Mobiliser des représentations ethnoculturelles pour expliquer les disparités d'accès aux soins de santé au Burkina Faso

Loubna Belaid, M.Sc., Ph.D.,¹ Patrick Cloos, M.D., M.Sc., Ph.D.,² Valéry Ridde, M.Sc., Ph.D.³

RÉSUMÉ

OBJECTIFS : Cette étude vise à décrire la mobilisation des représentations ethnoculturelles par des agents et des gestionnaires de santé pour expliquer l'échec partiel d'une politique de santé maternelle et discuter des conséquences potentielles de ces représentations sur l'accès aux soins de santé des populations.

MÉTHODES : Il s'agit d'une recherche qualitative de type socio-anthropologique mobilisant des entretiens approfondis, des discussions informelles, des observations non participantes menées dans les centres de santé et une analyse documentaire. Les entretiens ont été menés auprès de 16 agents de santé et de 10 gestionnaires. Les entretiens ont été enregistrés sous support numérique et transcrits. L'étude s'est déroulée dans le district sanitaire de Djibo au Burkina Faso.

RÉSULTATS : L'identification ethnique, les coutumes relatives à l'accouchement (pudeur, discrétion, présence féminine), le statut social des femmes (le faible pouvoir décisionnel), le nomadisme et l'organisation sociale des populations et leurs résistances au changement sont érigés comme des obstacles « culturels » à la politique de santé. L'usage largement répandu de ces représentations par les agents et les gestionnaires de santé contribue à réprimer les populations et à masquer les facteurs structurels qui ont pourtant une influence plus importante sur l'utilisation des services de santé maternelle.

CONCLUSION : Cette recherche met en lumière le danger de l'usage excessif des représentations ethnoculturelles teintées de culturalisme dans les pratiques et les politiques de santé publique en véhiculant des stéréotypes à l'égard de certains groupes de population. Pour comprendre le succès ou l'échec des politiques sanitaires, il demeure important de considérer la qualité du contact avec le système de santé, les facteurs structurels notamment les capacités des ménages à faire face aux dépenses des soins de santé et des distances entre les villages et les centres de santé. Ces éléments permettraient de mieux comprendre les disparités constatées à l'égard des indicateurs d'utilisation des services de santé.

MOTS CLÉS : Burkina Faso; représentations ethnoculturelles; santé maternelle; agents de santé; politiques de santé

La traduction du résumé se trouve à la fin de l'article.

Can J Public Health 2017;108(1):e56–e61
doi: 10.17269/CJPH.108.5628

Le Burkina Faso a instauré en 2006 une politique nationale de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). L'objectif était d'augmenter la proportion des accouchements et des césariennes dans les établissements de santé en améliorant l'accessibilité financière des ménages. Des disparités dans l'évolution des taux d'accouchements assistés ont été observées entre les centres de santé du district de Djibo. Alors que dans certains centres, ce taux a augmenté immédiatement après la mise en œuvre de cette politique, dans d'autres, il est resté inchangé¹.

Lors d'une évaluation de la subvention SONU, des gestionnaires et des agents de santé du district ont rapporté que ces différences s'expliqueraient notamment par le fait que certaines populations n'utiliseraient pas les services de santé maternelle en raison de leur appartenance ethnoculturelle.

Les représentations ethnoculturelles sont souvent invoquées pour expliquer les échecs des interventions sanitaires dans les pays à faible revenu²⁻⁴. Ces facteurs renvoient à un ensemble de normes et de pratiques culturelles décontextualisées et généralisées à des groupes sociaux^{4,5}. Ainsi, la solution souvent envisagée pour transcender ces obstacles est d'éduquer les populations afin de les amener à abandonner leurs pratiques culturelles jugées contraignantes.

Bien que les travaux en anthropologie de la santé établissent une mise en garde quant à l'usage excessif des représentations ethnoculturelles dans les pratiques sanitaires en dénonçant leur caractère essentialiste et statique, leurs usages semblent persister dans les discours et les pratiques de certains acteurs de la santé^{3,6-8}.

Ce sont notamment les soignants qui font souvent appel à ce type de représentations^{9,10}.

