui doit amener la femme-là ici pour qu'elle prenne [une contraception]. Si son mari n'est pas d'accord et elle vient [au planning familial], s'il est au courant il va faire bagarre et dire à la femme de quitter sa maison, c'est mieux que le mari va être d'accord. » (Conjoint #1, CSPS C)

3.2.5.2 L'exclusion de la belle-famille du processus décisionnel

Selon la plupart des participant·e·s, une particularité importante de la prise de décision concernant la planification familiale est que les beaux-parents ou les beaux-frères des femmes sont souvent exclus du processus décisionnel. Pour ce participant, il est préférable de ne pas aborder la question de la contraception avec ses parents, car ceux-ci pourraient y trouver à redire, voire à tenter de dissuader le couple d'utiliser un moyen de contraception. Exclure les beaux-parents du processus décisionnel pourrait donc être une stratégie utilisée par le couple pour éviter de se voir refuser l'accès à la planification familiale par la belle-famille, étant donné que le statut du couple dans la hiérarchie familiale ne leur permettrait pas de s'opposer à une décision venue des membres du foyer plus âgés.

« [...] On peut les informer, mais il y a des parents qui ne comprennent pas, il y a des mamans aussi qui ne comprennent pas. Leur temps avec le temps maintenant, ce n'est la même chose. Avant, avant on disait pour marier une femme, c'est pour avoir beaucoup d'enfants [...] Mais maintenant-là, on calcule avant de faire des dépenses. Donc tu fais les enfants, deux ou trois, quatre c'est bon.

[...] *Donc c'est pour ça pour faire la planification familiale-là c'est le mari et la femme qui prennent leur décision aller faire leur Norplan [poser un implant contraceptif] voilà. [...] Ce n'est pas la peine d'informer les parents. [...] Ils ne veulent pas comprendre quoi ; donc ils vont rester à vous déranger [...] ».* (Conjoint #2, CSPS B)

Selon plusieurs participant·e·s, il existe encore des idées reçues autour de la planification familiale, ce qui explique que certains membres du foyer s'y opposent. Par exemple, cette participante nous dit que les parents des conjoints refusent la planification familiale pour leur belle-fille, par crainte que celle-ci ne soit plus fidèle à son mari, ou bien que la planification familiale engendre un risque de stérilité :

« Ils ne sont pas d'accord parce qu'ils pensent que quand tu vas aller faire la planification familiale c'est pour chercher les garçons ou bien tu ne veux même plus accoucher. Qu'en plus de ça, si tu fais la planification familiale, ça peut valoir 05 ans et cela peut t'amener à être stérile, tu ne vas plus accoucher. C'est pour cela ils ne veulent pas accepter que les femmes de leurs fils aillent faire la planification familiale ». (Femme #2, CSPS A)

Pour les autres, les membres de la famille du conjoint peuvent être informés de la décision du couple d'utiliser un moyen de contraception, mais sans que leur avis à ce sujet ne soit recherché.

« C'est pour l'informer [la mère du mari] seulement que tu as fait la planification, sinon elle n'a rien à dire. [...] Tu peux savoir qu'elle est d'accord. C'est pour cela que je dis que c'est juste pour l'informer. C'est toi et l'homme qui décidez, on informe la belle-mère sinon elle n'a pas de mot à dire ». (Représentante du groupement féminin du CSPS B)

3.2.5.3 *L'acceptation sociale*

Pour les participant·e·s, il semble que la planification familiale soit de mieux en mieux acceptée et que les conjoints refusent moins fréquemment que leur femme utilise les moyens de contraception. Cette tendance en faveur de l'acceptation de la planification familiale pourrait

faciliter l'obtention de la permission d'accéder à ces services pour les femmes. C'est ce que nous dit la représentante du groupement féminin du CSPA B :

« De nos jours tout le monde sait que la planification nous aide beaucoup, donc on ne peut pas refuser. [...] Même s'il y en a [des hommes qui refusent], parmi 10 personnes, cela ne dépasse pas 2 ». (Représentante du groupement féminin du CSPA B)

En effet, selon ce conjoint, si la communauté accepte mieux la planification familiale aujourd'hui, c'est parce que les bénéfices pour la femme se font sentir et que cela lui permet d'exercer son activité :

« Ils sont venus voir que ceux qui ont fait la première fois n'ont pas de difficultés. La femme travaille bien, il n'y a pas d'enfants [rapprochés], elle travaille bien, elle avance dans le travail, c'est ça qui a fait que les gens ont accepté ça ». (Conjoint #1, CSPA D)

Un autre conjoint au CSPA A se positionne désormais en faveur de la planification familiale pour des raisons économiques, car il craint de ne pas avoir suffisamment de ressources pour être capable de prendre soin de nombreux enfants. Il estime que les familles qui refusent d'utiliser un moyen de contraception pour espacer les naissances risqueraient de maltraiter leurs enfants, puisqu'elles manqueraient de moyens financiers pour s'en occuper correctement.

« C'est qui m'a fait changer de mentalité, c'est que je n'ai rien pour nourrir les enfants, il faut faire doucement. Mais il y a des gens, moi je veux mieux qu'eux, mais ils veulent beaucoup d'enfants, c'est pour faire souffrir les enfants. L'enfant veut s'habiller, il veut manger, tu n'as pas l'argent, il sort voir les autres s'habiller, il pleure, voilà pourquoi j'ai fait l'intervalle comme ça. Si tu as deux ou trois enfants ça peut aller. [...] Ce que vous venez de dire est bon, si les gens allaient accepter, c'était bon. Cette année on n'a rien eu, on est allé au jardin aussi, il n'y a pas de bonne pluie pour les oignons, c'est-à-dire qu'on est en train de souffrir et puis on fait beaucoup d'enfants ; voilà pourquoi on fait l'espacement [des naissances]. » (Conjoint #1, CSPA A)

Cependant, une participante au groupe de discussion du CSPA A a un avis un peu plus mitigé et explique que beaucoup d'hommes refusent encore la planification familiale, en particulier dans les villages voisins. Ce refus serait plus marqué dans les villages situés autour du

CSPS A selon elle, ce qui pourrait désavantager les femmes de ces villages en matière d'accès à la planification familiale.

« [Ici] les hommes ont compris, mais dans les autres villages rattachés [au CSPS A] il existe encore beaucoup d'hommes qui refusent la planification familiale ». (Participante #1, groupe de discussion du CSPS A)

Parmi les participant·e·s que nous avons interrogé·e·s, seul un homme, marié en couple polygame, explique qu'il n'autoriserait pas ses coépouses à utiliser un moyen de contraception, mettant en avant ses convictions religieuses, car lui et ses coépouses sont de confession musulmane. Ce refus pourrait donc empêcher tout accès aux services de planification familiale à ses épouses.

« La religion dans laquelle nous sommes, tous ceux qui ont fait la planification familiale en ont eu des problèmes. Si je leur explique comme ça, elles comprennent. Elles verront que même si ces choses arrivent, c'est Dieu qui l'a voulu. C'est ce qui fait qu'elles ne peuvent pas venir me demander pour faire la planification ». (Conjoint #2, CSPS D)

Pour conclure cette sous-section, le tableau 3 ci-dessous fournit un récapitulatif des différents processus décisionnels observés dans nos résultats au regard des différentes décisions à prendre.

Processus décisionnels	La décision concerne...	Les femmes	L'ensemble du foyer	L'éducation des enfants	Les soins des enfants	Les soins de santé reproductive	La planification familiale
Autorisation		Autorisation formelle			Autorisation (la femme prend l'initiative)	Autorisation toujours accordée	Autorisation formelle et excluant la belle-famille
Collaboration			Collaboration pouvant inclure ou exclure les femmes	Collaboration avec la participation des femmes			
Information					Information (si les soins sont gratuits)		

Tableau 3. – Tableau récapitulatif des processus décisionnels

3.3 Les facteurs susceptibles d'influencer le pouvoir décisionnel des femmes

Nous venons de décrire différents processus décisionnels qui s'opèrent au sein des ménages et la façon dont les femmes participent ou non à ces prises de décision. Comme nous l'avons montré, le pouvoir décisionnel des femmes en matière de santé semble faciliter l'accès aux soins de santé reproductive et de planification familiale, ainsi il paraît essentiel de valoriser la participation des femmes à la prise de décision au sein de leur foyer. Dans cette section, nous décrirons les facteurs qui ont été mentionnés par les participant-e-s comme susceptibles de faciliter ou de limiter le pouvoir décisionnel des femmes en matière d'accès aux soins de santé reproductive et de planification familiale, sur lesquels il est possible d'intervenir. Ces résultats seront décrits au regard des quatre composantes du cadre conceptuel « *Gender at Work* », soient la capacité, les ressources, les normes informelles et les politiques formelles (Rao et al., 2016).

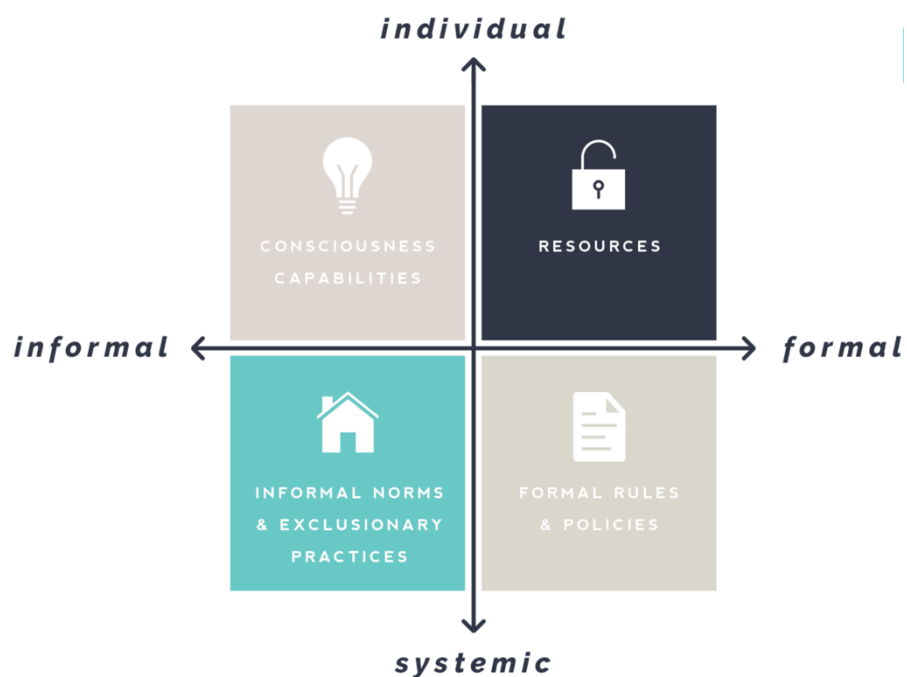


Figure 3. – Le cadre conceptuel « *Gender at work* » (Rao et al., 2016)

Parmi les participant-e-s, plusieurs femmes ont remarqué que le processus de prise de décision avait évolué dans le temps au sein des ménages. Ici, la représentante du groupement féminin du CSPA nous explique que désormais, certaines femmes protestent lorsqu'elles ne sont pas d'accord avec leur mari, même si des conflits familiaux découlent de ces discussions. Comme nous l'avons vu dans la sous-section précédente, une autre participante mentionnait qu'elle se rendrait au centre de santé malgré le refus de son mari. Ces témoignages pourraient signifier une volonté des femmes d'acquiescer un pouvoir décisionnel plus grand et une participation plus accrue à la prise de décision.

« Même si le mari va parler, il va parler, mais il y a des femmes, elles vont dire 'ah ce n'est pas avant hein, maintenant moi aussi mes yeux sont ouverts, ce n'est pas comme ça hein.' [...] Ça devient autre chose. ». (Représentante du groupement féminin du CSPA)

3.3.1 La capacité

La capacité renvoie aux caractéristiques individuelles telles que les connaissances, les compétences, ou encore la conscience politique, qui pourraient faciliter le pouvoir décisionnel des femmes. Nous en avons identifié deux types à partir des données, soient les regroupements féminins et les voyages.

3.3.1.1 *Les regroupements féminins*

Les activités ou les rencontres organisées par les regroupements féminins ont été jugées favorablement par les participantes. Lors du groupe de discussion du CSPA, les participantes ont exprimé à l'unanimité que ce type d'activité pourrait améliorer leur pouvoir de décision. Une des participantes du groupe de discussion explique ainsi que ces réunions permettent l'échange de conseils entre femmes pour améliorer la qualité de leurs relations intrafamiliales. Promouvoir et

soutenir les associations féminines dans les communautés pourraient ainsi peut-être avoir une influence positive sur le pouvoir décisionnel des femmes au sein de leurs ménages.

« Dans le groupe vous aller vous aider pour vous donner des conseils ; si dans ton foyer ça ne va pas, les autres peuvent te donner des conseils ». (Participante #4, groupe de discussion du CSPS A)

3.3.1.2 Les voyages

Pour la représentante du groupement féminin du CSPS A, ce sont les voyages et le fait de connaître les grandes villes qui permettent aux femmes de s'ouvrir l'esprit, et que les femmes qui n'auraient jamais quitté le village seraient moins capables de décider par elles-mêmes. Selon elle, les femmes qui résident en ville auraient effectivement un mode de vie très différent des femmes de son village.

« Il y a d'autres femmes [elles] sont sorties, [elles] sont parties à Ouaga ou bien Koudougou comme ça. Il y a d'autres femmes depuis qu'elles sont nées-là, elles ne connaissent pas Koudougou d'abord. Est-ce que ces genres de femmes-là peuvent décider? Puisqu'elles ont un seul esprit dans leur tête-là, les idées arrêtées. Est-ce que ces genres de femmes-là peuvent décider ? [...] Par rapport à celles qui ont voyagé et qui ont vu que la vie a changé, ce n'est plus comme avant. [...] Nous sommes dans un village, par rapport que la femme de la ville-là et que les femmes qui sortent aller dans des réunions ou bien voyager et puis revenir. Tu vois certaines femmes, si tu as un frère qui est à l'extérieur ou bien vers Bobo comme ça, si tu pars là-bas, si tu vois ces genres de femme-là, il y a un grand changement par rapport à celles qui sont là [dans le village], voilà. »
(Représentante du groupement féminin du CSPS A)

3.3.2 Les ressources

Ici, les ressources renvoient à l'accès aux soins de santé, à l'éducation, et autres ressources individuelles qui seraient des sources de changement de conditions de vie pour les femmes. Nous avons ainsi identifié les ressources financières et l'éducation.

3.3.2.1 Les ressources financières

Les activités génératrices de revenus exercées par les femmes ont été citées à plusieurs reprises par les hommes et les femmes comme étant favorables à l'autonomie décisionnelle. Pour cette participante, cela leur permettrait de prendre certaines décisions seules, sans avoir besoin de chercher à obtenir de l'argent auprès de leur mari.

« Je pense que si nous femmes nous avons des activités rémunératrices, cela peut nous aider à être un peu plus autonomes. Parce que si nous avons un peu d'argent il y'a certaines décisions que nous pouvons prendre sans avoir forcément recours à nos maris ». (Femme #1, CSPA A)

Une participante du groupe de discussion du CSPA A abonde dans ce sens, et mentionne que les ressources financières que possèdent les femmes pourraient leur permettre de prendre part plus souvent à la prise de décision concernant le foyer, puisque les femmes pourraient ainsi contribuer à payer les charges financières :

« En général c'est l'homme qui décide, mais souvent c'est la femme qui prend l'initiative et informe son mari pour avoir son accord. Et puis aussi ça dépend, si la femme aide l'homme à supporter les charges du foyer, elle participe plus à la prise de décision. C'est le cas chez moi et dans tous les couples gourounsis ». (Participante #3, groupe de discussion du CSPA A)

Une autre femme a exprimé un avis opposé, et explique que l'argent n'influe pas sur le processus de prise de décision selon elle.

« Elle [la femme] n'est pas libre d'aller faire ce qu'elle veut, c'est ton mari. Quel que soit l'argent que tu as, si ton mari ne t'a pas donné l'autorisation de faire ce que tu veux faire, tu ne peux pas faire. Donc tout c'est le mari. » (Femme #2, CSPS B)

Cependant, avant d'exercer une activité rémunérée, la femme doit obtenir l'accord de son mari, ce qui n'est pas toujours chose aisée, comme le témoigne cette participante du groupe de discussion du CSPA B :

« Après le mariage tu dois suivre ce que demande ton mari. S'il dit que tu ne vas pas faire tes activités pour avoir de l'argent, tu vas le suivre pour éviter les bagarres ; la femme n'a pas sa décision à prendre, c'est le mari qui commande ; ce qu'il te dit de faire tu fais ». (Participante #2, groupe de discussion du CSPA B)

Ainsi, des interventions qui faciliteraient l'accès à des ressources financières pourraient peut-être permettre aux femmes de participer à la prise de décision concernant le foyer, mais aussi à prendre des décisions seules pour elles-mêmes, puisqu'elles pourraient financer leurs projets par leurs propres moyens.

3.3.2.2 L'éducation

Enfin, pour la représentante du groupement féminin du CSPA A, il est important que les femmes puissent aller à l'école pour être capables de prendre des décisions par elles-mêmes. Elle nous dit que son organisation a plaidé en faveur de l'éducation des femmes de son village dans ce but. Favoriser l'éducation des femmes serait donc une piste d'intervention pertinente pour améliorer le pouvoir décisionnel des femmes.

