



**Titre : L'expérience d'une intervention communautaire pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile au Burkina Faso**

Auteurs : *Abdoulaye MAÏGA et Gabriel SANGLI (ISSP-Université de Ouagadougou)*

Séance : *P-1 - 91* Salle : *Ailes de la Salle Royale*

**Contexte**

Avec une espérance de vie moyenne de 53,8 ans, le Burkina Faso subit toujours le poids d'une forte mortalité, concentrée principalement autour des décès maternels et infanto-juvéniles. Le niveau de la mortalité maternelle au Burkina Faso, quoiqu'en baisse, reste tout de même un des plus élevés de l'Afrique. En effet, ce taux est passé de 566 en 1991, à 484 pour 100 000 naissances vivantes en 1998. De même, sur un effectif de 100 enfants à la naissance, plus de 17 sont exposés à un risque de décès avant le cinquième anniversaire (INSD, 2000). Cette forte mortalité maternelle et dans l'enfance s'expliquerait entre autres par des facteurs liés à des attitudes et pratiques culturelles néfastes à la santé des femmes, aggravés par la faible accessibilité aux soins obstétricaux. A cela s'ajoutent le faible taux d'utilisation des services, le faible statut social de la femme et la faible implication des hommes dans la résolution des problèmes de santé des femmes et des enfants.

Face à cette situation, le Burkina Faso tente de mettre en œuvre un programme d'appui à la lutte contre la mortalité maternelle conformément à sa politique nationale de population (PNP) de 1991, révisée en 2000. La PNP met en effet l'accent sur l'amélioration de la santé de la reproduction en général et la réduction de la mortalité maternelle en particulier. La réduction d'ici l'an 2015 du taux de la mortalité maternelle de 60 % figure au nombre des objectifs de la PNP. Pour atteindre cet objectif, de nombreux programmes, au nombre desquels "*Maternal & Neonatal Health*" (MNH), ont été conçus.

Le projet "*Maternal & Neonatal Health*" (MNH) initié par MNH/JHPIEGO, avec le soutien financier de l'USAID rentre dans le cadre de l'opérationnalisation de la stratégie de maternité à moindre risque conçue par le Ministère de la santé. MHN/Koupéla est une intervention à base communautaire mis en œuvre de 2001 à 2003 à Koupéla. Ce programme procède par la valorisation des ressources locales pour influencer les déterminants comportementaux de santé. Partant du postulat que l'offre de santé n'est pas une condition suffisante pour l'amélioration de la santé des mères et des enfants, ce projet utilise une approche endogène de mobilisation des communautés en vue de modifier les perceptions, connaissances, et comportements préjudiciables à la santé, et avoir les meilleures représentations et pratiques. L'intervention a eu recours à des stratégies d'information/sensibilisation des populations, d'implication de prestataires de santé et de certains acteurs communautaires.

La présente communication a pour objectif de rendre compte des effets de cette intervention communautaire sur les connaissances, attitudes et pratiques relatives à la santé maternelle et infantile au sein de ladite communauté.

### ***Methodologie***

Pour l'évaluation des effets de l'intervention communautaire MHN/Koupéla sur l'amélioration de la santé maternelle et infantile, une approche de recherche expérimentale avec un double devis de recherche a été utilisée. Le premier devis est une recherche comparative ex-post à partir d'une enquête de base en 2001 avant l'intervention et une enquête après intervention en 2004, pour apprécier les effets de l'intervention sur l'évolution des connaissances, perceptions et attitudes en matière de santé maternelle et infantile. Le second devis de type quasi expérimental est une recherche du différentiel de représentations et de comportements entre les populations exposées à l'intervention qualifiées de *groupe expérimental* et des populations non exposées, assimilées à un *groupe témoin*.

La taille de la population d'étude est la même (270 personnes) aussi bien à l'enquête de base (2001) qu'à celle de suivi (2004). Pour chaque enquête, l'échantillon choisi à partir d'un sondage aléatoire simple comprend 180 femmes ayant un enfant de moins 1 an et 90 époux de celles-ci. Toutefois, l'échantillonnage réalisé est indépendant d'une enquête à l'autre.

L'analyse des données porte sur des tableaux de proportions comparées entre l'enquête de base et celle de suivi, avec des discriminations entre les populations exposées et celles qui n'ont pas été exposées à l'intervention. Un test de comparaison des proportions a été appliqué en vue d'apprécier la significativité de la différence observée entre proportions.