Cet article vise, d'une part, à décrire la mobilisation de représentations ethnoculturelles par les agents de santé pour

Affiliations des auteurs

1. Chercheure postdoctorale, Département de médecine sociale et préventive, Centre de recherche du centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM), École de santé publique, Université de Montréal, Montréal (Québec)
2. Professeur, Faculté des arts et des sciences, École de travail social, Université de Montréal, Montréal (Québec)
3. Professeur agrégé, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Montréal (Québec); Chaire IRSC en santé publique appliquée (CPP-137901)

Correspondance : Loubna Belaid, Ph.D., Département de médecine sociale et préventive, Centre de recherche du centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM), École de santé publique, Université de Montréal, 7101 Av du Parc, 3^e étage, Montréal (Québec) H3N 1X9, Tél : 514-343-6111, poste 36411, Courriel : belaid.loubna@gmail.com

Remerciements : Nous remercions le Professeur Vincent De Brouwere de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers pour ses commentaires qui ont contribué à améliorer et à enrichir cet article.

Conflit d'intérêts : Aucun à déclarer.

expliquer l'échec partiel de cette subvention et, d'autre part, à discuter leurs conséquences potentielles sur l'accès aux soins de santé des populations. Par échec partiel, nous entendons que le taux d'accouchements assistés est resté inchangé et faible dans plusieurs centres de santé ($n = 12$), malgré la mise en œuvre de la subvention SONU.

Contexte

Le Burkina Faso est un pays d'Afrique de l'ouest où 47 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté et demeurent en milieu rural (77 %).

L'étude s'est déroulée dans le district de Djibo, de la région du Sahel, située au Nord du pays. En 2011, la population de cette région comptait 402 646 habitants. Selon le plan d'action sanitaire rédigé par les gestionnaires du district, celle-ci est composée de différents groupes : Peul, Mossi, Fulcé, Bella, Dogon, Songhaï et Rimaybé. Le groupe Peul est majoritaire. La population est majoritairement musulmane. La principale activité économique est l'agropastoralisme. La proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est estimée à 37 %, et 42 % vit à plus de 10 km d'un centre de santé¹¹. En 2011, le district comptait 26 centres de santé.

Avant la mise en œuvre de la subvention (2006), le taux d'accouchements assistés dans le district était de 15,4 % alors que la moyenne nationale s'élevait à 42,9 %¹². En 2011, ce taux (55 %) était toujours inférieur à la moyenne nationale (78 %)¹¹.

La politique de subvention SONU

La subvention SONU couvre de 60 % à 80 % le prix de l'accouchement (actes, consommables et médicaments) selon le niveau de soins. Les ménages payent le montant restant (20 % à 40 %). Avant la mise en œuvre de cette subvention, un accouchement sans complication dans un centre de santé était estimé à environ 4 000 francs CFA* (9 CAD\$)¹³. Grâce à celle-ci, les femmes ne devaient plus payer que 900 CFA (2 CAD\$).

Une perspective anthropologique critique

Notre approche s'inscrit dans le courant de l'anthropologie médicale critique qui cherche à rompre avec une lecture locale et culturelle des conduites humaines pour se tourner vers l'étude des rapports de force dans lesquels se trouvent engagé les institutions de la santé¹⁴.

Le savoir médico-sanitaire est vu comme un pouvoir permettant de représenter les populations d'une certaine manière¹⁵.

Ces représentations peuvent être véhiculées par une forme de « culturalisme » qui est une approche essentialiste de la culture¹⁶⁻²¹, réduisant ainsi les populations à quelques éléments culturels (croyances et valeurs) pour expliquer leurs comportements. Plusieurs travaux ont montré comment ces représentations peuvent conditionner la relation patient/médecin et peuvent contribuer à renforcer ou à reproduire des inégalités de santé^{9,22-25}.

La notion de représentation ethnoculturelle est définie dans cet article comme « un produit de la pensée qui présente à la conscience individuelle sous forme d'idées, d'images et de jugements (...). Toute représentation est déjà en même temps une interprétation et une classification des faits (...) Et elle est

affectée par une valeur positive, négative ou neutre. Toute représentation se trouve engagée dans un processus de légitimation ou de déni des actions induites par cette représentation²⁶ » (p. 15).

Dans le cadre de cette recherche, l'usage des représentations ethnoculturelles se manifeste de façon informelle et n'est pas assujéti à la critique dans le discours des agents et des gestionnaires de santé pour expliquer l'absence d'effet de la politique SONU. Cet article vise à mettre en lumière le danger que comporte l'usage de ces représentations en véhiculant des stéréotypes qui peuvent potentiellement influencer les pratiques de santé publique¹⁴⁻²⁴.