« Voilà, elles [les femmes] n'ont pas été à l'école-là le problème-là seulement. [...] Bon c'est à cause de ça on avait demandé à un certain moment l'alphabétisation pour les femmes dans le village, pour que les femmes-là aussi, elles, elles savent un, deux, trois -là, ça pouvait aller un peu [...]. Voilà [le problème c'est] la non-scolarisation des femmes. Tout ça mène à la femme, [...] bon elle-même, elle ne peut pas décider ». (Représentante du groupement féminin du CSPA A)

3.3.3 Les normes informelles

On entend par normes informelles des normes et des structures sociales qui régissent la vie quotidienne. Ici, nous décrivons comment le poids des normes familiales et communautaires seraient susceptibles de limiter l'autonomie décisionnelle des femmes au sein du ménage.

Pour les représentantes de groupement féminin, la vie au sein d'une grande concession pourrait limiter le pouvoir décisionnel des femmes, puisque les autres membres de la communauté pourraient émettre un jugement sur un couple dans lequel la femme prendrait les décisions à la place de son mari. C'est ce que nous dit la représentante du groupement féminin du CSPA A :

« Donc c'est à cause de ça j'ai dit que, celles qui peuvent décider-là, sont moins. Puisque dans une concession, si toi la femme tu peux décider-là, des gens ont dit que toi, tu as attrapé ton homme-là dans ta main [la femme commande à son mari]. Et si c'était comme, nous sommes assis et chacun chez soi là d'accord. Dans une cour commune-là, décider-là c'est, même si tu vas décider ça serait en cachette, mais pas développer ça en vue d'œil des gens. Voilà sinon bon, d'autre part ça crée beaucoup de problèmes voilà ». (Représentante du groupement féminin du CSPA A)

Effectivement, parmi les huit conjoints que nous avons interrogés, trois nous disent clairement refuser que leur femme prenne des décisions seule et obtienne plus de pouvoir décisionnel. C'est le cas de ce conjoint au CSPA A, à qui nous avons demandé s'il souhaiterait que les femmes de sa communauté aient plus d'autonomie décisionnelle. Il nous répond qu'il ne le souhaite pas, car la femme vit chez son mari et il doit donc prendre les décisions à sa place. Ainsi, les normes familiales semblent indiquer que c'est à l'homme d'être 'responsable' de sa femme :

« Jamais de la vie, cela n'est pas possible. La femme n'est pas chez elle. Elle est chez l'homme. C'est l'homme qui est responsable d'elle. C'est à lui d'en décider pour elle ». (Conjoint #2, CSPA A)

Selon la représentante du groupement féminin du CSPA A, quelques hommes acceptent d'accorder plus de pouvoir décisionnel à leur femme, mais ils sont peu nombreux :

« Sur 10 hommes-là peut-être 3 [acceptent que leur femme prenne une décision], les 7 -là vont dire nada [jamais] ». (Représentante du groupement féminin du CSPS A)

Des interventions de sensibilisation réalisées dans les communautés pourraient peut-être permettre aux femmes d'acquérir plus de pouvoir décisionnel, en particulier si les cibles de ces interventions étaient les conjoints ou la belle-famille des femmes.

3.3.4 Les politiques et règles formelles

Enfin, nous décrirons comment les règles et les politiques qui régissent la vie en société de façon formelle pourraient influencer l'autonomie décisionnelle des femmes. Il s'agit ici de la sensibilisation, de la politique nationale de gratuité des soins de santé reproductive, et de la gratuité de la planification familiale. De la même façon que dans la section 3.2, nous distinguons ici les soins de santé reproductive et la planification familiale pour faciliter la compréhension des lecteur·ice·s.

3.3.4.1 La sensibilisation

De nombreux·ses participant·e·s ont cité les actions de sensibilisation pour permettre aux femmes d'avoir plus de pouvoir décisionnel au sein du foyer. La représentante du groupement féminin du CSPS C nous dit que la sensibilisation et l'exemple des autres femmes permettraient aux femmes de 'se lever', c'est-à-dire de prendre des initiatives, pour participer à la vie de famille.

« Avant c'était compliqué, mais maintenant, dans les années maintenant comme il y a les sensibilisations partout-là, les radios tout, tout, tout, tout le monde écoute-là ah ça va un peu. Maintenant, avant là tu es une femme tu te lèves tu es là posée, c'est le mari qui va tout amener. Mais comme il y a les sensibilisations toi aussi tu vois tes camarades elles tournent, elles tournent-

là [elles se battent], toi aussi tu vas te lever, donc ça va ». (Représentante du groupement féminin du CSPS C)

Pour cette participante du groupe de discussion au CSPS A, le travail de sensibilisation fait par les agent·e·s de santé a permis aux hommes de comprendre les bénéfices de la planification familiale, ce qui facilite les négociations pour les femmes. Poursuivre des activités de sensibilisation avec l'aide des agents de santé à base communautaire pourrait peut-être permettre d'améliorer encore davantage les connaissances en matière de contraception, et ainsi de faciliter les négociations entre une femme et son conjoint lorsque celle-ci cherche à rejoindre les services de planification familiale.

« La prise de décision n'est plus vraiment compliquée. En effet les hommes ont compris les bienfaits de la planification familiale et c'est eux qui amènent leurs femmes dans les centres de santé à cet effet. De toutes les façons, les agents de santé eux-mêmes nous conseillent d'en parler à nos maris et pour les plus réticents ils envoient les agents de santé communautaire échanger avec eux ». (Participante #3, groupe de discussion du CSPS A)

3.3.4.2 *La politique nationale de gratuité des soins de santé reproductive*

Pour les participant·e·s, les opinions divergent quant à savoir si la politique de gratuité des soins de santé reproductive a permis une évolution du processus décisionnel concernant l'accès aux soins. De nombreux·se·s participant·e·s estiment que le processus de prise de décision reste inchangé malgré l'introduction de la politique de gratuité. Pour ce conjoint, ce processus n'a pas évolué et il reste seul décisionnaire concernant le recours aux soins pour ses enfants ou pour sa femme. Il explique cependant que la gratuité ne couvre pas la totalité des soins, et que si des frais médicaux restent à payer, ça sera à lui de le faire :

« Non pas du tout, la gratuité des soins n'a eu aucun effet sur les prises de décisions. De toutes les façons que les soins soient gratuits ou pas c'est moi qui prends les décisions concernant sa santé reproductive ou la santé des enfants d'autant plus que tous les produits ne sont pas couverts par

la gratuité et que par moment c'est moi qui dois déboursier de l'argent pour certains produits ».
(Conjoint #2, CSPA A)

Une autre participante abonde également dans ce sens, et précise qu'elle doit toujours demander l'autorisation à son mari avant de se rendre au centre de santé, que les soins soient gratuits ou non. Pour elle, la gratuité ne semble pas avoir facilité le processus décisionnel en matière d'accès aux soins de santé reproductive.

« La gratuité des soins n'a vraiment pas changé les choses en matière de prise de décision. C'est toujours les mêmes principes. J'informe toujours mon mari qui me donne l'autorisation d'y aller. Ce n'est parce que c'est gratuit que j'y vais sans l'informer ». (Femme #1, CSPA A)

Cette participante du groupe de discussion du CSPA A explique également que le processus de prise de décision n'a pas changé au sein de son foyer. Cependant, comme nous l'avons montré à la section 3.2, le changement réside dans le fait que l'autorisation de recourir au CSPA devrait maintenant être toujours accordée grâce à l'introduction de la politique de gratuité.

« C'est toujours la même chose, mais comme c'est la santé, personne ne peut s'opposer surtout que c'est gratuit, tu ne demandes pas l'argent ». (Participante #3, groupe de discussion du CSPA A).

D'autres participant-e-s estiment que la politique nationale de gratuité des soins a eu une influence positive sur le pouvoir décisionnel des femmes lorsqu'il s'agit de rejoindre les services de santé reproductive. Par exemple, la représentante du groupement féminin du CSPA B nous dit que selon elle, la gratuité des soins a permis aux femmes d'informer leur mari uniquement, sans pour autant attendre de validation de leur part. Comme nous l'avons vu dans la section 3.2, informer son conjoint sans chercher à obtenir son autorisation avant de se rendre au centre de santé pourrait faciliter l'accès aux soins, car aucune forme de négociation n'est nécessaire.

« Maintenant comme c'est gratuit, que ce soit l'enfant ou l'homme qui est malade, ou la femme qui est malade, il faut informer seulement quelqu'un dans la cour que tu es malade et que tu veux aller à l'hôpital, et tu viens te soigner, c'est tout ». (Représentante de groupement féminin du CSPA B)

3.3.4.3 La politique de gratuité des services de planification familiale

Enfin, en matière de planification familiale, pour la plupart des participant·e·s, et comme nous l'avons montré à la section 3.2, il semble que l'introduction de la politique de gratuité de la planification familiale n'ait pas eu d'influence sur le pouvoir décisionnel des femmes concernant le recours à ces services, et donc sur l'accès des femmes aux méthodes de contraception. Cette participante au groupe de discussion du CSPA A témoigne :

« Moi par contre je pense que la gratuité n'a pas vraiment impacté sur la prise de décision. Malgré la gratuité, c'est toujours les hommes qui décident si les femmes doivent faire le planning ou pas. Si tu as pris la décision sans informer ton mari on te traite de femme irrespectueuse ».
(Participante #3, groupe de discussion du CSPA A)

Ce participant partage cette opinion, et craint qu'avec l'introduction de la politique de gratuité des services de planification familiale, les femmes puissent désormais utiliser un moyen de contraception sans avoir obtenu l'accord de leur mari au préalable, ce qui occasionnerait des conflits importants dans le couple.

« Ça aussi, c'est la décision de son mari. Mais si tu vois la femme qui dit qu'elle s'en va prendre ça [la contraception] parce que c'est gratuit, peut-être qu'elle se dit que c'est gratuit et qu'elle n'a pas besoin d'échanger avec son mari avant d'aller prendre le médicament là. Parce que si c'est payant, si elle parle à son mari, s'il a accepté, il doit être au courant que la femme est allée prendre le médicament. Mais il y a d'autres femmes qui vont se dire que parce que c'est gratuit, elles s'en vont prendre à l'insu de leurs maris. [...] Si le mari est d'accord, c'est lui-même qui doit amener la femme-là ici pour qu'elle prenne [une contraception]. Si son mari n'est pas d'accord et elle vient [au planning familial], s'il est au courant il va faire bagarre et dire à la femme de quitter sa maison, c'est mieux que le mari va être d'accord. » (Conjoint #1, CSPA C)

Cependant, une participante du groupe de discussion du CSPA A exprime un avis contradictoire et estime que la gratuité des services de planification familiale ne permet plus aux conjoints de refuser que leur femme utilise un moyen de contraception, puisque selon elle, la question des ressources financières nécessaires n'était qu'un prétexte :

« La gratuité de la planification familiale impacte vraiment la prise de décision. Avant quand c'était payant les hommes se cachaient derrière la question d'argent pour justifier leurs refus d'autoriser leurs femmes à utiliser les méthodes contraceptives, mais avec la gratuité ils n'ont plus de prétexte [...] Les femmes peuvent même souvent utiliser ces méthodes sans leur demander leur avis. » (Participante #1, groupe de discussion du CSPA A)

Chapitre 5 - Discussion

Dans ce chapitre de notre mémoire consacré à la discussion, nous commencerons par discuter de nos résultats pour les deux volets de notre étude, soient la relation soignant·e-s-soignées et le pouvoir décisionnel des femmes, puis nous décrirons les forces et les limites de notre projet de recherche. Enfin, le dernier chapitre de notre mémoire présentera notre conclusion. Il est à noter que les résultats de la première dimension de notre étude concernant la relation soignant·e-s-soignées restent limités et principalement descriptifs, comme nous l'expliquerons plus en détail dans la section « Limites » de ce chapitre.

1. La relation soignant·e-s-soignées et la qualité des soins

1.1 La situation dans le contexte de la gratuité des soins

D'après les résultats de notre étude, les femmes perçoivent généralement leurs relations avec les soignant·e-s comme étant de bonne qualité. Comme le mentionne Formarier, « un des objectifs des soignants dans la relation de soins [...] devrait être de restaurer une 'relation symétrique' et de permettre au patient de retrouver une autonomie et d'être, avec les soignants, dans des interactions et des relations égalitaires » (Formarier, 2007). Si la littérature décrit parfois des faits de violence verbale ou des propos stigmatisant de la part des soignant·e-s, contribuant ainsi au maintien de rapports de pouvoir et de relation asymétrique entre les agent·e-s de santé et les utilisateur·ice·s (Ouattara et al., 2009 ; Samb et al., 2013), les participant·e-s n'ont pas témoigné avoir perçu le discours soignant comme de la violence verbale dans notre étude. De la même façon, au Burkina Faso et ailleurs en Afrique subsaharienne, les écrits scientifiques mentionnent également des gestes de violence physique de la part des soignant·e-s à l'encontre

des femmes (Bohren et al., 2015). Aucun comportement de ce type n'a été décrit par les participant-e-s dans notre étude.

De façon plus large, les femmes semblent également satisfaites de la qualité des soins qu'elles ont reçus aux CSPS, qu'il s'agisse de soins maternels et reproductifs, ou des soins des enfants. La qualité des consultations, et la capacité des soignant-e-s à fournir de l'information médicale aux utilisateur-ice-s, ainsi qu'à répondre à leurs questions, ont été particulièrement appréciées dans les CSPS de notre étude. Ces éléments sont confirmés par la littérature, qui montre que les femmes burkinabè sont satisfaites de la qualité des accouchements, et que la gratuité des soins n'a pas eu d'effet délétère sur leur perception positive de cette qualité des soins (Philibert et al., 2014).

Ces résultats sont encourageants et pourraient favoriser l'accès aux soins de santé reproductive par les femmes. De nombreuses participantes ont mentionné que la bonne qualité des soins, et notamment la gentillesse des soignant-e-s à leur égard, sont autant de raisons pour elles de revenir consulter au CSPS pour des soins futurs, mais aussi de suggérer aux femmes de leur entourage de rejoindre le CSPS. En effet, le fait de considérer la qualité des soins comme excellente dans un centre de santé constitue un facteur favorisant la décision de s'y rendre au moment de l'accouchement (Moyer & Mustafa, 2013). À contrario, lorsque les femmes ou leurs proches ne sont pas satisfait-e-s de leur expérience en centre de santé, elles pourraient ne plus souhaiter rejoindre les CSPS (Somé et al., 2011). Or, aucun-e des participant-e-s de notre étude n'a décrit de visite qui se serait particulièrement mal déroulée au CSPS, et aucun-e ne nous a confié ne plus souhaiter rejoindre les services de santé.

1.2 L'influence de la politique nationale de gratuité des soins

En matière d'accès aux soins, la politique nationale de gratuité a été estimée comme bénéfique par la grande majorité des participant-e-s. L'abaissement de la barrière tarifaire permet à plus de femmes de rejoindre les services de santé reproductive, et les femmes les rejoignent

aussi plus rapidement, comme cela a été démontré à plusieurs reprises dans la littérature au Burkina Faso, et ailleurs en Afrique subsaharienne (Dzakpasu et al., 2014 ; Samb & Ridde, 2018). Mais d'autres effets plus préjudiciables à l'accès aux soins ont été soulevés par quelques participant·e·s, suggérant que certaines difficultés persistantes seraient à traiter pour que la politique d'exemption de paiement soit mise en œuvre de la façon la plus efficace possible.

1.2.1 Les difficultés pour les soignant·e·s

En matière de qualité des soins de façon générale, comme nous l'avons montré plus haut, la plupart des participant·e·s se disent satisfait·e·s de leurs expériences au CSPS. En revanche, quelques utilisateur·ice·s d'un CSPS ont témoigné de délais importants au moment de la prise en charge, et un participant s'est déclaré insatisfait de la qualité de l'accueil par les soignant·e·s. Ces participant·e·s estiment que ces difficultés seraient attribuables au manque de personnel et à la politique de gratuité.

Avec l'introduction de la politique de gratuité des soins au Burkina Faso, la fréquentation dans les centres de santé a augmenté de façon durable (Haddad et al., 2013). Cependant, si cette augmentation du nombre d'utilisateur·ice·s des services de santé ne s'accompagne pas d'une augmentation des ressources humaines, cela pourrait se traduire par une charge de travail plus importante pour le soignant·e·s. C'est ce que suggère la littérature au Burkina Faso, qui décrit une faible disponibilité des professionnel·le·s de santé (Nikiema et al., 2010) et une répartition inégale des ressources humaines sur le territoire (Ly et al., 2014). En effet, des soignant·e·s burkinabè ont déjà constaté une augmentation de leur charge de travail lorsque les soins sont gratuits (Druetz et al., 2017). Ce même constat a été fait ailleurs en Afrique subsaharienne : des infirmier·ère·s sud-africain·e·s et ougandais·e·s craignent que leurs pratiques professionnelles et leur attitude à l'égard de leur travail ne se dégradent avec l'introduction de la politique d'exemption de paiement (Burnham et al., 2004 ; Walker & Gilson, 2004). Ainsi, cette augmentation de la charge de travail, induite par la politique de gratuité des soins, pourrait être à l'origine de stress et

d'insatisfaction au travail pour les soignant·e·s, entraînant ainsi une dégradation de la qualité des soins, et notamment de la relation soignant·e·s-soigné·e·s (Hay et al., 2019).