Un indicateur synthétique de préparation de l'accouchement a été élaboré sur la base du score de certaines variables jugées pertinentes pour mesurer le potentiel d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Il s'agit de la connaissance d'au moins 2 signes de danger pertinents pendant la grossesse ; le recours à la consultation prénatale (CPN) ; le recours à l'assistance d'un prestataire qualifié pour l'accouchement en formation sanitaire ; la prévision de moyen de transport et/ou d'un projet financier pour besoin éventuel lors de l'accouchement. L'indicateur synthétique construit varie entre 0 et 5. Un score moyen de 3 points est considéré comme le seuil minimal pour une amélioration de la santé maternelle et infantile.

### ***Résultats***

Conformément à son objectif d'évaluer les effets d'une intervention communautaire sur l'amélioration de la santé maternelle et infantile, les résultats de cette recherche font ressortir des différences en matière de connaissances, de perceptions et de comportements de la population avant l'intervention et après l'intervention. On note en effet une amélioration remarquable du niveau de connaissances générales et de pratiques des populations concernant les questions de santé maternelle et néonatale entre le début et la fin du programme (cf. figures 1, 3, 4). L'amélioration des connaissances concernent la connaissance des signes de danger pendant la grossesse, à l'accouchement ou durant la

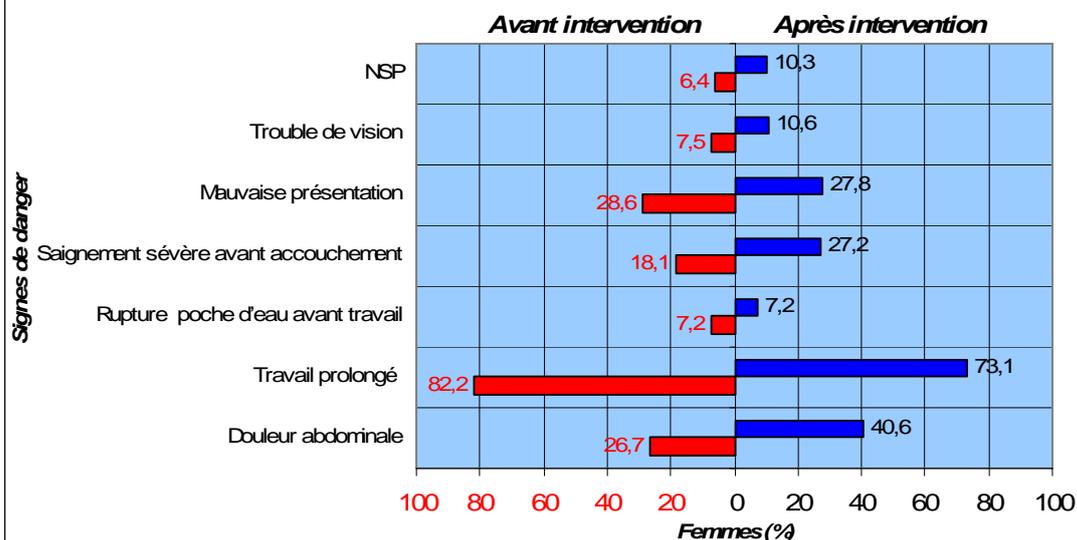
période post-partum ; la connaissance des effets du paludisme sur la santé de la mère et de l'enfant, ainsi que des méthodes de prévention de cette pathologie.

Les comportements de santé sont essentiellement constitués du recours aux méthodes prophylactiques contre le paludisme (moustiquaire, sulfadoxine et pyriméthamine) ; la fréquentation des services de santé durant les périodes pré et post natales ; le recours à l'assistance d'un prestataire qualifié durant l'accouchement ; le dispositif de préparation de l'accouchement ; et l'implication des époux dans la gestion de la grossesse.