MÉTHODES

Une étude qualitative de type socio-anthropologique, associant une immersion sur le terrain et plusieurs types de production de données a été menée²⁷. L'étude s'est déroulée de novembre 2010 à février 2011.

Plusieurs méthodes de collecte de données ont été mobilisées : entretiens semi directifs, conversations informelles avec des acteurs locaux, observations non participantes (consultations prénatales, accouchements, vaccinations) dans les centres de santé. Une analyse documentaire a été réalisée.

Les participants à l'étude

Vingt-six entretiens semi directifs ont été menés auprès d'agents de santé ($n = 16$) et de gestionnaires ($n = 10$). Les gestionnaires sont chargés de mettre en œuvre les politiques alors que les agents offrent des services curatifs et préventifs.

Parmi les agents de santé, 6 sont des infirmiers responsables de centres de santé, 3 sont des accoucheuses qualifiées, et 7 sont des infirmiers qui offrent les soins de santé. Parmi les répondants, 19 étaient des hommes et 7 des femmes, mais aucun n'était originaire de la région du Sahel. Ils ont été recrutés selon le principe de l'échantillonnage par homogénéisation dans les centres de santé²⁸.

Les entretiens ont été réalisés en français et ont duré environ une heure. Ils ont été enregistrés et transcrits. Le guide d'entretien regroupait des informations concernant la mise en œuvre et les effets de la subvention SONU.

Des acteurs locaux dont deux maires, deux préfets et le haut-commissaire du district ont aussi été rencontrés. Des conversations informelles sur l'utilisation des services de santé maternelle avec les acteurs locaux et les agents de santé ont été tenues. Elles ont été par la suite transcrites sous forme de notes ethnographiques²⁹.

L'auteure principale (LB) a réalisé la collecte de données, les deux autres (PC et VR) ont contribué à l'analyse et à la rédaction du manuscrit. Cette recherche a été effectuée dans le cadre d'une thèse doctorale dont l'objectif principal était l'analyse de la mise en œuvre et de l'hétérogénéité des effets de la subvention SONU sur la couverture des accouchements assistés dans le district sanitaire de Djibo³⁰.

Analyse des données

L'objectif de l'analyse des données textuelles était de dégager les représentations mobilisées pour expliquer l'absence d'effet de la subvention SONU sur le taux d'accouchements assistés. Une analyse inductive a été menée pour « donner du sens aux données brutes »³¹. L'analyse s'est effectuée en plusieurs étapes. Les données brutes ont été réduites et condensées à l'aide d'un logiciel

* CFA = Communauté Financière d'Afrique; CAD\$ = dollars canadiens.

QDA MINER. Les données qui expliquaient l'absence d'effet de la politique sur le taux d'accouchements assistés ont été extraites. Ces données ont été regroupées par catégories et sous catégories « *conceptualisantes* »³². Une lecture approfondie et répétitive a permis d'affiner les catégories, et la liste a été comparée pour chaque groupe d'acteurs afin d'observer les contrastes et les similarités.

L'étude a été approuvée par les comités d'éthique du centre de recherche du centre hospitalier de Université de Montréal (CRCHUM) (10.178) et du comité d'éthique de la recherche en santé du Ministère de la Santé au Burkina Faso (2010-072).

RÉSULTATS

Selon les répondants, la distance entre les villages et les centres de santé, l'attitude des soignants et les pratiques culturelles des populations sont les facteurs qui expliqueraient l'absence d'effet de la subvention SONU dans certains centres. Toutefois, les représentations ethnoculturelles attribuées aux populations ont occupé une place prépondérante dans les schèmes explicatifs.

Nous avons constaté une homogénéité des explications entre les acteurs sociaux. Aucune différence sur les facteurs identifiés n'a été observée entre les différents groupes d'acteurs. Ainsi, nous présentons les résultats dans leur globalité. Selon l'ensemble des participants, les représentations ethnoculturelles expliqueraient pourquoi le taux d'accouchements assistés n'a pas augmenté après la mise en œuvre de la subvention SONU.

Le processus d'identification ethnique

Les centres de santé dont le taux d'accouchements assistés est resté inchangé quatre ans après la mise en œuvre de la subvention SONU, seraient situés dans des territoires où résident des groupes qui « *ne seraient pas favorables aux services de santé* » (gestionnaire #3). Ces groupes ont été identifiés à l'aide de référents qualifiés d'ethniques « Peul » ou « Mossi » par les agents de santé.