Pour Yannick Jaffré, une autre explication possible à ces tensions relationnelles réside dans les difficultés matérielles et le manque de ressources auxquelles doivent faire face les soignant·e·s au quotidien, creusant ainsi un fossé entre les enseignements théoriques reçus en formation et les pratiques soignantes qui sont effectivement réalisables dans le milieu hospitalier (Jaffré, 2003). En effet, dans le contexte de la gratuité des soins, certain·e·s participant·e·s ont observé un manque de personnel au CSPS, ainsi qu'un manque de disponibilité des médicaments. Ces difficultés pourraient donc se traduire par des comportements indifférents ou inadaptés face aux utilisateur·ice·s, comportements qui résultent d'une mise à distance affective de la souffrance de l'autre que l'on ne peut soulager correctement (Jaffré, 2003). Ces éléments d'explication font écho à ce que Christophe Dejours appelle la *souffrance éthique*, soit la souffrance ressentie par les soignant·e·s lorsque le contexte de soin entraîne une dégradation de la qualité des soins, empêchant ainsi les soignant·e·s d'accomplir leur métier dans le respect de leurs valeurs morales et déontologiques (Dejours, 2017). S'en suivent alors des mécanismes de défense, en particulier « un déni de perception à la souffrance que leur pratique dégradée du soin inflige aux malades » (Dejours, 2017). Ces mécanismes de défense pourraient alors possiblement nuire à la qualité de la relation soignant·e·s-soigné·e·s.

Ainsi, il semble important de remédier à ces facteurs susceptibles de générer de la souffrance chez les soignant·e·s. En effet, promouvoir une meilleure qualité de la relation soignant·e·s-soigné·e·s pourrait faciliter la création de relations plus égalitaires et symétriques entre les soignant·e·s et les utilisateur·ice·s, de même que la création d'un lien de confiance entre les populations et le système de santé.

1.2.2 La pénurie de médicaments

Comme nous l'avons évoqué dans la sous-section précédente, une autre problématique qui a été soulevée par quelques participant·e·s est la pénurie de médicaments dans un des quatre CSPS de notre étude, obligeant les utilisateur·ice·s à rejoindre le village voisin pour se procurer les médicaments qui leur ont été prescrits pendant la consultation. Cependant, ce manque de disponibilité des médicaments n'a été décrit que dans un seul des quatre CSPS de notre étude, suggérant que les utilisateur·ice·s des trois autres CSPS n'ont pas relevé de difficulté pour se procurer les médicaments et le matériel nécessaires. En revanche, les quelques participant·e·s concerné·e·s par la pénurie de médicaments se disent insatisfait·e·s de cette diminution de la qualité des soins, et estiment que la politique nationale de gratuité des soins serait à mettre en cause.

Lorsque les politiques d'exemption de paiement sont introduites sans que les revenus provenant du paiement par les utilisateur·ice·s ne puissent être suffisamment compensés, on pourrait effectivement observer une baisse de la qualité des soins, notamment un manque de disponibilité des médicaments et du matériel médical essentiel (Hatt et al., 2013). Or, au Burkina Faso, en 2018, environ 55% du coût associé à la gratuité des frais médicaux n'a pas pu être remboursé aux centres de santé par l'État (Bicaba et al., 2020). Ces problématiques risqueraient alors de renforcer une barrière à l'accès aux soins : celle de la qualité des soins lorsqu'elle est perçue comme non-satisfaisante par les utilisateur·ice·s (Hatt et al., 2013). Ce phénomène de manque de disponibilité des médicaments a déjà été observé dans d'autres pays dans lesquels l'exemption de paiement est en vigueur, tels que le Burundi et le Nigéria, en lien avec une préparation inadéquate en amont de l'introduction des politiques d'exemption de paiement (Galadanci et al., 2010 ; Nimpagaritse & Bertone, 2011). De la même façon, au Niger, si des problèmes d'approvisionnement en médicament et matériel médical ont été observés, l'origine de ces problèmes semble être vraisemblablement l'introduction trop rapide de la politique d'exemption de paiement (Diarra & Ousseini, 2015).

En conséquence, une attention particulière devrait être accordée à l'implantation de la politique de gratuité des soins, afin de remédier aux potentiels problèmes de mise en œuvre et de maintenir une qualité des soins jugée satisfaisante par les utilisateur·ice·s, pour que cette perception de la qualité des soins n'agisse pas comme une barrière limitant le recours aux services de santé reproductive au Burkina Faso.

2. Le pouvoir décisionnel des femmes

2.1 Le continuum de la participation des femmes à la prise de décision

Dans le chapitre 4 de ce mémoire, en page 70, nous proposons une figure récapitulative (figure 2) montrant l'ampleur de la participation des femmes à la prise de décision, sur un continuum allant de l'absence de participation à la participation forte. Nous avons ainsi tenté de contribuer à un effort de conceptualisation du processus de prise de décision des femmes, tant en matière de décisions de la vie quotidienne que d'accès aux soins de santé reproductive, de soin des enfants et de planification familiale.

En effet, au regard de nos données, il semble que les processus décisionnels que nous avons identifiés au sein des ménages peuvent être ordonnés selon l'importance accordée à la participation des femmes à la prise de décision par les membres du foyer. Lorsque les membres du ménage prennent une décision en excluant volontairement les femmes, la participation des femmes à la prise de décision semble très faible inexistante. Le processus d'autorisation permet aux femmes de manifester leur intérêt pour quelque chose, toutefois, la décision finale revient à leur mari ou à un autre membre du foyer. La collaboration semble permettre un échange entre une femme et sa famille où chacune des parties contribue à la prise de décision. Finalement, l'information permet à une femme de prendre une décision seule, sans attendre de validation de la part d'un autre membre du foyer avant d'entreprendre un projet.

Cependant, ce modèle ne saurait prétendre être exhaustif et comporte des limites. Par exemple, les données ne nous permettent pas de savoir de façon précise comment se déroulent ces différents processus de prise de décision, et de quelle façon les membres du foyer interagissent entre eux, depuis la formulation d'un projet à la décision finale. Il se peut que certaines catégories de processus décisionnel méritent d'être raffinées : par exemple, pour mieux décrire et catégoriser le processus de collaboration, il serait bon d'examiner le degré de participation des femmes au sein même du processus collaboratif, et dans quelle mesure celles-ci sont en capacité de faire entendre leur voix. Finalement, ce modèle ne nous renseigne pas sur les déterminants sociaux et structurels qui sont susceptibles d'influencer le degré de participation des femmes à la prise de décision.

2.2 Le pouvoir décisionnel des femmes dans la vie quotidienne

Comme nous l'avons montré dans la section précédente de ce mémoire, pour les participant·e·s de notre étude, il est fréquent qu'une femme doive obtenir l'autorisation de son mari avant d'entreprendre certains projets, par exemple lorsqu'il s'agit d'exercer une activité génératrice de revenus, ou de rendre visite à ses parents. En effet, selon une étude publiée en 2008, les normes sociales en vigueur chez certaines ethnies présentes en milieu rural au Burkina Faso semblent indiquer que les hommes devraient être responsables de leur femme, se positionner comme chef de ménage et protecteur de l'ensemble des membres du foyer, alors que les femmes devraient se montrer respectueuses et suivre la volonté de leur mari (Nikiema et al., 2008). Ainsi, comme certain·e·s participant·e·s l'ont évoqué, les hommes pourraient être stigmatisés au sein de leur communauté si leur femme disposait de plus d'autonomie décisionnelle, en particulier si le ménage se trouve dans une grande concession.

Par ailleurs, en milieu rural, le couple marié et leurs enfants partagent souvent leur foyer avec les parents du conjoint, et ses frères s'il en a. Il est donc fréquent que le mari soit lui-même tributaire de l'autorité de ses parents, et/ou de ses frères aînés, à qui revient généralement le dernier mot pour chaque décision à prendre. Ainsi, dans certains ménages, obtenir l'autorisation

du conjoint seul ne sera pas suffisant, et les femmes devront également obtenir l'accord de leur belle-famille avant d'entreprendre un projet, ce qui pourrait encore amoindrir leur autonomie décisionnelle, au regard du nombre de protagonistes avec lesquels elles doivent négocier.

D'autre part, lorsque des décisions sont à prendre qui concernent l'ensemble du ménage, par exemple lorsqu'il s'agit de faire un achat, ou bien de s'entendre sur les travaux d'agriculture ou l'éducation des enfants, un processus de prise de décision sur le mode de la collaboration se met parfois en place. Dans une étude réalisée au Ghana, on retrouve un processus de décision similaire en ce qui concerne l'accès aux soins des enfants souffrant de fièvre : ce processus de collaboration est influencé par les normes sociales qui régissent la vie de famille, où chaque membre du foyer intervient au regard de son statut dans le foyer, du pouvoir décisionnel détenu, du contrôle des ressources qui lui est accordé, ou encore de la qualité des relations entre les membres de la famille (Tolhurst et al., 2008). Par ailleurs, pour certains ménages, ce processus de collaboration peut également se jouer uniquement entre un conjoint et sa famille, excluant ainsi son épouse. Comme le montre le cadre conceptuel de Ninacs (2008) sur « *l'empowerment* » individuel, la participation constitue une composante essentielle de *l'empowerment*, suggérant qu'exclure les femmes de la participation à la prise de décision familiale pourrait avoir des effets délétères sur leur pouvoir décisionnel.

2.3 Le pouvoir décisionnel des femmes en matière d'accès aux soins de santé reproductive

Avant que la politique nationale de gratuité des soins ne soit introduite, les normes sociales qui s'opèrent au sein des ménages ont conduit les femmes Burkinabè à développer toutes sortes de processus de négociation pour obtenir l'autorisation de rejoindre un centre de santé, et obtenir l'argent nécessaire au paiement des soins médicaux (Nikiema et al., 2008). Ainsi, ces normes sociales contribuaient au manque de pouvoir décisionnel des femmes au sein du foyer, une barrière importante à l'accès aux soins par les femmes, car ces processus de négociations

complexifieraient le recours aux soins. Désormais, avec l'introduction de la politique de gratuité, il semble que dans certains foyers, les femmes puissent se contenter d'informer leur mari ou leur belle-famille, sans toutefois chercher à obtenir leur autorisation et sans attendre une quelconque forme de validation de leur part. En effet, ces résultats concordent avec une étude récente qui a montré que depuis que la politique nationale de gratuité a été introduite, les femmes burkinabè n'ont plus à négocier avec leur mari pour obtenir les ressources financières nécessaires, ce qui réduit les délais de prise en charge (Samb & Ridde, 2018).

Comme nous l'avons montré au chapitre 4 de ce mémoire, pour la plupart des autres participant-e-s, si les femmes doivent toujours demander formellement l'autorisation à leur mari ou à leur belle-famille avant de rejoindre un centre de santé pour des soins de santé reproductive, l'autorisation devrait être systématiquement accordée. On remarque ainsi une évolution au sein du processus de prise de décision en matière de santé reproductive depuis l'abaissement de la barrière tarifaire, et en particulier un accès aux soins de santé reproductive facilité, puisque les conjoints ne refuseraient plus l'accès au centre de santé à leur femme.

Ainsi, nous pourrions formuler l'hypothèse qu'il pourrait s'agir d'une forme d'autorisation particulière : il semblerait que les femmes approchent leur mari pour demander leur accord avant de rejoindre un centre de santé, bien qu'elles sachent que la réponse sera positive. Ces résultats font écho à l'étude de Nikiema et collègues, montrant que même lorsque les femmes burkinabè disposent des ressources financières nécessaires pour payer les soins médicaux, elles sont toujours tenues de protéger la fierté de leur mari en demandant leur autorisation et en agissant comme si l'argent utilisé appartenait à ce dernier (Nikiema et al., 2008). D'autres études réalisées au Burkina Faso ou ailleurs en Afrique subsaharienne permettraient d'examiner si ce processus de prise de décision observé en contexte de gratuité pourrait être le signe d'un plus grand pouvoir décisionnel des femmes en matière de santé reproductive, ou au contraire un signe que la politique de gratuité des soins a peu d'influence à elle seule sur le pouvoir décisionnel des femmes.

D'autre part, une autre hypothèse possible qui pourrait expliquer l'autorisation systématique accordée par les maris pourrait être la connaissance des risques que comporte un

problème de santé, et la confiance dans l'efficacité des soins administrés pour prévenir ce problème de santé (Becker & Maiman, 1975). En effet, le discours des participant·e·s indique également que les bénéfices de l'accouchement assisté par un·e professionnel·le de santé qualifié·e·s, du suivi prénatal et du suivi postnatal ont été bien compris. Ainsi, il semble qu'une femme se verrait souvent accorder l'autorisation de se rendre au CSPS pour des soins de santé reproductive afin de prévenir aux mieux les risques de complications liées à la grossesse.

Finalement, il semble que la politique de gratuité puisse contribuer à améliorer l'accès aux soins de santé reproductive en réduisant la barrière financière, mais aussi en agissant sur les processus décisionnels qui s'opèrent au sein des ménages. Toutefois, nos résultats montrent que cette influence de la politique de gratuité demeure limitée, car le manque de pouvoir décisionnel des femmes demeure le cœur du problème. En d'autres termes, l'amélioration du pouvoir décisionnel des femmes ne dépend pas uniquement des femmes elles-mêmes ni de la politique de gratuité des soins à elle seule. Il semble qu'une transformation en profondeur des normes sociales et des processus décisionnels au sein des ménages s'impose pour faciliter encore davantage l'accès des femmes aux soins de santé reproductive.

2.4 Le pouvoir décisionnel des femmes en matière de planification familiale

Lorsque la décision concerne la planification familiale, une femme qui souhaiterait utiliser un moyen de contraception pour espacer les naissances sera souvent tenue de communiquer avec son mari pour obtenir son autorisation. Selon une revue systématique portant sur les déterminants des besoins non satisfaits en matière de planification familiale dans les pays en voie de développement, lorsque la société est construite selon un modèle patriarcal, le conjoint sera souvent l'unique décisionnaire en matière de contraception, et la femme devra se conformer aux projets de planification familiale de son mari (Wulifan et al., 2016). Pour d'autres, la décision sera le fruit d'une réflexion commune entre une femme et son conjoint, bien que la décision finale revienne généralement à ce dernier. Par ailleurs, contrairement aux autres décisions à prendre au sein du ménage, la belle-famille sera souvent exclue du processus décisionnel en ce qui

concerne la planification familiale, par crainte que celle-ci ne s'oppose à la prise de contraceptif. À la différence du processus de prise de décision en matière d'accès aux soins de santé reproductive, dans ce contexte, il ne semble pas y avoir de certitude quant à savoir si l'autorisation sera accordée ou non.

En effet, de nombreuses idées reçues entourent encore la question de la planification familiale en Afrique subsaharienne, risquant d'agir comme une barrière, car les femmes pourraient ainsi se voir refuser l'autorisation de rejoindre ces services. Une étude réalisée en Ouganda a examiné les barrières limitant le soutien des hommes à l'égard de l'utilisation de contraceptifs modernes, et montre que des risques pour la santé sont redoutés tant par les hommes que par les femmes, tels que le risque d'infertilité, de maladie ou de diminution de la libido (Kabagenyi et al., 2014). On craindra également qu'une femme qui utilise un moyen de contraception ne cherche à avoir des relations sexuelles extra-conjugales (Kabagenyi et al., 2014) et en particulier si la femme utilise un contraceptif sans en informer son mari et sans avoir obtenu son autorisation au préalable. Au Burkina Faso, une étude a montré que cette stigmatisation de la sexualité des femmes se retrouvera également dans les services de santé, que les auteur·e·s décrivent comme « des lieux de rappel et/ou de confirmation des normes sociales et statutaires auxquels les femmes en âge de procréer sont censées se conformer » (Ouattara et al., 2009). Ainsi, les soignant·e·s, dont le discours reflète l'adhésion aux valeurs qui imprègnent leur communauté d'appartenance, qualifieront une jeune femme non mariée qui cherche à rejoindre les services de planification familiale comme « une fille qui n'est pas sérieuse » (Ouattara et al., 2009).

Si le poids de ces normes sociales entourant la planification familiale s'exerce fortement sur les femmes, il s'exerce aussi sur leur mari, qui pourraient également être stigmatisés dans leur communauté si leur femme rejoignait les services de planification familiale sans leur accord. D'autre part, l'une des composantes des inégalités de genre se manifeste par l'emprise des hommes sur la sexualité et la reproduction féminine. Comme le mentionnent Andro et Desgrées du Loû (2009) :

[...] en matière de sexualité comme de procréation, les rôles des hommes et ceux des femmes ne sont pas symétriques, ni équivalents. Ce sont les femmes qui portent les grossesses et enfantent, mais les hommes n'en ont pas moins un rôle crucial à toutes les étapes des processus de la procréation : comme partenaires sexuels bien sûr, mais aussi comme détenteurs d'une large part du pouvoir de décision au sein de la sphère conjugale et familiale, comme détenteurs majoritaires du pouvoir politique et économique. De ce fait, dans ce domaine, les questions de genre (i.e les rapports sociaux de sexe) interfèrent immédiatement avec les questions de santé *stricto sensu*. Un des aspects majeurs de la domination masculine est en effet l'appropriation par les hommes du pouvoir de fécondité des femmes.