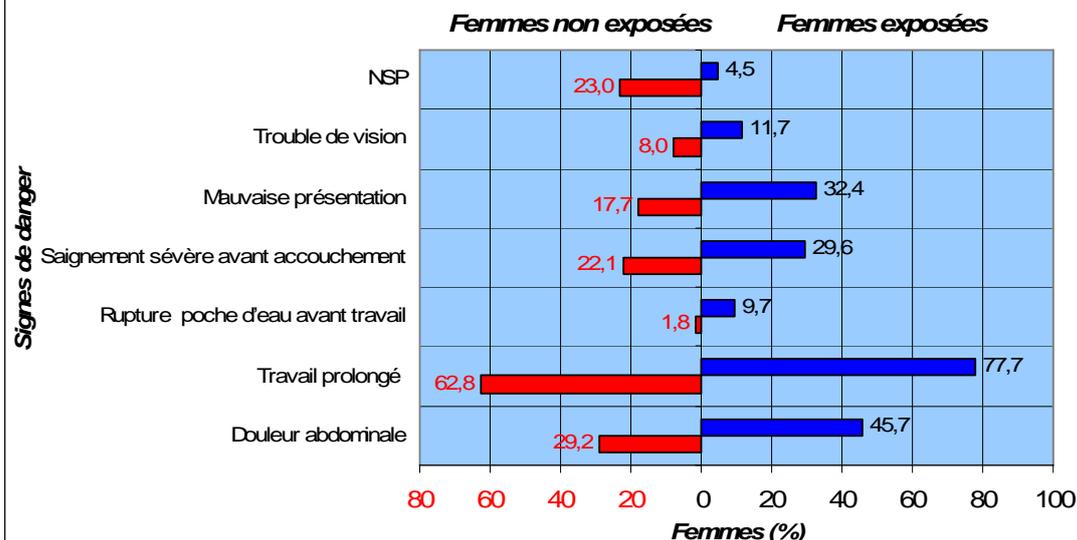
Les effets de l'intervention ont aussi été examinés à travers la segmentation entre groupe exposé et groupe non exposé à l'intervention. Les personnes exposées au programme ont de meilleures connaissances et pratiques comparativement à celles qui ne l'ont pas été (cf. figures 2, 3, 4).

Les meilleurs scores de préparation de l'accouchement ont été observés d'une part après l'intervention et d'autre part chez les populations ayant été exposées à celle-ci (cf. figure 5).

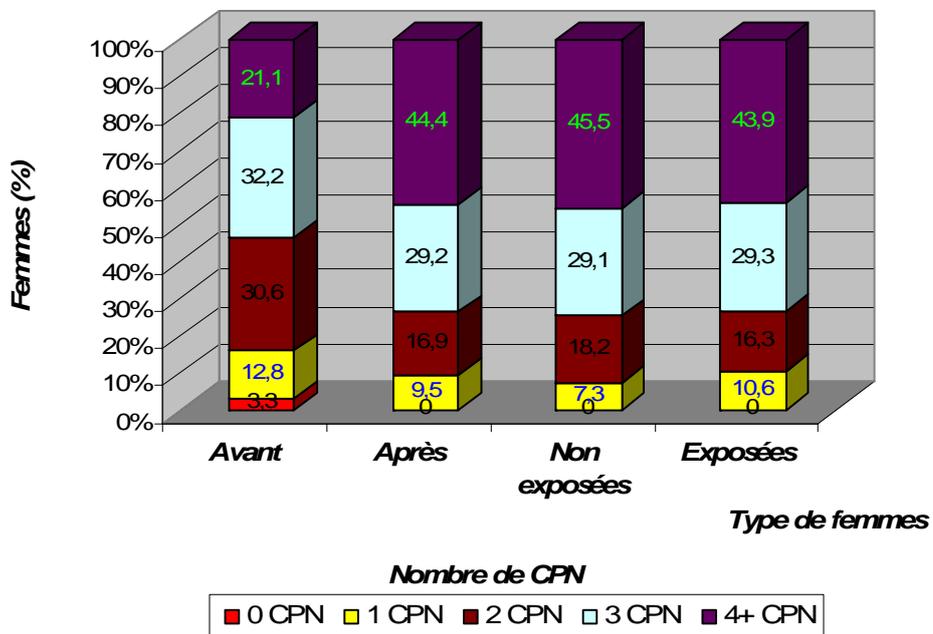
**Fig.1. Connaissance des signes de danger à l'accouchement par les femmes enceintes et avec enfant de moins de 1 an**