« Il y a des zones géographiques où la population majoritaire est d'appartenance ethnique Mossi. Dans ces zones, le taux d'accouchements assistés est élevé. Toutefois, les zones géographiques où la population est majoritairement d'appartenance ethnique Peul, le taux d'accouchements est faible[†] » (gestionnaire #1).

« Au niveau du sahel, il y a quand même un aspect culturel qui joue. Des gens peuvent se retrouver à moins de 10 km, moins de cinq km d'un centre de santé et vont quand même accoucher à la maison. Ça par exemple, c'est un peu le cas de Doma [nom fictif d'un centre de santé], Ce sont des Dogons [Ethnie présente à Djibo] qui sont là -bas, le cas de Naya [nom fictif d'un centre de santé] ce ne sont pas des dogons mais j'ai oublié le nom de l'ethnie qui est là- bas. Mais si vous remarquez les zones où résident les populations Mossi, nous n'avons pas trop de problème avec les indicateurs de santé » (gestionnaire #2).

De plus, selon les agents de santé, le problème semble être généralisé à l'ensemble du district et même à toute la région du Sahel. C'est donc tout ce territoire qui est montré du doigt; en cause, la culture de sa « population » et des « gens » qui y habitent :

« La population du Sahel est analphabète. Elle reste attachée aux traditions culturelles » (infirmier #1). « Au niveau du Sahel, la culture influence les comportements sanitaires. Il y a des femmes qui ne veulent pas accoucher à l'hôpital » (gestionnaire #3).

Des catégories de population ne sont pas seulement identifiées mais sont également décrites par le biais de diverses représentations.

Des représentations culturelles sont associées à chacune des catégories de population : les coutumes liées à l'accouchement, la pudeur, la discrétion des femmes, le statut social des femmes, le mode de vie et l'organisation sociale des groupes ethniques. Les coutumes relatives à l'accouchement des groupes ont été identifiées par les agents de santé comme un obstacle à l'accouchement dans les établissements de santé.

Les coutumes liées à l'accouchement

Les représentations ont principalement concerné les catégories « Peul » et « Bella »:

« Dans la culture Peul, les femmes accouchent seules dans leurs maisons. C'est seulement au moment où on peut entendre les cris du nouveau-né que les femmes plus âgées entrent dans la maison. Accoucher seule sans assistance est un signe de bravoure. Une femme Peul doit être capable d'accoucher seule et sans assistance » (infirmier #2).

Réciproquement, l'explication proposée par les agents de santé s'accompagne d'une description de chaque catégorie ethnique sur une base comportementale.

Au contraire, « La femme Peul qui vient accoucher dans un centre de santé est vue comme une femme qui n'est pas capable d'accoucher seule par les membres de son groupe ethnique » (gestionnaire #3).

Chaque groupe posséderait des coutumes déterminant les comportements des femmes lors de l'accouchement :

« Dans les traditions Peul, la jeune primipare doit aller accoucher au domicile de sa mère et non dans un centre de santé. Si tu prends les femmes d'appartenance ethnique Bella, leur premier accouchement a lieu chez leurs familles » (infirmier #2).

La pudeur et la discrétion des femmes

En outre, la pudeur des femmes Peul serait une raison supplémentaire de leur réticence à donner naissance dans les centres de santé, selon les répondants. Dans les propos qui suivent, l'infirmier compare les femmes de sa région située à l'Ouest du Burkina Faso, avec les femmes du Sahel sur le plan de la pudeur et de leur discrétion pendant les examens gynécologiques. Ainsi, la pudeur serait pour les secondes un obstacle aux accouchements dans les établissements de santé.

« Si la femme Peul entre dans la salle d'examen et s'aperçoit que le prestataire est un homme, elle est gênée. Elle ne parle pas. Donc je trouve que c'est toujours particulier dans la région du Sahel. À l'Ouest d'où je suis originaire, les femmes ne se gênent pas dans le cadre de la santé » (infirmier #3).

« Les femmes Peul quand elles viennent pour la consultation prénatale, elles refusent l'examen gynécologique. Pourtant bon, ce n'est pas normal. Elles disent [les femmes Peul] aucune autre

[†] Tous les extraits de verbatim ont été réécrits par les auteurs afin de les rendre plus compréhensibles.

personne ne peut les regarder en dehors de leurs maris » (accoucheuse #1).