Ainsi, ces éléments suggèrent que, malgré l'introduction de la gratuité de la planification familiale qui facilite l'accès à ces services en abaissant la barrière tarifaire, le processus de prise de décision semble avoir peu évolué en contexte de gratuité : au regard du statut social des femmes, ainsi que des normes sociales qui structurent la vie familiale et communautaire, une femme ne pourra généralement pas se contenter d'informer son mari avant de rejoindre les services de planification familiale, mais devra bien souvent rechercher son autorisation formelle.

2.5 D'autres pistes d'action pour améliorer le pouvoir décisionnel des femmes

Comme nous venons de le voir, la politique nationale de gratuité des soins semble avoir facilité l'accès aux services de santé reproductive et de planification familiale, car l'abaissement de la barrière tarifaire pourrait avoir simplifié les processus de prise de décision et de négociation au sein des ménages. En revanche, il semble que l'influence de cette politique sur le pouvoir décisionnel des femmes comporte des limites lorsque la politique est implantée à elle seule, car nous avons constaté qu'il reste bien souvent nécessaire pour les femmes d'obtenir l'autorisation, plus ou moins formelle, de la part de leur mari avant de rejoindre les services de santé. D'autres interventions visant à améliorer le pouvoir décisionnel des femmes, implantées dans ce contexte de gratuité des soins, pourraient peut-être permettre d'améliorer encore davantage le pouvoir décisionnel des femmes.

Quelques pistes d'action ont été proposées par les participant-e-s de notre étude. Par exemple, les participant-e-s ont mentionné l'idée de faciliter l'accès à l'éducation pour les filles. En effet, selon un rapport du Bureau international du travail (International Labour Office, 2009, traduction libre) :

Les filles instruites sont plus susceptibles d'avoir des revenus plus élevés et un contrôle plus important sur les ressources à l'âge adulte, de se marier plus tard, d'avoir des enfants moins nombreux et en meilleure santé et d'exercer un plus grand pouvoir de décision au sein du ménage.

Certains pays d'Afrique subsaharienne ont implanté des interventions d'exemption de paiement des frais de scolarité pour faciliter l'accès à l'éducation, tels que le Malawi, l'Afrique du Sud ou le Kenya (Al-Samarrai & Zaman, 2007 ; Nordstrum, 2012 ; Ohba, 2011), mais à notre connaissance, il n'existe pas d'intervention de la sorte au Burkina Faso.

Une autre piste qui a été citée à plusieurs reprises par les participant-e-s est celle de l'accès aux ressources financières par les femmes, qui faciliterait la participation à la prise de décision au sein du foyer, puisque les femmes pourraient contribuer elles aussi au paiement des charges du ménage. En effet, une revue systématique incluant 34 études réalisées dans plusieurs pays en voie de développement a montré que les groupes d'entraide économique (c'est-à-dire des groupes dans lesquels les femmes ont recours à différentes stratégies pour obtenir des ressources financières, comme l'épargne ou le crédit) ont des effets bénéfiques sur le pouvoir décisionnel des femmes sur le plan économique, politique et social (Brody et al., 2015). Au Burkina Faso, une étude réalisée avant l'introduction de la politique nationale de gratuité a montré que l'utilisation du microcrédit par les femmes a permis d'améliorer leur autonomie décisionnelle en matière de santé, car elles peuvent désormais payer certains frais médicaux peu onéreux par elles-mêmes (Hennink & McFarland, 2013). Par ailleurs, même dans un contexte de gratuité des soins, certaines barrières financières peuvent persister (Ridde et al., 2013). Ainsi, s'il n'existe pas encore, à notre connaissance, d'étude démontrant l'utilité de ce type de programmes d'aide financière en matière d'accès aux soins de santé reproductive pour les femmes, nous pourrions formuler

l'hypothèse que ces interventions pourraient améliorer l'accès aux soins pour les femmes en abaissant les barrières financières restantes.

D'autre part, comme les participant·e·s l'ont mentionné, les associations et les groupements féminins auraient aussi le potentiel de favoriser le pouvoir décisionnel des femmes, en facilitant l'entraide et le soutien. Ces résultats rejoignent la conclusion d'un article rassemblant cinq études d'interventions visant à améliorer le pouvoir décisionnel des femmes, dans lequel l'auteure suggère de promouvoir et de soutenir financièrement et de façon durable les organisations de droits des femmes (Cornwall, 2016).

Finalement, la sensibilisation, notamment en matière de planification familiale, a été citée par les participant·e·s comme une stratégie efficace pour faciliter la prise de décision concernant le recours aux méthodes contraceptives. On retrouve un résultat semblable au Malawi, où une intervention éducative autour de la planification familiale visant les hommes a été démontrée comme efficace pour améliorer la communication dans les couples autour des questions de planification familiale, facilitant ainsi le consensus entre un homme et son épouse (Shattuck et al., 2011).

Cependant, à notre connaissance, aucune étude visant à évaluer l'efficacité de l'une ou l'autre de ces interventions pour améliorer le pouvoir décisionnel des femmes en matière de santé reproductive et de planification familiale n'a encore été réalisée dans un contexte de gratuité des soins, au Burkina Faso ou dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne.

3. Forces et limites

3.1 Forces de l'étude

Pour améliorer la crédibilité, la transférabilité et la confirmabilité de notre étude, différentes mesures ont été prises. Tout d'abord, nous avons utilisé deux méthodes de collecte de données, soient les entrevues semi-dirigées et les groupes de discussion. Les instruments de collecte de données ont été validés par plusieurs membres de l'équipe de recherche, de même que l'interprétation des résultats, ce qui nous a permis d'enrichir notre analyse avec différentes interprétations. D'autre part, nous avons procédé au recrutement via la méthode de l'échantillonnage intentionnel, ce qui nous a permis de sélectionner les participant·e·s les plus compétent·e·s pour répondre à nos questions de recherche. De la même façon, nous avons interrogé trois catégories de participant·e·s, soient les femmes utilisatrices des services de santé reproductive et de planification familiale, leur conjoint, ainsi que les représentantes des organisations féminines locales en tant qu'informatrices clés. Ces trois catégories de participant·e·s nous ont permis d'enrichir la représentativité des perspectives autour de nos thèmes à l'étude. Finalement, notre étude explore deux thèmes encore peu étudiés au Burkina Faso dans le contexte de la politique nationale de gratuité des soins de santé reproductive, entrée en vigueur en juin 2016, et répond donc à un besoin de connaissances. Par ailleurs, la gratuité de la planification familiale, introduite dans deux régions pilote du Burkina Faso en 2019, n'a pas encore été étudiée à notre connaissance au regard de nos thèmes d'intérêt, et marque l'originalité de notre étude.

3.2 Limites

Malgré les mesures prises pour améliorer la crédibilité, la transférabilité et la confirmabilité de notre étude, certaines limites persistent.

D'une part, il n'a pas été possible d'effectuer un prétest des guides d'entrevues et des guides pour les groupes de discussion au préalable. L'impossibilité d'effectuer un séjour de recherche, ainsi qu'une immersion prolongée sur le terrain risque de réduire la crédibilité de nos résultats en limitant notre connaissance du contexte socioculturel burkinabè. De la même façon, si nous avons cherché à diversifier nos méthodes de collecte de données, il aurait également été pertinent de réaliser une observation sur le terrain pour obtenir une meilleure triangulation. De plus, il n'a pas été possible d'analyser les données de façon concomitante à la collecte, ni d'ajuster les outils de collecte de données en fonction des résultats préliminaires, de par i) l'éloignement de l'étudiante-chercheuse avec le terrain et l'enquêtrice, et ii) le temps nécessaire pour réaliser la transcription et la traduction des verbatim en français.

La grande diversité des langues parlées au Burkina Faso en milieu rural a nécessité le recours à un interprète pour certaines entrevues et pour les groupes de discussion, ainsi qu'une traduction des outils de collecte en langue locale à partir du français, puis une traduction des verbatim en français. Ces difficultés pourraient conduire à des malentendus ou des erreurs de compréhension entre l'intervieweuse, l'interprète, les traducteur·ice·s et les participant·e·s. Par ailleurs, un biais de désirabilité sociale a pu se jouer dans l'interaction entre les participant·e·s et l'intervieweuse, mais également entre les participant·e·s et l'interprète. Un biais de rappel a pu également se jouer, car la politique de gratuité a été introduite environ trois ans et demi avant le début de notre collecte de données.

D'autre part, comme nous l'avons mentionné au début de ce chapitre, nous n'avons obtenu que peu de résultats concernant la dimension de la relation soignant·e·s-soignées de notre étude. Étant donné qu'un agent de santé à base communautaire était présent pour l'interprétation de huit entrevues individuelles, ainsi que pour les deux groupes de discussion, il est possible qu'un biais de désirabilité sociale soit survenu, limitant ainsi la profondeur des données obtenues. Une

autre hypothèse possible est que les conflits décrits par la littérature entre les femmes et les soignant·e·s ne soient pas présents dans les quatre sites où nous avons collecté nos données. Ainsi, les résultats obtenus n'ont pas permis de connaître de façon approfondie la perception des femmes de leur relation avec les soignant·e·s en centre de santé. Ce manque de résultats a constitué un défi à l'étape de l'analyse et de la discussion, car nous avons trop peu de matière pour dresser un portrait holistique de la relation-soignant·e·s-soignées.

Finalement, le cadre conceptuel de Rao et coll. (2016) que nous avons utilisé pour présenter nos résultats en ce qui concerne le pouvoir décisionnel des femmes pourrait également être discuté, car des chevauchements pourraient être observés entre les quatre sphères représentées. Enfin, nous avons réalisé notre étude en milieu rural uniquement, ce qui limite la généralisabilité de nos résultats puisqu'ils ne s'appliquent pas au milieu urbain.

Chapitre 6 - Conclusion

Au Burkina Faso, la politique nationale de gratuité des soins pour les femmes et les enfants de moins de cinq ans vise à réduire la mortalité maternelle et infantile, et s'inscrit dans la poursuite de la couverture sanitaire universelle. En abaissant la barrière tarifaire, la politique nationale de gratuité s'est montrée efficace pour améliorer l'accès aux soins de santé reproductive par les femmes. Cependant, d'autres barrières persistent et doivent être étudiées davantage pour faire en sorte que les populations les plus vulnérables bénéficient pleinement de la politique de gratuité, telles que les populations les plus pauvres ou qui résident au sein de communautés plus reculées du pays.

Notre étude a permis d'améliorer les connaissances scientifiques autour de deux potentielles barrières persistantes, soient les relations conflictuelles entre les soignant·e·s et les utilisatrices des services de santé, ainsi que le faible pouvoir décisionnel des femmes en matière d'accès aux soins de santé reproductive et de planification familiale.

Nos résultats montrent une bonne appréciation générale à l'égard des soignant·e·s de la part des utilisatrices des services de santé. Les compétences et la gentillesse des soignant·e·s des CSPS ont été soulignées, ce qui pourrait faciliter l'accès aux soins par les femmes, car celles-ci pourraient rejoindre les services de santé reproductive et de planification familiale sans crainte d'être mal accueillies, rejetées, stigmatisées ou mal soignées. Aucune participante de notre étude n'a témoigné de mauvaise expérience en CSPS, que ce soit pour elle-même ou pour les femmes de leur entourage.

Cependant, si la relation soignant·e·s-soignées, et plus généralement la qualité des soins, ne semblent pas constituer la barrière prédominante à l'accès aux soins de santé reproductive, quelques éléments d'insatisfaction peuvent persister dans les CSPS. Les pénuries de médicaments ou les délais d'attente en sont des exemples, et pourraient possiblement être attribuables à la politique nationale de gratuité des soins. Heureusement, aucun·e participant·e n'a mentionné

que ces problématiques pourraient les décourager de rejoindre les services de santé. Cependant, ces éléments pourraient agir comme une barrière à l'accès aux soins s'ils devaient perdurer dans le temps ou s'aggraver.

D'autres études pourraient permettre de poursuivre l'évaluation de la qualité des soins de santé reproductive et de planification familiale dans les centres de santé en milieu rural et en période de gratuité des soins. Par ailleurs, d'autres dimensions de la qualité des soins pourraient être examinées, comme la dimension technique. D'autre part, il conviendrait d'étudier la qualité des soins dans d'autres CSPS du Burkina Faso, afin d'obtenir une perspective plus large de cette problématique. Ainsi, mieux connaître la qualité des soins de santé reproductive (réelle et perçue par les utilisatrices) pourrait permettre de proposer des pistes d'action pour que la qualité des soins soit perçue comme pleinement satisfaisante et agisse comme un facteur facilitant le recours aux services de santé par les femmes.

D'autre part, en matière de prise de décision concernant les soins de santé reproductive et de planification familiale, plusieurs processus de prise de décision ont été observés au sein des ménages. La participation des femmes à ces prises de décision n'est pas systématique et dépend largement de plusieurs facteurs, tels que la décision à prendre, la composition du foyer, et les normes sociales en vigueur au sein de la communauté. Ainsi, les femmes restent généralement tributaires de l'autorisation de leur mari, de leurs beaux-parents ou de leurs beaux-frères, dans la plupart des situations.

Toutefois, en facilitant les processus de négociation avec l'ensemble des membres de leur foyer, la politique nationale de gratuité des soins semble avoir contribué à l'amélioration du pouvoir décisionnel des femmes concernant l'accès aux soins de santé reproductive. Ainsi, si l'autorisation du conjoint est toujours requise avant de rejoindre un centre de santé pour des soins de santé reproductive, il a été observé que cette autorisation serait systématiquement accordée, ce qui pourrait améliorer l'accès aux soins pour les femmes. En revanche, en matière de planification familiale, les normes sociales semblent limiter encore le pouvoir décisionnel des femmes en ce qui concerne l'accès aux méthodes de contraception modernes, car l'autorisation de leur mari sera toujours formellement recherchée et n'est pas garantie.

D'autres études pourraient permettre d'explorer de nouvelles pistes d'intervention à implanter en période de gratuité pour améliorer le statut social de la femme au sein de sa communauté, et ainsi valoriser l'autonomie décisionnelle des femmes en matière de santé reproductive et de planification familiale. Par exemple, les actions de sensibilisation communautaires ciblant les hommes, la promotion et le soutien aux organisations féminines, l'accès à des ressources financières comme le microcrédit ou les activités génératrices de revenus, ou encore la promotion de l'accès à l'éducation chez les filles, sont autant de pistes d'action qui pourraient possiblement contribuer à l'amélioration du pouvoir décisionnel des femmes et de leur participation à la prise de décision. Améliorer le pouvoir décisionnel des femmes pourrait ainsi avoir des effets bénéfiques sur leur accès aux services de soins de santé reproductive et de planification familiale, mais aussi peut-être contribuer à une meilleure qualité de vie pour les femmes, par exemple, en facilitant leur accès à l'emploi ou à la participation à la vie politique au sein de leur communauté.

Finalement, si notre projet de recherche a permis d'étudier deux barrières à l'accès aux soins dans ce contexte de gratuité, il en existe d'autres et nous ne pouvons prétendre dresser ici un portrait holistique de tous les facteurs susceptibles de limiter l'accès aux soins pour les femmes burkinabè. L'éloignement des communautés par rapport aux centres de santé, le faible niveau socioéconomique, ou encore le manque d'accès à l'éducation, en particulier pour les jeunes filles, en sont des exemples et sont bien documentés dans la littérature scientifique. En revanche, à notre connaissance, ces barrières n'ont pas été beaucoup étudiées dans le contexte de la politique nationale de gratuité des soins au Burkina Faso. D'autres études pourraient aider les décideurs à mieux connaître ces barrières et à savoir comment elles se manifestent dans ce contexte de gratuité des soins. Développer des interventions basées sur des preuves pour agir sur ces barrières pourrait ainsi permettre non seulement de garantir l'accès aux soins pour chacun-e, mais également de promouvoir une meilleure qualité de vie pour l'ensemble de la population du Burkina Faso.