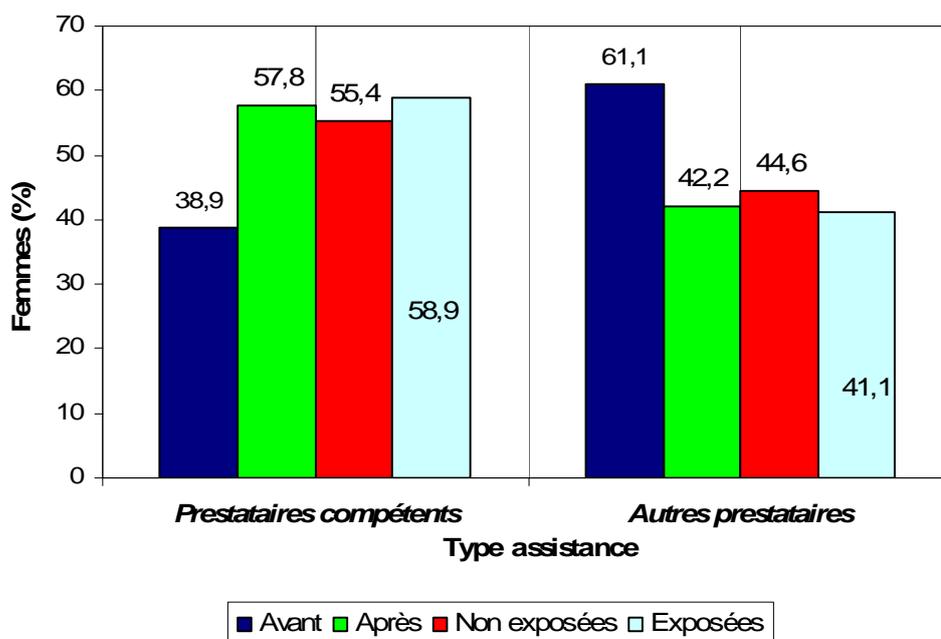
**Fig.2. Connaissance des signes de danger à l'accouchement par les femmes enceintes et avec enfant de moins de 1 an**



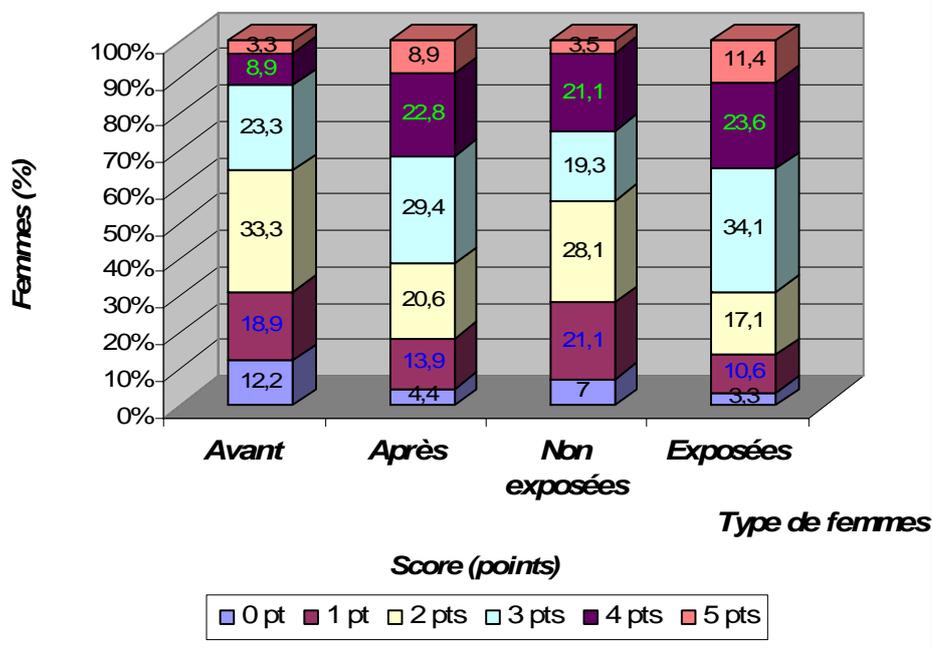
**Fig.3. Consultations prénatales chez les femmes avec enfant de moins de 1 an**



**Fig.4. Type d'assistance à l'accouchement chez les femmes avec enfant de moins de 1 an**



**Fig.5. Score de préparation de l'accouchement par les femmes enceintes**



### **Conclusion**

L'intervention MNH met en évidence la pertinence d'une approche communautaire pour l'amélioration de la situation sanitaire des mères et des enfants. La réplication d'une telle expérience pourrait produire des résultats probants dans des contextes où la quête de meilleures approches de réduction de la mortalité maternelle et infantile demeure problématique.

Cette recherche évaluative des effets du programme est moins une évaluation d'impact sur la santé des mères et des enfants qu'une évaluation de processus en termes de connaissances et de changements de comportements des populations concernant la santé de ces deux catégories sociodémographiques.

Un défi majeur de l'après-projet est la pérennisation des acquis de la phase d'intervention. D'où la nécessité d'une investigation 3 à 5 ans après l'intervention pour la mesure des acquis durables et son appropriation par la communauté.