Le statut social de la femme

Les femmes Peul auraient un pouvoir décisionnel faible dans leurs recours aux services de santé maternelle :

« Des fois, ce n'est pas la femme qui refuse de se rendre au centre de santé pour accoucher. Des fois, la femme peut avoir la volonté d'aller au centre de santé mais le mari s'y refuse. Aussi, les femmes n'ont pas une connaissance claire des dépenses qu'elles auront à faire au centre de santé. Toutes ces raisons entraînent de la peur chez elles. Aussi, une femme s'oppose rarement à la volonté de son mari. Ces pratiques sont spécifiques à certaines localités de Djibo notamment chez les populations Peul » (gestionnaire #4).

Le mode de vie

Le mode de vie des populations « Peul » et « Bella » caractérisé par le nomadisme est un obstacle aux accouchements dans les centres de santé selon les agents de santé.

« C'est une population purement nomade. Si vous arrivez actuellement à Naya [nom fictif d'un village] vous allez constater que toute la population s'est déplacée. Cette zone frontalière au Mali est habitée par des populations d'appartenance Peul Bella. Ces populations se déplacent n'importe quand et n'importe comment là-bas » (infirmier #4).
« Le nomadisme pratiqué dans certaines parties du district est un obstacle à l'utilisation des services de santé » (gestionnaire #5).

L'organisation sociale

Les répondants voient dans l'organisation sociale des groupes ethniques une explication. Certains sont décrits comme ayant une organisation hiérarchisée dans laquelle le chef a une autorité importante sur sa population, tandis que d'autres auraient une organisation sociale où le chef a un pouvoir décisionnel plus faible. Ces groupes seraient structurés selon le modèle de société « acéphale ». Ainsi, ce type d'organisation sociale ne faciliterait pas le passage de l'information sanitaire. Dans les propos qui suivent, le répondant compare les groupes ethniques pour en faire ressortir des différences. Ils sont opposés en fonction de leur organisation sociale et de leur conséquence sur la transmission des informations sanitaires.

« Dans les villages où la population est d'appartenance ethnique Mossi, il suffit de convaincre le chef du village de l'importance des accouchements dans les centres de santé. Mais dans les autres villages où la population est Peul, le problème des accouchements à domicile pose toujours problème car il n'y pas de chef » (infirmier #6).

Résistance au changement

Les répondants décrivent des groupes ethniques en fonction de leur résistance au changement de pratique sanitaire. Ainsi, certains groupes ethniques continueraient à accoucher à domicile malgré la mise en œuvre de la politique SONU.

« Ça dépend aussi de la mentalité de la population puisque ce ne sont pas les mêmes ethnies qui résident dans la région. Il y a des ethnies qui sont toujours réfractaires au changement. C'est difficile de les amener à changer de comportement » (infirmier #2). « Le Peul ! Il n'aime pas le développement » (infirmier #7). « Ceux sont des gens qui sont un peu reculés, mentalement » (accoucheuse #1).

DISCUSSION

Les « représentations ethnoculturelles » au service des pratiques sanitaires

Pour expliquer l'absence d'effet de la subvention SONU sur le taux des accouchements assistés dans certains centres de santé, les répondants font appel à un ensemble de représentations identifiant la population sur une base ethnique et la caractérisant culturellement. Ces représentations découlent d'un pouvoir pouvant être qualifié de *culturalisme*, bien connu des sciences sociales^{16,19,21}. En effet, selon Fassin (2001)¹⁹, la posture culturaliste consiste à expliquer les comportements sanitaires à partir de facteurs dits culturels. Ces facteurs tendent à occuper une place prépondérante, non seulement dans l'explication des échecs des programmes, mais aussi pour comprendre le comportement sanitaire des populations¹⁹.

Toutefois, cette perspective contraint la compréhension des phénomènes sanitaires car elle ne permet pas d'avoir « une lecture interactionnelle du phénomène sanitaire »¹⁹. Or, les programmes engagent des rapports entre les acteurs du système de santé et leurs bénéficiaires. Ainsi, dans le cadre de cette étude, les agents de santé de Djibo analysent la politique de la subvention SONU à sens unique. Autrement dit, c'est la culture des « Autres » (Peul, Songhaï, Bella et Dogon) qui devient préjudiciable. L'« Autre » est différent du « Nous » qui devient, par sa manière de faire qui lui serait propre, la cause du problème^{19,21}.