Références bibliographiques

- Abdou Illou, M. M., Haddad, S., Agier, I., & Ridde, V. (2015). The elimination of healthcare user fees for children under five substantially alleviates the burden on household expenses in Burkina Faso. *BMC Health Services Research*, *15*(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0957-2>
- Abuya, T., Warren, C. E., Miller, N., Njuki, R., Ndwiga, C., Maranga, A., Mbehero, F., Njeru, A., & Bellows, B. (2015). Exploring the Prevalence of Disrespect and Abuse during Childbirth in Kenya. *PloS One*, *10*(4), e0123606. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123606>
- Ahmed, S., Creanga, A. A., Gillespie, D. G., & Tsui, A. O. (2010). Economic status, education and empowerment: Implications for maternal health service utilization in developing countries. *PloS One*, *5*(6), e11190. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0011190>
- Al-Samarrai, S., & Zaman, H. (2007). Abolishing School Fees in Malawi: The Impact on Education Access and Equity. *Education Economics*, *15*(3), 359-375. <https://doi.org/10.1080/09645290701273632>
- Andro, A., & Desgrées du Loû, A. (2009). La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : Enjeux et difficultés. *Autrepart*, n° 52(4), 3-12. <https://doi.org/10.3917/autr.052.0003>
- Ansah, E. K., Narh-Bana, S., Asiamah, S., Dzordzordzi, V., Biantey, K., Dickson, K., Gyapong, J. O., Koram, K. A., Greenwood, B. M., Mills, A., & Whitty, C. J. M. (2009). Effect of Removing Direct Payment for Health Care on Utilisation and Health Outcomes in Ghanaian Children: A Randomised Controlled Trial. *PLOS Medicine*, *6*(1), e1000007. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000007>
- Ansong-Tornui, J., Armar-Klemesu, M., Arhinful, D., Penfold, S., & Hussein, J. (2007). Hospital based maternity care in Ghana—Findings of a confidential enquiry into maternal deaths. *Ghana Medical Journal*, *41*(3), 125-132. <https://doi.org/10.4314/gmj.v41i3.55280>
- Antarou, L., Ridde, V., Kouanda, S., & Queuille, L. (2013). La charge de travail des agents de santé dans un contexte de gratuité des soins au Burkina Faso et au Niger. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, *106*(4), 264-271. <https://doi.org/10.1007/s13149-013-0307-8>
- Anyait, A., Mukanga, D., Oundo, G. B., & Nuwaha, F. (2012). Predictors for health facility delivery in Busia district of Uganda: A cross sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *12*(1), 132. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-132>
- Apanga, P. A., & Adam, M. A. (2015). Factors influencing the uptake of family planning services in the Talensi District, Ghana. *Pan African Medical Journal*, *20*(1). <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.20.10.5301>
- Attané, A. (2009). Quand la circulation de l'argent façonne les relations conjugales. *Autrepart*, n° 49(1), 155-171. <https://doi.org/10.3917/autr.049.0155>

- Bationo, B. F. (2012). Les relations entre les professionnels de santé et les jeunes filles au Burkina Faso : Stigmatisation, normes et contrôle social. *Agora débats/jeunesses*, 61(2), 21. <https://doi.org/10.3917/agora.061.0021>
- Bawah, A. A., Akweongo, P., Simmons, R., & Phillips, J. F. (1999). Women's Fears and Men's Anxieties: The Impact of Family Planning on Gender Relations in Northern Ghana. *Studies in Family Planning*, 30(1), 54-66. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.1999.00054.x>
- Bazant, E. S., Koenig, M. A., Fotso, J.-C., & Mills, S. (2009). Women's Use of Private and Government Health Facilities for Childbirth in Nairobi's Informal Settlements. *Studies in Family Planning*, 40(1), 39-50. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2009.00185.x>
- Belaid, L., Cloos, P., & Ridde, V. (2017). Mobiliser des représentations ethnoculturelles pour expliquer les disparités d'accès aux soins de santé au Burkina Faso. *Canadian Journal of Public Health*, 108(1), e56-e61. <https://doi.org/10.17269/CJPH.108.5628>
- Belaid, L., & Ridde, V. (2015). Contextual factors as a key to understanding the heterogeneity of effects of a maternal health policy in Burkina Faso? *Health Policy and Planning*, 30(3), 309-321. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu012>
- Bicaba, F., Browne, L., Kadio, K., Bila, A., Bicaba, A., & Druetz, T. (2020). National user fee abolition and health insurance scheme in Burkina Faso: How can they be integrated on the road to universal health coverage without increasing health inequities? *Journal of Global Health*, 10(1), 1-4. <https://doi.org/10.7189/jogh.10.010319>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Medicine*, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Tunçalp, Ö., Fawole, B., Titiloye, M. A., Olutayo, A. O., Oyeniran, A. A., Ogunlade, M., Metiboba, L., Osunsan, O. R., Idris, H. A., Alu, F. E., Oladapo, O. T., Gülmezoglu, A. M., & Hindin, M. J. (2016). "By slapping their laps, the patient will know that you truly care for her": A qualitative study on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria. *SSM - Population Health*, 2, 640-655. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.07.003>
- Brody, C., Hoop, T. de, Vojtkova, M., Warnock, R., Dunbar, M., Murthy, P., & Dworkin, S. L. (2015). Economic Self-Help group Programs for Improving Women's Empowerment: A Systematic Review. *Campbell Systematic Reviews*, 11(1), 1-182. <https://doi.org/10.4073/csr.2015.19>
- Burnham, G. M., Pariyo, G., Galiwango, E., & Wabwire-Mangen, F. (2004). Discontinuation of cost sharing in Uganda. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(3), 187-195.
- Chadwick, R. J., Cooper, D., & Harries, J. (2014). Narratives of distress about birth in South African public maternity settings: A qualitative study. *Midwifery*, 30(7), 862-868. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.014>

- Cornwall, A. (2016). Women's Empowerment: What Works? *Journal of International Development*, 28(3), 342-359. <https://doi.org/10.1002/jid.3210>
- D'Ambruoso, L., Abbey, M., & Hussein, J. (2005). Please understand when I cry out in pain: Women's accounts of maternity services during labour and delivery in Ghana. *BMC Public Health*, 5(1), 140. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-5-140>
- De Allegri, M., Ridde, V., Louis, V. R., Sarker, M., Tiendrebéogo, J., Yé, M., Müller, O., & Jahn, A. (2011). Determinants of utilisation of maternal care services after the reduction of user fees: A case study from rural Burkina Faso. *Health Policy*, 99(3), 210-218. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.10.010>
- Deininger, K., & Mpuga, P. (2005). Economic and Welfare Impact of the Abolition of Health User Fees: Evidence from Uganda. *Journal of African Economies*, 14(1), 55-91. <https://doi.org/10.1093/jae/ejh034>
- Dejours, C. (2017). Quand le « tournant gestionnaire » aggrave les décompensations des soignants. In *Omerta à l'hôpital : Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé* (Michalon, p. 320).
- Deslauriers, J. P., & Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. In *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 405). Gaëtan Morin.
- Diarra, A. (2012). Mise en œuvre locale de l'exemption des paiements des soins au Niger. *Afrique contemporaine*, n° 243(3), 77-93. <https://doi.org/10.3917/afco.243.0077>
- Diarra, Aissa, & Ousseini, A. (2015). The coping strategies of front-line health workers in the context of user fee exemptions in Niger. *BMC Health Services Research*, 1, S1. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-15-S3-S1>
- Druetz, T., Bicaba, A., Some, T., Kouanda, S., Ly, A., & Haddad, S. (2017). Effect of interrupting free healthcare for children: Drawing lessons at the critical moment of national scale-up in Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, 185, 46-53. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.040>
- Dzakpasu, S., Powell-Jackson, T., & Campbell, O. M. R. (2014). Impact of user fees on maternal health service utilization and related health outcomes: A systematic review. *Health Policy and Planning*, 29(2), 137-150. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs142>
- El-Khoury, M., Hatt, L., & Gandaho, T. (2012). User fee exemptions and equity in access to caesarean sections: An analysis of patient survey data in Mali. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 49. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-49>
- Fassin, D., & Defossez, A. C. (1992). Une liaison dangereuse : Sciences sociales et santé publique dans les programmes de réduction de la mortalité maternelle en Équateur. *Cahiers des Sciences Humaines*, 28(1), 23-36.
- Faye, A., Faye, M., Bâ, I. O., Ndiaye, P., & Tal-Dia, A. (2010). Facteurs déterminant le lieu d'accouchement chez des femmes ayant bénéficié au moins d'une consultation prénatale dans une structure sanitaire (Sénégal). *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 58(5), 323-329. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2010.05.004>

- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, N° 89(2), 33-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>
- Gabrysch, S., & Campbell, O. M. (2009). Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9(1), 34. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-34>
- Gage, A. J. (2007). Barriers to the utilization of maternal health care in rural Mali. *Social Science & Medicine*, 65(8), 1666-1682. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.06.001>
- Galadanci, H. S., Idris, S. A., Sadauki, H. M., & Yakasai, I. A. (2010). Programs and Policies for Reducing Maternal Mortality in Kano State, Nigeria: A Review. *African Journal of Reproductive Health*, 14(3), 31-36-36.
- Ganaba, R., Ilboudo, P. G. C., Cresswell, J. A., Yaogo, M., Diallo, C. O., Richard, F., Cunden, N., Filippi, V., & Witter, S. (2016). The obstetric care subsidy policy in Burkina Faso: What are the effects after five years of implementation? Findings of a complex evaluation. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 84. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0875-2>
- Gaudet, S., & Robert, D. (2018). *L'aventure de la recherche qualitative : Du questionnement à la rédaction scientifique* (Les Presses de l'Université d'Ottawa).
- Gitobu, C. M., Gichangi, P. B., & Mwanda, W. O. (2018). The effect of Kenya's free maternal health care policy on the utilization of health facility delivery services and maternal and neonatal mortality in public health facilities. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1708-2>
- Global Health Observatory data repository. (2019). *Maternal mortality*. WHO; World Health Organization. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.15?lang=en>
- Global Health Observatory data repository. (2020). *Births attended by skilled health personnel*. WHO; World Health Organization. https://apps.who.int/gho/data/node.main.SKILLED_BIRTH_ATTENDANTS?lang=en
- Gouvernement du Burkina Faso. (2016). *Compte rendu du Conseil des ministres du 02 mars 2016—LeFaso.net, l'actualité au Burkina Faso*. <http://lefaso.net/spip.php?article69912>
- Haddad, S, Zombré, D., Queuille, L., & Ridde, V. (2013). *La gratuité des services aux mères et aux enfants au Burkina Faso améliore fortement et durablement l'accès et la fréquentation des services*. http://www.tribuneiss.com/wp-content/uploads/2013/11/Haddad_etal_2013_gratuite_services_meres_enfants_Burkina_Faso.pdf
- Haddad, Slim, Nougara, A., & Fournier, P. (2006). Learning from health system reforms: Lessons from Burkina Faso. *Tropical Medicine & International Health*, 11(12), 1889-1897. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2006.01748.x>
- Hatt, L. E., Makinen, M., Madhavan, S., & Conlon, C. M. (2013). Effects of User Fee Exemptions on the Provision and Use of Maternal Health Services: A Review of Literature. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 31(4 Suppl 2), S67-S80.

- Hay, K., McDougal, L., Percival, V., Henry, S., Klugman, J., Wurie, H., Raven, J., Shabalala, F., Fielding-Miller, R., Dey, A., Dehingia, N., Morgan, R., Atmavilas, Y., Saggurti, N., Yore, J., Blokhina, E., Huque, R., Barasa, E., Bhan, N., ... Rao Gupta, G. (2019). Disrupting gender norms in health systems: Making the case for change. *The Lancet*, 393(10190), 2535-2549. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30648-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30648-8)
- Hennink, M., & McFarland, D. A. (2013). A delicate web: Household changes in health behaviour enabled by microcredit in Burkina Faso. *Global Public Health*, 8(2), 144-158. <https://doi.org/10.1080/17441692.2012.762032>
- Institut National de la Statistique et de la Démographie, Ministère de l'Économie, des Finances et du Développement, & Secrétariat général. (2019). *Annuaire statistique 2018*. http://www.insd.bf/n/contenu/pub_periodiques/annuaire_stat/Annuaire_stat_nationaux_BF/Annuaire_Statistique_National_2018.pdf
- Institut National de la Statistique et de la Démographie, Ministère de l'Économie et des Finances, & ICF International. (2012). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV) 2010*. http://www.insd.bf/n/contenu/actualites/edsbf_mics_rapport.pdf
- International Labour Office. (2009). *Gender equality at the heart of decent work: Sixth item on the agenda*. International Labour Conference, 98th Session: Geneva. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@relconf/documents/meetingdocument/wcms_105119.pdf
- Jaffré, Y. (2003). La configuration de l'espace moral et psychologique des personnels de santé. In *Une médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest* (Karthala, p. 464).
- James, C. D., Hanson, K., McPake, B., Balabanova, D., Gwatkin, D., Hopwood, I., Kirunga, C., Knippenberg, R., Meessen, B., Morris, S. S., Preker, A., Souteyr, Y., Tibouti, A., Villeneuve, P., & Xu, K. (2006). To Retain or Remove User Fees? *Applied Health Economics and Health Policy*, 5(3), 137-153. <https://doi.org/10.2165/00148365-200605030-00001>
- Jennings, L., Na, M., Cherewick, M., Hindin, M., Mullany, B., & Ahmed, S. (2014). Women's empowerment and male involvement in antenatal care: Analyses of Demographic and Health Surveys (DHS) in selected African countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-297>
- Jewkes, R., Abrahams, N., & Mvo, Z. (1998). Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Social Science & Medicine*, 47(11), 1781-1795. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00240-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00240-8)
- Jewkes, R., & Penn-Kekana, L. (2015). Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. *PLOS Medicine*, 12(6), e1001849. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001849>
- Johri, M., Ridde, V., Heinmüller, R., & Haddad, S. (2014). Estimation of maternal and child mortality one year after user-fee elimination: An impact evaluation and modelling study in Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(10), 706-715. <https://doi.org/10.2471/BLT.13.130609>

- Kabagenyi, A., Jennings, L., Reid, A., Nalwadda, G., Ntozi, J., & Atuyambe, L. (2014). Barriers to male involvement in contraceptive uptake and reproductive health services: A qualitative study of men and women's perceptions in two rural districts in Uganda. *Reproductive Health*, 11(1), 21. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-21>
- Kabeer, N. (1999). Resources, Agency, Achievements: Reflections on the Measurement of Women's Empowerment. *Development and Change*, 30(3), 435-464. <https://doi.org/10.1111/1467-7660.00125>
- Kabore, I., Lairez, T., & Pilon, M. (2003). *Genre et scolarisation au Burkina Faso : Enseignements d'une approche statistique*. http://www.cicred.org/Eng/Seminars/Details/Seminars/education/ACTES/Com_Kabore.PDF
- Décret n°2019-0040 portant gratuité des soins et des services de planification familiale au Burkina Faso, Pub. L. No. 2019-0040, 3 (2019). <https://partenariatouaga.org/wp-content/uploads/2019/02/Arrêté-2019-n°040-MINEFID-portant-GDS-et-des-sce-PF.pdf>
- Kevane, M., & Gray, L. C. (1999). A Woman's Field Is Made At Night: Gendered Land Rights And Norms In Burkina Faso. *Feminist Economics*, 5(3), 1-26. <https://doi.org/10.1080/135457099337789>
- Kevane, M., & Wydick, B. (2001). Social Norms and the Time Allocation of Women's Labor in Burkina Faso. *Review of Development Economics*, 5(1), 119-129. <https://doi.org/10.1111/1467-9361.00111>
- Kim, H., Sefcik, J. S., & Bradway, C. (2017). Characteristics of Qualitative Descriptive Studies: A Systematic Review. *Research in nursing & health*, 40(1), 23-42. <https://doi.org/10.1002/nur.21768>
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research: Introducing focus groups. *BMJ*, 311, 299-302.
- Kouanda, S., Bado, A., Meda, I. B., Yameogo, G. S., Coulibaly, A., & Haddad, S. (2016). Home births in the context of free health care: The case of Kaya health district in Burkina Faso. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 135(S1), S39-S44. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.08.009>
- Kowalewski, M., Jahn, A., & Kimatta, S. S. (2000). Why Do At-Risk Mothers Fail To Reach Referral Level? Barriers Beyond Distance and Cost. *African Journal of Reproductive Health*, 4(1), 100-109-109. <https://doi.org/10.2307/3583247>
- Kruk, M. E., Mbaruku, G., Rockers, P. C., & Galea, S. (2008). User fee exemptions are not enough: Out-of-pocket payments for 'free' delivery services in rural Tanzania. *Tropical Medicine & International Health*, 13(12), 1442-1451. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2008.02173.x>
- Kujawski, S., Mbaruku, G., Freedman, L. P., Ramsey, K., Moyo, W., & Kruk, M. E. (2015). Association Between Disrespect and Abuse During Childbirth and Women's Confidence in Health Facilities in Tanzania. *Maternal and Child Health Journal*, 19(10), 2243-2250. <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1743-9>

- Kyomuhendo, G. B. (2003). Low Use of Rural Maternity Services in Uganda: Impact of Women's Status, Traditional Beliefs and Limited Resources. *Reproductive Health Matters*, 11(21), 16-26. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(03\)02176-1](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(03)02176-1)
- Letamo, G., & Rakgoasi, S. D. (2003). Factors associated with non-use of maternal health services in Botswana. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 21(1), 40-47.
- Ly, A., Kouanda, S., & Ridde, V. (2014). Nursing and midwife staffing needs in maternity wards in Burkina Faso referral hospitals. *Human Resources for Health*, 12 Suppl 1, S8. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-S1-S8>
- McMahon, S. A., George, A. S., Chebet, J. J., Moshia, I. H., Mpembeni, R. N., & Winch, P. J. (2014). Experiences of and responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirth; a qualitative study with women and men in Morogoro Region, Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 268. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-268>
- McPake, B., Hanson, K., & Mills, A. (1993). Community financing of health care in Africa : An evaluation of the Bamako initiative. *Social Science & Medicine*, 36(11), 1383-1395. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90381-D](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90381-D)
- Mills, S., Williams, J. E., Adjuik, M., & Hodgson, A. (2008). Use of Health Professionals for Delivery Following the Availability of Free Obstetric Care in Northern Ghana. *Maternal and Child Health Journal*, 12(4), 509-518. <https://doi.org/10.1007/s10995-007-0288-y>
- Ministère de la Santé. (2016). *Bilan gratuité—Ministère de la Santé*. http://www.sante.gov.bf/index.php?option=com_content&view=article&id=291:bilan-gratuite&catid=87&Itemid=1075
- Ministère de la Santé, Secrétariat général, Direction générale de la santé, & Direction de la santé de la famille. (2006). *Plan de mise en oeuvre de la stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso*. http://www.sante.gov.bf/phocadownload/Textes_fondamentaux/Autres/2.pdf
- Ministère de la santé, Secrétariat général, & Direction générale des études et des statistiques sectorielles. (2015). *Annuaire statistique 2014*. http://www.cns.bf/IMG/pdf/annuaire_2014_du_ms.pdf
- Moyer, C. A., Adongo, P. B., Aborigo, R. A., Hodgson, A., & Engmann, C. M. (2014). 'They treat you like you are not a human being': Maltreatment during labour and delivery in rural northern Ghana. *Midwifery*, 30(2), 262-268. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.05.006>
- Moyer, C. A., & Mustafa, A. (2013). Drivers and deterrents of facility delivery in sub-Saharan Africa: A systematic review. *Reproductive Health*, 10(1), 40. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-40>
- Mrisho, M., Schellenberg, J. A., Mushi, A. K., Obrist, B., Mshinda, H., Tanner, M., & Schellenberg, D. (2007). Factors affecting home delivery in rural Tanzania. *Tropical Medicine & International Health*, 12(7), 862-872. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2007.01855.x>

- Mwase, T., Brenner, S., Mazalale, J., Lohmann, J., Hamadou, S., Somda, S. M. A., Ridde, V., & De Allegri, M. (2018). Inequities and their determinants in coverage of maternal health services in Burkina Faso. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0770-8>
- Nanda, P. (2002). Gender dimensions of user fees: Implications for women's utilization of health care. *Reproductive Health Matters*, 10(20), 127-134. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(02\)00083-6](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(02)00083-6)
- Nassaji, H. (2015). Qualitative and descriptive research: Data type versus data analysis. *Language Teaching Research*, 19(2), 129-132. <https://doi.org/10.1177/1362168815572747>
- Niang, M., Dupéré, S., & Bédard, E. (2015). Le non-recours aux soins prénatals au Burkina Faso. *Santé Publique*, 27(3), 405. <https://doi.org/10.3917/spub.153.0405>
- Nikiema, B., Haddad, S., & Potvin, L. (2008). Women Bargaining to Seek Healthcare: Norms, Domestic Practices, and Implications in Rural Burkina Faso. *World Development*, 36(4), 608-624. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2007.04.019>
- Nikiema, B., Haddad, S., & Potvin, L. (2012). Measuring women's perceived ability to overcome barriers to healthcare seeking in Burkina Faso. *BMC Public Health*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-147>
- Nikiema, L., Kameli, Y., Capon, G., Sondo, B., & Martin-Prével, Y. (2010). Quality of antenatal care and obstetrical coverage in rural Burkina Faso. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 28(1), 67-75.
- Nimpagaritse, M., & Bertone, M. P. (2011). The sudden removal of user fees: The perspective of a frontline manager in Burundi. *Health Policy and Planning*, 26 Suppl 2, ii63-71. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr061>
- Ninacs, W. A. (2008). *Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité* (Les Presses de l'Université Laval).
- Nordstrum, L. E. (2012). Incentives to exclude: The political economy constraining school fee abolition in South Africa. *Journal of Education Policy*, 27(1), 67-88. <https://doi.org/10.1080/02680939.2011.604138>
- Ochako, R., Fotso, J.-C., Ikamari, L., & Khasakhala, A. (2011). Utilization of maternal health services among young women in Kenya: Insights from the Kenya Demographic and Health Survey, 2003. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-1>
- Ohba, A. (2011). The abolition of secondary school fees in Kenya: Responses by the poor. *International Journal of Educational Development*, 31(4), 402-408. <https://doi.org/10.1016/j.ijedudev.2011.01.009>
- Organisation des Nations Unies. (2015a). *Objectifs du Millénaire pour le développement : Rapport 2015*. http://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf

- Organisation des Nations Unies. (2015b). *Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge – Développement durable*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>
- Organisation mondiale de la santé. (1978, septembre 12). *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires*. WHO; World Health Organization. https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
- Organisation Mondiale de la Santé. (2013). *Plaidoyer pour la couverture sanitaire universelle*. Bibliothèque de l'OMS. https://www.who.int/health_financing/UHC_FRvs1.pdf?ua=1
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018, février 16). *Mortalité maternelle*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Organisation mondiale de la Santé. (2019). *Mortalité maternelle*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Østergaard, L. R. (2015). Maternal healthcare in context: A qualitative study of women's tactics to improve their experience of public healthcare in rural Burkina Faso. *Social Science & Medicine (1982)*, 147, 98-104. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.10.062>
- Ouattara, F., Bationo, B. F., & Gruénais, M.-É. (2009). Pas de mère sans un « mari ». *Autrepart*, n° 52(4), 81-94. <https://doi.org/10.3917/autr.052.0081>
- Owa, J. A., Osinaïke, A. I., & Makinde, O. O. (1995). Trends in utilization of obstetric care at Wesley Guild Hospital, Ilesa, Nigeria. Effects of a depressed economy. *Tropical and Geographical Medicine*, 47(2), 86-88.
- Pambè, M. W., Gnomou/Thiombiano, B., & Kaboré, I. (2014). Relationship between women's socioeconomic status and empowerment in Burkina Faso: A focus on participation in decision-making and experience of domestic violence. *African Population Studies*, 28(0), 1146. <https://doi.org/10.11564/28-0-563>
- Paruzzolo, S., Mehra, R., Kes, A., & Ashbaugh, C. (2010). *Targeting Poverty and Gender Inequality to Improve Maternal Health*. <https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2016/10/Targeting-Poverty-Gender-Inequality-Improve-Maternal-Health.pdf>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice*. SAGE Publications.
- Pearson, L., Gandhi, M., Admasu, K., & Keyes, E. B. (2011). User fees and maternity services in Ethiopia. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 115(3), 310-315. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.09.007>
- Perkins, M., Brazier, E., Themmen, E., Bassane, B., Diallo, D., Mutunga, A., Mwakajonga, T., & Ngobola, O. (2009). Out-of-pocket costs for facility-based maternity care in three African countries. *Health Policy and Planning*, 24(4), 289-300. <https://doi.org/10.1093/heapol/czp013>

- Philibert, A., Ridde, V., Bado, A., & Fournier, P. (2014). No effect of user fee exemption on perceived quality of delivery care in Burkina Faso: A case-control study. *BMC Health Services Research*, *14*, 120. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-120>
- Plouffe, V., Bicaba, F., Bicaba, A., & Druetz, T. (2020). User fee policies and women's empowerment: A systematic scoping review. *BMC Health Services Research*, *20*(1), 982. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05835-w>
- Ponsar, F., Tayler-Smith, K., Philips, M., Gerard, S., Van Herp, M., Reid, T., & Zachariah, R. (2011). No cash, no care: How user fees endanger health—lessons learnt regarding financial barriers to healthcare services in Burundi, Sierra Leone, Democratic Republic of Congo, Chad, Haiti and Mali. *International Health*, *3*(2), 91-100. <https://doi.org/10.1016/j.inhe.2011.01.002>
- Prytherch, H., Kagoné, M., Aninanya, G. A., Williams, J. E., Kakoko, D. C., Leshabari, M. T., Yé, M., Marx, M., & Sauerborn, R. (2013). Motivation and incentives of rural maternal and neonatal health care providers: A comparison of qualitative findings from Burkina Faso, Ghana and Tanzania. *BMC Health Services Research*, *13*(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-149>
- Rai, R. K., Singh, P. K., & Singh, L. (2012). Utilization of Maternal Health Care Services among Married Adolescent Women: Insights from the Nigeria Demographic and Health Survey, 2008. *Women's Health Issues*, *22*(4), e407-e414. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2012.05.001>
- Rao, A., Sandler, J., Kelleher, D., & Miller, C. (2016). The Gender At Work Analytical Framework. In *Gender At Work: Theory and Practice for 21st Century Organizations* (1st edition, p. 228). Routledge.
- Ravit, M., Audibert, M., Ridde, V., Loenzien, M. de, Schantz, C., & Dumont, A. (2018). Removing user fees to improve access to caesarean delivery: A quasi-experimental evaluation in western Africa. *BMJ Global Health*, *3*(1), e000558. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000558>
- Ridde, V., & Diarra, A. (2009). A process evaluation of user fees abolition for pregnant women and children under five years in two districts in Niger (West Africa). *BMC Health Services Research*, *9*(1), 89. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-89>
- Ridde, V., & Girard, J.-E. (2004). Douze ans après l'initiative de Bamako : Constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains. *Santé Publique*, *Vol. 16*(1), 37-51. <https://doi.org/10.3917/spub.041.0037>
- Ridde, V., Kouanda, S., Yameogo, M., Kadio, K., & Bado, A. (2013). Why do women pay more than they should? A mixed methods study of the implementation gap in a policy to subsidize the costs of deliveries in Burkina Faso. *Evaluation and Program Planning*, *36*(1), 145-152. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2012.09.005>
- Ridde, V., & Queuille, L. (2015). En Afrique, les soins gratuits déresponsabilisent la population, ne sont pas valorisés et sont de mauvaise qualité. In *Des idées reçues en santé mondiale* (p. 237). Les Presses de l'Université de Montréal.

- Robert, E., Ridde, V., Marchal, B., & Fournier, P. (2012). Protocol : A realist review of user fee exemption policies for health services in Africa. *BMJ Open*, 2(1), e000706. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000706>
- Rossman, G. B., & Rallis, S. F. (2017). *An Introduction to Qualitative Research: Learning in the Field* (4th Edition). SAGE Publications.
- Samb, O. M., Belaid, L., & Ridde, V. (2013). Burkina Faso : La gratuité des soins aux dépens de la relation entre les femmes et les soignants ? *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats*, 35, 34-43.
- Samb, O. M., & Ridde, V. (2018). The impact of free healthcare on women's capability: A qualitative study in rural Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, 197, 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.045>
- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? *Actes du colloque Recherche qualitative : les questions de l'heure*, 99-111.
- Sen, G., & Östlin, P. (2008). Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. *Global Public Health*, 3(sup1), 1-12. <https://doi.org/10.1080/17441690801900795>
- Sen, G., Östlin, P., & George, A. S. (2007). *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Women and Gender Equity Knowledge Network. https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf
- Shattuck, D., Kerner, B., Gilles, K., Hartmann, M., Ng'ombe, T., & Guest, G. (2011). Encouraging Contraceptive Uptake by Motivating Men to Communicate About Family Planning: The Malawi Male Motivator Project. *American Journal of Public Health*, 101(6), 1089-1095. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.300091>
- Sia, D. (2015). Les populations analphabètes ignorent l'importance des vaccins pour leurs enfants si bien qu'elles refusent de les faire vacciner. In *Des idées reçues en santé mondiale* (p. 237). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Soh, M. (2007). Access to healthcare vis-à-vis women's reproductive health in Cameroon. *Journal of International Women's Studies*, 9(1), 117-134.
- Somé, D. T., Sombié, I., & Meda, N. (2011). Women's perceptions of homebirths in two rural medical districts in Burkina Faso: A qualitative study. *Reproductive Health*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-8-3>
- Somé, D. T., Sombié, I., & Meda, N. (2013). How decision for seeking maternal care is made—A qualitative study in two rural medical districts of Burkina Faso. *Reproductive Health*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-8>
- Stekelenburg, J., Kyanamina, S., Mukelabai, M., Wolffers, I., & van Roosmalen, J. (2004). Waiting too long: Low use of maternal health services in Kalabo, Zambia. *Tropical Medicine & International Health*, 9(3), 390-398. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2004.01202.x>

- Stephenson, R., Baschieri, A., Clements, S., Hennink, M., & Madise, N. (2006). Contextual Influences on the Use of Health Facilities for Childbirth in Africa. *American Journal of Public Health, 96*(1), 84-93. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.057422>
- Su, T. T., Kouyaté, B., & Flessa, S. (2006). Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: A study from Nouna District, Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization, 84*, 21-27. <https://doi.org/10.1590/S0042-96862006000100010>
- Tizio, S., & Flori, Y.-A. (1997). L’initiative de Bamako : « santé pour tous » ou « maladie pour chacun » ? *Revue Tiers Monde, 38*(152), 837-858. JSTOR.
- Tolhurst, R., Amekudzi, Y. P., Nyongator, F. K., Bertel Squire, S., & Theobald, S. (2008). “He will ask why the child gets sick so often”: The gendered dynamics of intra-household bargaining over healthcare for children with fever in the Volta Region of Ghana. *Social Science & Medicine, 66*(5), 1106-1117. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.032>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care, 19*(6), 349-357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Walker, L., & Gilson, L. (2004). ‘We are bitter but we are satisfied’: Nurses as street-level bureaucrats in South Africa. *Social Science & Medicine, 59*(6), 1251-1261. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.12.020>
- Wilkinson, D., Gouws, E., Sach, M., & Karim, S. S. A. (2001). Effect of removing user fees on attendance for curative and preventive primary health care services in rural South Africa. *Bulletin of the World Health Organization, 79*, 665-671. <https://doi.org/10.1590/S0042-96862001000700012>
- Witter, S., Dieng, T., Mbengue, D., Moreira, I., & De Brouwere, V. (2010). The national free delivery and caesarean policy in Senegal: Evaluating process and outcomes. *Health Policy and Planning, 25*(5), 384-392. <https://doi.org/10.1093/heapol/czq013>
- World Bank. (2014). *Poverty headcount ratio at national poverty lines (% of population) | Data*. <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.NAHC?locations=BF&view=chart>
- World Bank. (2018a). *Population, total—Burkina Faso | Data*. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=BF-XM>
- World Bank. (2018b). *Agriculture & Rural Development | Data*. <https://data.worldbank.org/topic/agriculture-and-rural-development?locations=BF>
- World Bank. (2019). *Employment in agriculture (% of total employment) (modeled ILO estimate)—Burkina Faso | Data*. <https://data.worldbank.org/indicator/SL.AGR.EMPL.ZS?locations=BF>
- World Health Organization. (2014). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?sequence=1

- World Health Organization. (2018). *Family planning/Contraception*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- Wulifan, J. K., Brenner, S., Jahn, A., & De Allegri, M. (2016). A scoping review on determinants of unmet need for family planning among women of reproductive age in low- and middle-income countries. *BMC Women's Health*, *16*(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0281-3>
- Yao, J., Murray, A. T., & Agadjanian, V. (2013). A geographical perspective on access to sexual and reproductive health care for women in rural Africa. *Social Science & Medicine*, *96*, 60-68. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.025>
- Zere, E., Oluwole, D., Kirigia, J. M., Mwikisa, C. N., & Mbeeli, T. (2011). Inequities in skilled attendance at birth in Namibia: A decomposition analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *11*, 34. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-34>
- Zongo, S. (2015). C'est parce que les femmes sont ignorantes qu'elles accouchent encore à domicile. In *Des idées reçues en santé mondiale* (p. 237). Les Presses de l'Université de Montréal.

ANNEXES

Annexe 1 : Certificat d'approbation éthique



CERSES-19-066-P

Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	La relation soignants-soignées et le pouvoir décisionnel des femmes dans un contexte de gratuité des soins : une étude qualitative au Burkina-Faso
Étudiante requérante	Camille Beaujoin, Candidate à la maîtrise, Ecole de santé publique
Sous la direction de:	Thomas Druetz, Professeur adjoint, Ecole de santé publique
Coordination du projet:	Frank Bicaba
Financement	
Organisme	Centre de recherche pour le développement international
Programme	Synergie
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	108553
Chercheur principal	
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au Comité qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au Comité.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du Comité.



Marie-Josée Bernardi, vice-présidente
Comité d'éthique de la recherche en sciences
et en santé (CERSES)
Université de Montréal

30 juillet 2019
Date de délivrance

1er août 2020
Date de fin de validité

1er août 2020
Date du prochain suivi

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

adresse civique
3333, Queen Mary
Local 220-3
Montréal QC H3V 1A2

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
cereses@umontreal.ca
www.cereses.umontreal.ca

Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement pour les entrevues semi-dirigées

Titre de la recherche : La relation soignants-soignées et le pouvoir décisionnel des femmes dans un contexte de gratuité des soins : une étude qualitative au Burkina Faso.

Étudiante-chercheure : Camille Beaujoin, candidate à la maîtrise en santé publique (École de Santé Publique de l'Université de Montréal)

Directeur de recherche : Thomas Druetz, PhD (École de Santé Publique de l'Université de Montréal)

Sites de l'étude : Régions des Cascades et Centre-Ouest (Burkina Faso)

Financement : Projet de recherche Synergie

Introduction

Nous réalisons un projet de recherche portant sur la politique nationale de gratuité des soins reproductifs pour les femmes au Burkina Faso. Nous allons vous donner des informations et vous inviter à faire partie de ce projet de recherche. Aucune activité de recherche ne sera effectuée sans que vous ayez l'opportunité de lire ce formulaire de consentement, de poser toutes les questions que vous pourriez avoir, et de consentir à cette étude.