Les utilisatrices Peul, Songhaï, Bella et Dogon des services de santé – l'« Autre » – sont alors stigmatisées et blâmées, ce qui n'est pas nouveau en santé maternelle^{2,33,34}. Dans ces études, les professionnels de la santé mettent en évidence « l'ignorance », « l'illettrisme » ou encore l'attachement des populations à des pratiques culturelles traditionnelles pour expliquer les disparités sur les indicateurs d'utilisation des services de santé^{6,9,22}.

Spécificités culturelles ou défaillances du système de santé?

Les registres de la pudeur et de la discrétion sont mentionnés par les agents de santé comme « traits culturels » pour analyser la santé reproductive des « Autres »¹⁹. Au Burkina Faso, les centres de santé publics sont loin d'offrir l'intimité adéquate, or cette préservation est-elle à voir comme un particularisme culturel? Il en est de même pour l'argument du retour des femmes dans leur village natal pour accoucher. Pourquoi interpréter ce besoin comme une « résistance culturelle »? Ne s'agit-il pas simplement d'un désir des femmes d'avoir une présence féminine à leur côté puisque le système de santé ne permet pas aux membres féminins de la famille d'entrer dans la salle d'accouchement^{35,36}. Ce besoin n'est pas seulement présent chez les populations Peul, mais partout au monde³⁷. L'invocation de la pudeur, de l'intimité, le retour au village natal ne devraient pas être considérés comme des « obstacles culturels »,

mais comme une inadéquation du système de santé qui n'est pas en mesure d'offrir des prestations basées sur les attentes et les préférences des femmes³⁷.

En outre, le faible pouvoir décisionnel des femmes pour recourir aux services de santé est un frein à l'utilisation des services de santé maternelle³⁸. Toutefois, cette norme sociale n'est pas spécifique aux populations Peul, elle est présente dans de nombreuses autres sociétés³⁸. Cette lecture culturaliste destitue les femmes de la région du Sahel de leur universalité et les enferme dans un particularisme culturel réducteur.

Enfin, en raison des changements climatiques entraînant la désertification dans la région du Sahel, la pratique du nomadisme a drastiquement changé³⁹. Ce n'est plus toute l'unité familiale qui se déplace mais seulement deux ou trois hommes³⁹. Certaines populations Peul ont totalement suspendu la transhumance, ils ont été contraints de diversifier leurs activités économiques en pratiquant l'agriculture. D'autres encore ont migré vers le sud du pays, certains de manière définitive, et d'autres pour chercher des emplois saisonniers ou dans les mines d'or⁴⁰. Ainsi, la référence au nomadisme comme facteur culturel cloisonne les populations Peul dans une intemporalité et renforce le discours culturaliste des agents et des gestionnaires de santé.

Au regard de ces éléments, il apparaît que les représentations ethnoculturelles ne peuvent à elles seules expliquer l'absence d'effet de la subvention SONU sur le taux d'accouchements assistés. D'autres facteurs semblent plus déterminants pour comprendre les disparités observées. En effet, dans un autre article, nous avons examiné la perception des populations pour comprendre cette absence d'effet. Les populations ont identifié des facteurs liés à la qualité des soins tels que les paiements informels, l'indisponibilité des agents sur les sites sanitaires et leurs attitudes hostiles à l'égard des populations¹. Par ailleurs, cette faible qualité des soins semble être un obstacle persistant à l'utilisation des services de santé maternelle dans les pays à faible et moyen revenu et notamment en Afrique^{41,42}, tout comme l'accessibilité économique et géographique^{43,44}.

Comme toute recherche qualitative fondée sur une immersion sur le terrain, le biais de désirabilité sociale est présent²⁷. Pour le limiter, le statut de chercheur était constamment rappelé aux participants tout en soulignant son indépendance à toute organisation politique. La force de cette étude réside dans l'utilisation de l'approche inductive et l'immersion à long terme dans le contexte social de l'étude. Un atelier de restitution des résultats à des fins de validation a été réalisé auprès de tous les agents de santé et les gestionnaires du district. Au départ de cette recherche, l'analyse des représentations ethnoculturelles n'était pas prévue. Toutefois, son importance révélée par le terrain a justifié notre intérêt de produire cette analyse.