Ce formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. N'hésitez pas à nous poser toutes les questions que vous voulez, nous vous expliquerons tout ce qui ne vous paraît pas clair. Nous vous encourageons à poser des questions maintenant et à n'importe quel moment. Si vous choisissez de participer, vous devrez signer ce formulaire de consentement ou fournir l'empreinte de votre pouce conjointement avec la signature d'un témoin indépendant. Si vous souhaitez garder ce formulaire, une copie vous sera fournie.

Objectifs de la recherche

Cette étude est réalisée dans le cadre du programme de maîtrise en santé publique de l'Université de Montréal. Elle porte sur la politique nationale de gratuité des soins reproductifs pour les femmes au Burkina Faso. Nous voulons mieux comprendre les barrières qui peuvent limiter l'accès aux soins reproductifs pour les femmes en milieu rural, lorsque les soins sont gratuits. Nous nous intéressons en particulier à la relation entre les femmes et les soignants, ainsi qu'à l'autonomie des femmes.

Participation demandée

Si vous acceptez de prendre part à la recherche, nous vous sollicitons pour participer à une entrevue individuelle qui durera entre 30 et 60 minutes environ. L'entrevue se déroulera ici même après que vous ayez donné votre consentement. L'entrevue sera enregistrée pour que nous puissions retranscrire ce qui a été dit. Nous prendrons également des notes durant l'entrevue, de façon à relever toute l'information que vous partagerez avec nous. Vous êtes libre de ne pas répondre à toutes les questions, ou bien d'interrompre l'entrevue à tout moment, sans que cela ne vous porte préjudice. Les questions que nous allons vous poser porteront sur votre perception de la relation entre les femmes et les soignants, et sur votre perception de votre pouvoir de décision concernant les soins reproductifs. Vous ne serez pas contactée après l'entrevue.

Nous ne procéderons à aucun prélèvement sanguin, mesure ni test biologique. Nous ne poserons aucune question sur les infections transmissibles par le sexe et le sang, telle que le VIH-SIDA.

Sélection des participantes

Vous êtes invitée à participer à cette recherche car nous pensons que votre expérience peut grandement contribuer à notre compréhension de la perception des femmes de leurs relation avec les soignants, ainsi que de leur pouvoir décisionnel en matière de soins reproductifs dans le contexte de la gratuité.

Participation volontaire

Votre participation à cette recherche est entièrement volontaire. Il vous appartient de choisir de participer ou non. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment, sans qu'il soit nécessaire de donner une justification et sans que cela ne vous porte préjudice. Si vous choisissez de ne plus prendre part à l'étude, tous les renseignements vous concernant qui auront été recueillis seront détruits.

Procédures

Nous vous invitons à participer à ce projet de recherche. Si vous acceptez, il vous sera demandé de participer à une entrevue.

Au cours de l'entretien, vous serez installée ici-même. S'il y a un autre endroit qui vous convient mieux, vous pouvez nous le faire savoir, et nous choisirons ensemble un autre lieu dans lequel vous serez à l'aise. Si vous ne souhaitez pas répondre aux questions au cours de l'entretien,

vous pouvez nous le signaler et nous passeront à la question suivante. Personne d'autre que nous ne sera présent avec vous, à moins que vous ne le souhaitiez. Toute l'entrevue sera enregistrée et retranscrite, mais vous ne serez pas identifiée par votre nom sur l'enregistrement ni sur la transcription. L'enregistrement et les transcriptions seront conservés dans un local fermé à clé de la Société d'Études et de Recherche en Santé Publique du Burkina Faso (SERSAP), sur un ordinateur protégé par un mot de passe. Les enregistrements et les transcriptions seront détruits après 7 ans à compter de la fin de l'étude. L'occasion vous sera donnée, à la fin de l'entrevue, de revoir vos propos et vous pourrez nous demander de les modifier ou d'en supprimer des éléments, si vous n'êtes pas d'accord avec les notes qui auront été prises.

Risques et inconvénients

Nous vous demandons de partager avec nous des informations personnelles et confidentielles, et vous risquez d'être mal à l'aise pour parler de certains sujets. Vous n'êtes pas obligé de répondre à une question ou de prendre part à l'entrevue si vous ne le souhaitez pas. Vous n'avez pas besoin de vous justifier si vous refusez de répondre à une question ou de participer à l'entrevue, sans que cela ne vous porte préjudice.

Nous pensons qu'il n'y a pas de risque à participer à cette étude. Nous prendrons le plus grand soin pour s'assurer que toute l'information que vous donnerez restera confidentielle, y compris à l'égard des autres membres de votre ménage. Cependant, il est possible que, par accident, quelqu'un à l'extérieur de l'équipe de recherche prenne connaissance des informations que vous aurez partagées avec nous. Nous prenons toutes les mesures pour minimiser ce risque et préserver la confidentialité des informations que vous divulguerez. Enfin, le temps que vous consacrerez à l'entrevue pourrait être un inconvénient pour vous.

Bénéfices

Il n'y aura aucun avantage direct pour vous, mais votre participation nous aidera probablement à améliorer nos connaissances autour de l'accès aux soins de santé reproductive pour les femmes au Burkina Faso.

Compensation

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

Confidentialité

Nous ne partagerons pas d'informations sur vous avec des personnes extérieures à l'équipe de recherche. Les informations que nous recueillons dans le cadre de ce projet de recherche resteront confidentielles. Votre nom et vos informations personnelles ne seront inscrits sur aucun document. Ces informations seront remplacées par un code d'identification. Elles ne seront ni partagées ni données à quiconque.

Les enregistrements des entrevues et les transcriptions seront conservés dans les locaux fermés à clés de la SERSAP, sur un ordinateur protégé par un mot de passe, pendant 7 ans après la fin de l'étude. Seule l'équipe de recherche y aura accès. Les données recueillies pourront être utilisées dans le cadre d'une publication scientifique, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

Personnes à contacter

Si vous avez des questions, vous pouvez les poser maintenant ou plus tard. Si vous souhaitez poser des questions plus tard, vous pouvez contacter l'une des personnes suivantes :

Étudiante-chercheuse : Camille Beaujoin

Téléphone : [REDACTED]

Adresse : École de Santé Publique de l'Université de Montréal, bureau 3100

C.P. 6128, succursale Centre-ville,

Montréal (Québec), Canada, H3C 3J7

Courriel : [REDACTED]

Directeur de recherche : Pr. Thomas Druetz

Adresse : École de Santé Publique de l'Université de Montréal

C.P. 6128, succursale Centre-ville,

Montréal (Québec), Canada, H3C 3J7

Courriel : [REDACTED]

Coordonnateur du projet de recherche : M. Frank Bicaba

Adresse : Société d'Études et de Recherche en Santé Publique

06 BP 9150 Ouagadougou 06

Téléphone : [REDACTED]

Courriel : [REDACTED]

Ce projet a été examiné et approuvé par le Comité d'Éthique pour la Recherche en Santé du Burkina Faso. Si vous souhaitez en savoir plus sur ce comité, vous pouvez les contacter par téléphone au (226) 72 54 94 95.

Ce projet a également été approuvé par le Comité d'Éthique pour la Recherche en Sciences et en Santé (CERSES) de l'Université de Montréal. Si vous voulez en savoir plus sur ce comité, vous pouvez les contacter par téléphone au +1 (514) 343-6111, poste 2604.

Ces deux comités ont pour tâche de veiller à ce que les participantes à la recherche soient protégées contre les dommages.

Déclaration de l'intervieweuse

Je confirme que la participante a eu l'occasion de poser des questions sur l'étude et que toutes les questions posées ont reçu une réponse correcte et au meilleur de mes capacités. Je confirme que la participante n'a pas été contrainte de donner son consentement et que ce consentement a été donné librement et volontairement.

Nom _____ Prénom _____

Date _____ Signature _____

Consentement

J'ai lu les informations précédentes ou elles m'ont été lues. J'ai eu l'occasion de poser des questions à ce sujet et toutes les questions qui m'ont été posées ont reçu une réponse satisfaisante. Je consens volontairement à participer à cette étude et j'ai compris qu'il m'est possible de retirer mon consentement à tout moment, sans aucun préjudice.

Participante :

Nom _____ Prénom _____

Date _____ Signature _____

Témoin (s'il y a lieu) :

Nom _____ Prénom _____

Date _____ Signature _____

Empreinte digitale de la participante

Annexe 3 : Formulaire d'information et de consentement pour les groupes de discussion

Titre de la recherche : La relation soignants-soignées et le pouvoir décisionnel des femmes dans un contexte de gratuité des soins : une étude qualitative au Burkina Faso.

Étudiante-chercheure : Camille Beaujoin, candidate à la maîtrise en santé publique (École de Santé Publique de l'Université de Montréal)

Directeur de recherche : Thomas Druetz, PhD (École de Santé Publique de l'Université de Montréal)

Sites de l'étude : Régions des Cascades et Centre-Ouest (Burkina Faso)

Financement : Projet de recherche Synergie

Introduction

Nous réalisons un projet de recherche portant sur la politique nationale de gratuité des soins reproductifs pour les femmes au Burkina Faso. Nous allons vous donner des informations et vous inviter à faire partie de ce projet de recherche. Aucune activité de recherche ne sera effectuée sans que vous ayez l'opportunité de lire ce formulaire de consentement, de poser toutes les questions que vous pourriez avoir, et de consentir à cette étude.

Ce formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. N'hésitez pas à nous poser toutes les questions que vous voulez, nous vous expliquerons tout ce qui ne vous paraît pas clair. Nous vous encourageons à poser des questions maintenant et à n'importe quel moment. Si vous choisissez de participer, vous devrez signer ce formulaire de consentement ou fournir l'empreinte de votre pouce conjointement avec la signature d'un témoin indépendant. Si vous souhaitez garder ce formulaire, une copie vous sera fournie.

Objectifs de la recherche

Cette étude est réalisée dans le cadre du programme de maîtrise en santé publique de l'Université de Montréal. Elle porte sur la politique nationale de gratuité des soins reproductifs pour les femmes au Burkina Faso. Nous voulons mieux comprendre les barrières qui peuvent limiter l'accès aux soins reproductifs pour les femmes en milieu rural, lorsque les soins sont gratuits. Nous nous intéressons en particulier à la relation entre les femmes et les soignants, ainsi qu'à l'autonomie des femmes.

Participation demandée

Si vous acceptez de prendre part à la recherche, nous vous sollicitons pour participer à un groupe de discussion qui durera entre une heure et deux heures environ. Le groupe de discussion se déroulera ici-même, après que vous ayez donné votre consentement. Le groupe de discussion sera enregistré pour que nous puissions retranscrire ce qui a été dit. Nous prendrons également des notes, de façon à relever toute l'information que vous partagerez avec nous. Vous êtes libre de ne pas répondre à toutes les questions, ou bien de quitter le groupe de discussion à tout moment, sans que cela ne vous porte préjudice. Les questions que nous allons vous poser porteront sur votre perception de la relation entre les femmes et les soignants, et sur votre perception de votre pouvoir de décision concernant les soins reproductifs. Vous ne serez pas contactée après le groupe de discussion.

Nous ne procéderons à aucun prélèvement sanguin, mesure ni test biologique. Nous ne poserons aucune question sur les infections transmissibles par le sexe et le sang, telle que le VIH-SIDA.

Sélection des participantes

Vous êtes invitée à participer à cette recherche car nous pensons que votre expérience peut grandement contribuer à notre compréhension de la perception des femmes de leurs relation avec les soignants, ainsi que de leur pouvoir décisionnel en matière de soins reproductifs dans le contexte de la gratuité.

Participation volontaire

Votre participation à cette recherche est entièrement volontaire. Il vous appartient de choisir de participer ou non. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment, sans qu'il soit nécessaire de donner une justification et sans que cela ne vous porte préjudice. En revanche, si vous choisissez de ne plus prendre part à l'étude, tous les renseignements vous concernant et vos propos qui auront déjà été recueillis seront conservés et figureront dans l'analyse car ils ne pourront pas être détruits, mais aucune question supplémentaire ne vous sera posée.

Procédures

Nous vous invitons à participer à ce projet de recherche. Si vous acceptez, il vous sera demandé de prendre part à une discussion avec 4 à 9 autres femmes dans votre tranche d'âge et ayant des expériences similaires.

Au cours du groupe de discussion, vous serez installée ici-même. Une facilitatrice commencera la discussion afin de s'assurer que vous êtes à l'aise. Nous pouvons également répondre aux questions sur le projet de recherche que vous pourriez avoir. Ensuite, nous vous poserons des questions et vous donnerons le temps de partager vos connaissances. Les questions porteront sur votre perception de la relation qu'ont les femmes avec les soignants, ainsi que sur votre perception de votre pouvoir décisionnel en matière de soins reproductifs. Vous n'avez aucune obligation à partager des informations personnelles si cela vous met mal à l'aise. Seules les participantes à la discussion et les chercheurs seront présents lors de cette discussion. Toute la discussion sera enregistrée et retranscrite, mais vous ne serez pas identifiée par votre nom sur l'enregistrement ni sur la transcription. L'enregistrement et les transcriptions seront conservés dans un local fermé à clé de la Société d'Études et de Recherche en Santé Publique du Burkina Faso (SERSAP), sur un ordinateur protégé par un mot de passe. Les informations enregistrées sont confidentielles et personne d'autre à l'exception de l'équipe de recherche n'y aura accès. Les enregistrements et les transcriptions seront détruits après 7 ans à compter de la fin de l'étude. L'occasion vous sera donnée, à la fin du groupe de discussion, de revoir vos propos et vous pourrez nous demander de les modifier ou d'en supprimer des éléments, si vous n'êtes pas d'accord avec les notes qui auront été prises.

Risques et inconvénients

Nous vous demandons de partager avec nous des informations personnelles et confidentielles, et vous risquez d'être mal à l'aise pour parler de certains sujets. Vous n'êtes pas obligé de répondre à une question ou de prendre part au groupe de discussion si vous ne le souhaitez pas. Vous n'avez pas besoin de vous justifier si vous refusez de répondre à une question ou de participer au groupe de discussion, sans que cela ne vous porte préjudice.

Nous pensons qu'il n'y a pas de risque à participer à cette étude. Nous prendrons le plus grand soin pour s'assurer que toute l'information que vous donnerez restera confidentielle, y compris à l'égard des autres membres de votre ménage. Cependant, il est possible que, par accident,

quelqu'un à l'extérieur de l'équipe de recherche prenne connaissance des informations que vous aurez partagées avec nous. Nous prenons toutes les mesures pour minimiser ce risque et préserver la confidentialité des informations que vous divulguerez. Enfin, le temps que vous consacrerez au groupe de discussion pourrait être un inconvénient pour vous.

Bénéfices

Il n'y aura aucun avantage direct pour vous, mais votre participation nous aidera probablement à améliorer nos connaissances autour de l'accès aux soins de santé reproductive pour les femmes au Burkina Faso.

Compensation

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

Confidentialité

Nous ne partagerons pas d'informations sur vous avec des personnes extérieures à l'équipe de recherche. Les informations que nous recueillons dans le cadre de ce projet de recherche resteront confidentielles. Votre nom et vos informations personnelles ne seront inscrits sur aucun document. Ces informations seront remplacées par un code d'identification. Elles ne seront ni partagées ni données à quiconque.

Les enregistrements des groupes de discussion et les transcriptions seront conservés dans les locaux fermés à clés de la SERSAP, sur un ordinateur protégé par un mot de passe, pendant 7 ans après la fin de l'étude. Seule l'équipe de recherche y aura accès. Les données recueillies

pourront être utilisées dans le cadre d'une publication scientifique, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

Particularité pour le groupe de discussion

Nous vous demanderons, à vous et aux autres membres du groupe, de ne pas parler à des personnes extérieures de ce qui a été dit dans le groupe de discussion. En d'autres termes, nous demanderons à chacune d'entre vous de garder les propos des autres participantes confidentiels. Vous devez savoir, cependant, que nous ne pouvons pas empêcher les autres participantes qui étaient dans ce groupe de partager des choses qui devraient être confidentielles.

Personnes à contacter

Si vous avez des questions, vous pouvez les poser maintenant ou plus tard. Si vous souhaitez poser des questions plus tard, vous pouvez contacter l'une des personnes suivantes :

Étudiante-chercheuse : Camille Beaujoin

Téléphone : [REDACTED]

Adresse : École de Santé Publique de l'Université de Montréal, bureau 3100

C.P. 6128, succursale Centre-ville,

Montréal (Québec), Canada, H3C 3J7

Courriel : [REDACTED]

Directeur de recherche : Pr. Thomas Druetz

École de Santé Publique de l'Université de Montréal

C.P. 6128, succursale Centre-ville,

Montréal (Québec), Canada, H3C 3J7

Courriel : [REDACTED]

Coordonnateur du projet de recherche : M. Frank Bicaba

Adresse : Société d'Études et de Recherche en Santé Publique

06 BP 9150 Ouagadougou 06

Téléphone : [REDACTED]

Courriel : [REDACTED]

Ce projet a été examiné et approuvé par le Comité d'Éthique pour la Recherche en Santé du Burkina Faso. Si vous souhaitez en savoir plus sur ce comité, vous pouvez les contacter par téléphone au (226) 72 54 94 95.