CONCLUSION

L'étude s'est interrogée sur la façon dont des agents et des gestionnaires de santé utilisent et interprètent les représentations ethnoculturelles pour expliquer le recours aux soins des femmes enceintes. C'est l'usage excessif des représentations ethnoculturelles empreintes de culturalisme dans la problématique de l'accès aux soins qui est remis en question.

Ces représentations sont souvent présentes dans les pratiques de la santé publique. Toutefois, leur déconstruction demeure rare.

Pour comprendre le succès ou l'échec des politiques sanitaires, il demeure important de considérer la qualité du contact avec le système de santé, les facteurs structurels notamment les capacités des ménages à faire face aux dépenses et des distances vers les centres de santé. Ces éléments permettraient de mieux comprendre les disparités constatées à l'égard des indicateurs d'utilisation des services de santé. Cela pourrait contribuer à renforcer l'équité de l'accès aux soins.

RÉFÉRENCES

1. Belaid L, Ridde V. Contextual factors as a key to understanding the heterogeneity of effects of a maternal health policy in Burkina Faso? *Health Policy Plan* 2015;30(3):309–21. doi: 10.1093/heapol/czu012.
2. Adongo P, Phillips J, Kajihara B, Fayorsey C, Debpuur C, Binka F. Cultural factors constraining the introduction of family planning among the Kassena-Nankana of Northern Ghana. *Soc Sci Med* 1997;45:1789–804. PMID: 9447629. doi: 10.1016/S0277-9536(97)00110-X.
3. Some T, Sombie I, Meda N. Women's perceptions of homebirths in two rural medical districts in Burkina Faso: A qualitative study. *Reprod Health* 2011; 8:1–7. doi: 10.1186/1742-4755-8-3.
4. Magadi M, Diamond I, Rodrigues R. The determinants of delivery care in Kenya. *Soc Biol* 2000;47:164–88. PMID: 12055693.
5. Babalola S, Adesegun F. Determinants of use of maternal health services in Nigeria – Looking beyond individual and household factors. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009;9:1–13. doi: 10.1186/1471-2393-9-43.
6. Sauvegrain P. La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins. *Rev Eur Migr Int* 2012;28: 81–100. doi: 10.4000/remi.5902.
7. Cloos P. The racialization of U.S. Public Health: A paradox of the modern state. *Cult Stud Crit Methodol* 2015;15:379–86. doi: 10.1177/1532708615611719.
8. Sorensen BL, Nielsen B, Rash V, Elsass P. User and provider perspectives on emergency obstetric care in a Tanzanian rural setting: A qualitative analysis of the three delays model in a field study. *Afr J Reprod Health* 2011;15:117–30. PMID: 22590898.
9. Nacu A. À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes. *Sociol Trav* 2011; 53:109–30. doi: 10.1016/j.soctra.2010.12.003.
10. Sauvegrain P. La mère « africaine » en suites de couches, analyse d'une figure sociale. *Rev Sage-Femme* 2013;12:191–95. doi: 10.1016/j.sagf.2013.03.004.
11. INSD. *Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDSBF-MICS IV) 2010*. Ouagadougou, Burkina Faso : Institut national de la statistique et de la démographie (INSD), 2012.
12. Ridde V, Richard F, Bicaba A, Queuille L, Conombo G. The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso. *Health Policy Plan* 2011;26:ii30–40. PMID: 22027917. doi: 10.1093/heapol/czr060.
13. Perkins M, Brazier E, Themmen E, Bassane B, Diallo D, Mutunga A, et al. Out-of-pocket costs for facility-based maternity care in three African countries. *Health Policy Plan* 2009;24:289–300. PMID: 19346273. doi: 10.1093/heapol/czp013.
14. Fassin D. Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé. *Anthropol Soc* 2000;24:95–116. doi: 10.7202/015638ar.
15. Cloos P. La racialisation, entre pouvoirs et savoirs : une lecture postcoloniale de la santé publique comme pratique discursive. *Aporia* 2010;2:41–48.
16. Cognet M. Au nom de la culture : le recours à la culture dans la santé. Dans : Cognet M, Montgomery C (Éds.), *Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*. Québec (Québec) : Les Presses de l'Université Laval, 2007; 39–59.
17. Cognet M. Quand l'ethnicité colore les relations à l'hôpital. *Hommes Migr* 2001;1233:101–7.
18. Cognet M. Quand l'infirmière est noire. Les soins et services de santé dans un contexte raciste. *Face à Face* 2004;6:1–12.
19. Fassin D. Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique du sens commun. In: Dozon JP, Fassin D (Eds.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris, France : Éditions Balland, 2001; 181–208.
20. Dozon J. Le Sida en Afrique Subsaharienne : Problème culturel ou problème de politique publique? Dans : Godelier M (Éd.), *Maladie et santé selon les sociétés et les cultures*. Paris, France : Presses Universitaires de France, 2011; 31–52.
21. Olivier de Sardan J-P. Le culturalisme traditionaliste africaniste. Analyse d'une idéologie scientifique. *Cah Etud Afr* 2010;L(2–3–4):419–53.
22. Mulot S. Relations de soin, cultures et inégalités de santé. Les soignants de Guadeloupe face aux migrants haitiens séropositifs. *Terrains Travaux* 2014; 1:39–61.
23. Målqvist M, Thi Phuong Hoa D, Thomsen S. Causes and determinants of inequity in maternal and child health in Vietnam. *BMC Public Health* 2012; 12:641. PMID: 22883138. doi: 10.1186/1471-2458-12-641.