Ce projet a également été approuvé par le Comité d'Éthique pour la Recherche en Sciences et en Santé (CERSES) de l'Université de Montréal. Si vous voulez en savoir plus sur ce comité, vous pouvez les contacter par téléphone au +1 (514) 343-6111, poste 2604.

Ces deux comités ont pour tâche de veiller à ce que les participantes à la recherche soient protégées contre les dommages.

Déclaration de l'intervieweuse

Je confirme que la participante a eu l'occasion de poser des questions sur l'étude et que toutes les questions posées ont reçu une réponse correcte et au meilleur de mes capacités. Je confirme que la participante n'a pas été contrainte de donner son consentement et que ce consentement a été donné librement et volontairement.

Nom _____ Prénom _____

Date _____ Signature _____

Consentement

J'ai lu les informations précédentes ou elles m'ont été lues. J'ai eu l'occasion de poser des questions à ce sujet et toutes les questions qui m'ont été posées ont reçu une réponse satisfaisante. Je consens volontairement à participer à cette étude et j'ai compris qu'il m'est possible de retirer mon consentement à tout moment, sans aucun préjudice.

Participante :

Nom _____ Prénom _____

Date _____ Signature _____

Témoïn (s'il y a lieu) :

Nom _____ Prénom _____

Date _____ Signature _____

Empreinte digitale de la participante

Annexe 4 : Guide d'entrevue (Femmes)

Questionnaire sociodémographique

- Âge
- Origine ethnique
- Statut matrimonial
- Composition du ménage
- Nombre d'enfants
- Niveau de scolarité
- Activité économique

I. La relation soignant-soigné

1. Avez-vous déjà visité un centre de santé pour recevoir des soins prénatals, des soins postnatals, ou pour accoucher ?

Si non

Pourquoi ?

D'autres femmes de votre entourage ont-elles déjà visité un centre de santé pour recevoir des soins prénatals, des soins postnatals, ou pour accoucher ? Que pouvez-vous nous dire de leurs expériences ?

Si oui

2. Comment avez-vous vécu cette visite de façon générale ?
3. Comment avez-vous perçu l'accueil que vous avez reçu de la part des soignants ?

4. Comment avez-vous perçu votre relation avec les soignants au moment des soins que vous avez reçus ?
5. Avez-vous eu l'impression de recevoir du soutien psychologique de la part des soignants si vous en aviez besoin ? Pouvez-vous nous en dire plus ?
6. Avez-vous pu poser toutes les questions que vous vouliez aux soignants ? Comment avez-vous perçu les réponses qu'ils vous ont apportées ? (Pensez-vous qu'il y a des choses que vous n'avez pas pu demander ?)
7. Êtes-vous satisfaite de votre visite au centre de santé ? Pourquoi ?
8. Pensez-vous visiter de nouveau un centre de santé pour recevoir des soins reproductifs ? Par exemple, consultation prénatale, postnatale, l'accouchement ? Pourquoi ?
9. D'autres femmes de votre entourage ont-elles vécu des expériences similaires à la vôtre ? Pouvez-vous nous en dire plus ?

II. Le pouvoir décisionnel

Rapports généraux de prise décisionnelle

1. Pouvez-vous nous parler de vos rapports avec votre mari au sein du ménage ? Comment ces rapports ont-ils évolués selon vous ?
2. Comment les décisions sont-elles prises au sein du ménage de façon générale ? De quelle façon y participez-vous ?
3. Lorsque des décisions qui vous concernent doivent être prises, quel rôle joue votre mari et/ou les autres membres de votre famille dans ce processus de prise de décision ?
4. Lorsque des décisions doivent être prises concernant vos enfants (santé, éducation...), comment ces décisions sont-elles prises ?

Santé reproductive et maternelle

5. Lorsque vous pensez avoir besoin de soins de santé reproductive (consultation prénatale, postnatale, accouchement) qui allez-vous consulter et pourquoi ? Quel rôle joue votre famille dans ce processus de prise de décision concernant de tels soins ?
6. Comment les décisions concernant votre santé reproductive sont-elles prises ? Par exemple, en ce qui concerne les consultations prénatales, postnatales, ou pour l'accouchement ? Pouvez-vous nous parler de la prise de décision concernant votre accouchement ?
7. Selon vous, la gratuité des soins maternels et infantiles a-t-elle eu une influence sur la façon de prendre des décisions dans votre ménage ? Si oui, pouvez-vous nous parler de ce qui a changé ? Est-ce que le changement concerne les soins maternels ? Les soins infantiles ? Les deux ?

Planification familiale

8. Comment les décisions concernant vos projets de planification familiale au sein du ménage sont-elles prises ? (Désir d'enfanter, espacement des naissances, utilisation de la contraception...)
9. Avez-vous déjà visité un centre de santé pour recevoir des moyens de contraception ? Comment cette décision a-t-elle été prise ? Est-ce que d'autres membres de la famille ont participé à la prise de décisions ?
10. Souhaiteriez-vous que la planification familiale devienne gratuite dans votre région ? Pourquoi ? Qu'est-ce que cela changerait pour vous si la planification familiale était gratuite ? Et pour les femmes en général ?

Autonomie décisionnelle en général

11. Avez-vous l'impression que votre façon de prendre des décisions a évolué au sein de votre ménage ? Si oui, de quelle façon et pour quelle raison ?
12. Quel changement voudriez-vous voir apparaître pour apporter plus d'autonomie décisionnelle pour les femmes en général ?
13. Avez-vous autre chose à ajouter ?

Annexe 5 : Guide d'entrevues (Conjoints)

Questionnaire sociodémographique

- Âge
- Origine ethnique
- Statut matrimonial
- Composition du ménage
- Nombre d'enfants
- Niveau de scolarité
- Activité économique

Rapports généraux de prise décisionnelle

14. Pouvez-vous nous parler de vos rapports avec votre épouse au sein du ménage ?
Comment ces rapports ont-ils évolués selon vous ?
15. Comment les décisions au sein du ménage sont-elles prises de façon générale ? De quelle façon y participez-vous ?
16. Lorsque des décisions qui concernent votre épouse doivent être prises, de quelle façon y participez-vous ?
17. Lorsque des décisions doivent être prises concernant vos enfants (santé, éducation...), comment ces décisions sont-elles prises ?

Santé reproductive et santé maternelle

18. Comment les décisions concernant la santé reproductive de votre épouse sont-elles prises ? Par exemple, en ce qui concerne les consultations prénatales, postnatales, ou pour l'accouchement ?

19. Lorsque votre épouse pense avoir besoin de soins de santé reproductive (consultation prénatale, postnatale ou accouchement), qui va-t-elle consulter et pourquoi ? Quel rôle jouez-vous et les autres membres de votre ménage dans ce processus de prise de décision ?
20. Selon vous, la gratuité des soins maternels et infantiles a-t-elle eu une influence sur la façon de prendre des décisions dans votre ménage ? Si oui, pouvez-vous nous expliquer ce qui a changé ? Est-ce que le changement concerne les soins maternels ? Les soins infantiles ? Les deux ?

Planification familiale

21. Comment les décisions concernant les projets de planification familiale au sein du ménage sont-elles prises ? (Désir d'enfanter, espacement des naissances, contraception...)
22. Votre épouse a-t-elle déjà visité un centre de santé pour recevoir des moyens de contraception ? Comment cette décision a-t-elle été prise ? Quels sont les membres de votre famille qui ont participé à cette prise de décision ?
23. Souhaiteriez-vous que la planification familiale devienne gratuite dans votre région ? Pourquoi ? Selon vous, qu'est-ce que cela changerait pour votre épouse si la planification familiale était gratuite ? Et pour les femmes en général ?

Autonomie décisionnelle en général

24. Avez-vous l'impression que votre façon de prendre des décisions a évolué au sein de votre ménage ? Si oui, de quelle façon et pourquoi ?
25. Aimeriez-vous que les femmes puissent avoir plus d'autonomie décisionnelle de façon générale ? Si oui, que faudrait-il changer pour y parvenir ?

Avez-vous autre chose à ajouter ?

Annexe 6 : Guide d'entrevue (Représentantes des associations féminines locales)

Questionnaire sociodémographique

- Âge
- Origine ethnique
- Statut matrimonial
- Composition du foyer
- Nombre d'enfants
- Niveau de scolarité
- Nom de l'organisation
- Rôle dans l'organisation

1. Pouvez-vous nous parler de votre organisation (activités menées, date de création...)?
Combien de membres votre organisation compte-t-elle ?

Rapports généraux de prise décisionnelle

2. Selon vous, comment se passent les relations de couple et la vie de famille des femmes de votre communauté, de façon générale ?
3. Comment percevez-vous la capacité des femmes de votre communauté à prendre des décisions de façon générale ?
4. Selon vous, comment les décisions concernant les enfants (santé, éducation...) sont-elles prises au sein des ménages ?

Santé maternelle et reproductive

5. Pouvez-vous nous parler des expériences (relation soignant-soigné, appréciation des soins, expériences personnelles) que vivent les femmes de votre communauté concernant la santé reproductive dans les centres de santé ? Par exemple, les consultations prénatales, postnatales ou les accouchements.
6. Selon vous, comment les décisions concernant la santé reproductive des femmes (consultations prénatales, postnatales ou accouchements) sont-elles prises au sein des ménages ?
7. Pensez-vous que la gratuité des soins maternels et infantiles a eu une influence sur la façon de prendre des décisions dans les ménages ? Si oui, qu'est-ce qui a changé selon vous ?

Planification familiale

8. Comment les décisions concernant les projets de planification familiale au sein du ménage sont-elles prises ? (Désir d'enfanter, espacement des naissances, contraception...)
9. Savez-vous si les femmes de votre communauté utilisent les services de planification familiale pour recevoir des moyens de contraception ? Savez-vous comment cette décision est prise au sein des ménages ? De quelle façon les autres membres de la famille participent-ils à ces décisions ?
10. Souhaiteriez-vous que la planification familiale devienne gratuite dans votre région ? Pourquoi ? Selon vous, qu'en pensent les femmes de votre communauté ? Qu'est-ce que cela changerait pour les femmes de votre communauté si la planification familiale était gratuite ?

Autonomie décisionnelle en général

11. Avez-vous l'impression que le processus de prise de décision a évolué au sein des ménages dans votre communauté ? Si oui, de quelle façon et pourquoi ?

12. Pensez-vous que votre organisation a permis aux femmes d'être plus autonomes ? Si oui, de quelle façon ?

13. Aimeriez-vous que les femmes puissent avoir plus d'autonomie décisionnelle de façon générale ? Si oui, que faudrait-il changer pour y parvenir ?

14. Avez-vous autre chose à ajouter ?

Annexe 7 : Guide pour les groupes de discussion

Questionnaire sociodémographique

- Âge
- Origine ethnique
- Statut matrimonial
- Composition du foyer
- Nombre d'enfants
- Niveau de scolarité
- Activité économique

I. La relation soignants-soignées

- Comment avez-vous vécu votre dernière visite en centre de santé ?
- Pouvez-vous nous parler de la relation que vous avez eue avec les soignants ? Comment l'avez-vous perçue ?
- Pensez-vous avoir recours de nouveau aux services de santé reproductive (par exemple, pour une consultation prénatale, postnatale ou pour accoucher) ? Pourquoi ?
- Conseilleriez-vous à une femme de votre entourage de s'y rendre ? Pourquoi ?

II. Le pouvoir décisionnel

- Pouvez-vous nous parler de vos rapports avec votre mari au sein du ménage ?
- Que pensez-vous des relations de couple dans votre communauté de façon générale ?
- De quelle façon participez-vous à la prise de décision qui concernent l'ensemble du ménage ?
- Comment les décisions qui vous concernent sont-elles prises au sein du ménage ?

- Comment les décisions qui concernent vos soins de santé reproductive (consultation prénatale, postnatale et accouchement) sont-elles prises ?
- Comment les décisions qui concernent vos enfants sont-elles prises au sein du ménage ?
- Et vos projets de planification familiale (espacement des naissances, contraception...) ? Souhaiteriez-vous que les services de planification familiale deviennent gratuits dans votre région ? Pourquoi ? Qu'est-ce que cela changerait pour vous et pour les femmes en général ?
- Pensez-vous que la gratuité des soins maternels et infantiles a eu une influence sur votre façon de prendre des décisions ? Si oui, pouvez-vous nous dire ce qui a changé ?
- Participez-vous à des activités communautaires féminines ? Si oui, de quelle façon cela a-t-il influencé votre façon de prendre des décisions ? Si non, souhaiteriez-vous le faire ?
- Souhaiteriez-vous que les femmes aient plus d'autonomie décisionnelle en général ? Selon vous, quels changements faudrait-il faire pour y parvenir ?

Annexe 8 : Livre de codes

Qualité des soins

Accueil

- Bonne qualité de l'accueil
- Mauvaise qualité de l'accueil

Consultation

- Bonne qualité des consultations
- Délais de prise en charge

Médicaments

- Bonne qualité des médicaments
- Pénurie de médicaments

Satisfaction des utilisatrices

- Satisfaction vis-à-vis de la qualité des soins
- Absence de satisfaction vis-à-vis de la qualité des soins

Relation soignant-soigné

Général

- Bonne qualité de la relation avec les soignants
- Mauvaise qualité de la relation avec les soignants

Relation de civilité

- Bonne qualité de la relation de civilité

Relation de soins

- Bonne qualité de la relation de soins

Relation de soutien psychologique

- Bonne qualité de la relation de soutien psychologique

Relation éducative

- Bonne qualité de la relation éducative
- Mauvaise qualité de la relation éducative

Santé maternelle et infantile

Gratuité des soins

- Bénéfices de la gratuité des soins
- Problèmes causés par la gratuité des soins
- Changements observés avec la gratuité
- Absence de changement avec la gratuité

Planification familiale

- Acceptation sociale vis-à-vis de la planification familiale
- Bénéfices de la planification familiale
- Conflits familiaux
- Croyances religieuses
- Sensibilisation à la planification familiale
- Stigmatisation de la planification familiale

Santé des enfants

- Implication du ménage dans la santé enfants
- Compliance aux soins infantiles

Santé maternelle

- Barrières à l'accès aux soins maternels
- Compliance aux soins maternels
- Déroulement des visites
- Difficultés de la maternité
- Implication du ménage dans la santé de la mère
- Sensibilisation à l'accès aux soins maternels

Relations familiales

Entente familiale

- Bonnes relations familiales
- Mauvaises relations familiales

Évolution des relations familiales

- Changements dans les relations familiales
- Absence de changement dans les relations familiales

Hiérarchie familiale

- Respect de la hiérarchie familiale

Prise de décision concernant le foyer

- Autorisation (foyer)
- Collaboration (foyer)
- Exclusion (foyer)
- Information (foyer)

Prise de décision concernant les femmes

- Autorisation (femme)
- Collaboration (femmes)

Prise de décision concernant les enfants

- Autorisation (enfants)
- Collaboration (enfants)
- Information (enfants)

Prise de décision concernant les soins reproductifs

- Autorisation (soins)
- Collaboration (soins)
- Exclusion (soins)
- Information (soins)

Prise de décision concernant la planification familiale

- Autorisation (PF)
- Collaboration (PF)
- Exclusion (PF)
- Information (PF)

Facteurs favorisant le pouvoir décisionnel des femmes

- Acceptation des hommes
- Autre
- Collaboration familiale
- Éducation
- Regroupements de femmes
- Sensibilisation
- Soutien financier
- Travail et activités des femmes
- Voyage

Évolution dans le foyer

- Évolution du processus décisionnel
- Absence d'évolution du processus décisionnel

Facteurs limitant le pouvoir décisionnel des femmes

- Origine ethnique
- Opposition des hommes
- Vie familiale et communautaire

Autres

- Difficultés financières et matérielles
- Solidarité

Annexe 9 : Liste de vérification COREQ (Tong et al., 2007)

A. Tong et al.

Table 1 Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist

No	Item	Guide questions/description
Domain 1: Research team and reflexivity		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i>
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? <i>e.g. personal goals, reasons for doing the research</i>
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? <i>e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i>
Domain 2: study design		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? <i>e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? <i>e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</i>
11.	Method of approach	How were participants approached? <i>e.g. face-to-face, telephone, mail, email</i>
12.	Sample size	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i>
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, date</i>
Data collection		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
Domain 3: analysis and findings		
Data analysis		
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?
Reporting		
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? <i>e.g. participant number</i>
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

(ii) Participant selection: Researchers should report how participants were selected. Usually purposive sampling is used which involves selecting participants who share particular characteristics and have the potential to provide rich, relevant and diverse data pertinent to the research question

[13, 17]. Convenience sampling is less optimal because it may fail to capture important perspectives from difficult-to-reach people [16]. Rigorous attempts to recruit participants and reasons for non-participation should be stated to reduce the likelihood of making unsupported statements [18].

Downloaded from https://academic.oup.com/int/article-abstract/19/6/349/1791966 by Bibliothèque de Droit user on 21 May 2020