24. Lawson DW, Borgerhoff Mulder M, Ghiselli ME, Ngadaya E, Ngowi B, Mfinanga SG, et al. Ethnicity and child health in northern Tanzania: Maasai pastoralists are disadvantaged compared to neighbouring ethnic groups. *PLoS ONE* 2014;9:e110447. PMID: 25353164. doi: 10.1371/journal.pone.0110447.
25. Ganle JK. Ethnic disparities in utilisation of maternal health care services in Ghana: Evidence from the 2007 Ghana Maternal Health Survey. *Ethn Health* 2015;21:85–101. PMID: 25728254. doi: 10.1080/13557858.2015.1015499.
26. Godelier M. Maladie et santé selon les sociétés et les cultures. Dans : Godelier M (Éd.), *Maladie et santé selon les sociétés et les cultures*. Paris, France : Presses Universitaires de France, 2011; 11–29.
27. Olivier de Sardan JP. *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Ottignies-Louvain-la-Neuve, Belgium : Académia Bruylant, 2008.
28. Pires AP. Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans : Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP (Éds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal (Québec) : Gaetan Morin, 1997; 113–69.
29. Emerson R, Fretz R, Shaw L. *Writing Ethnographic Fieldnotes*, 2nd ed. Chicago, IL: University of Chicago Press, 2011.
30. Belaid L. *Facteurs contextuels dans l'évaluation d'une politique de santé maternelle au Burkina Faso*. Montréal (Québec) : Montréal Faculté de Médecine, École de Santé Publique, Université de Montréal, 2014.
31. Blais M, Martinau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Rech Qual* 2006; 26:1–18.
32. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes. Dans : Paillé P, Mucchielli A (Éds.), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, France : Armand Collin, 2008; 234–74.
33. Kyomuhendo GB. Low use of rural maternity services in Uganda: Impact of women's status, traditional beliefs and limited resources. *Reprod Health Matters* 2003;11:16–26. PMID: 12800700. doi: 10.1016/S0968-8080(03)02176-1.
34. Hill J, Hoyt J, van Eijk AM, D'Mello-Guyett L, Ter Kuile FO, Steketee R, et al. Factors affecting the delivery, access, and use of interventions to prevent malaria in pregnancy in Sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2013;10:e1001488. PMID: 23935459. doi: 10.1371/journal.pmed.1001488.
35. Kwambai TK, Dellicour S, Desai M, Ameh CA, Person B, Achieng F, et al. Perspectives of men on antenatal and delivery care service utilisation in rural western Kenya: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13:134. PMID: 23800139. doi: 10.1186/1471-2393-13-134.
36. Roro M, Hassen E, Lemma A, Gebreyesus S, Afework M. Why do women not deliver in health facilities: A qualitative study of the community perspectives in south central Ethiopia? *BMC Res Notes* 2014;7:556. doi: 10.1186/1756-0500-7-556.
37. Beninguisse G, Nikiéma B, Fournier P, Haddad S. L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique. *Afr Popul Stud* 2004;19(Suppl B):244–66.
38. Gabrysch S, Campbell OM. Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009;9:1–18. doi: 10.1186/1471-2393-9-34.
39. Hampshire K. Flexibility in domestic organization and seasonal migration among the Fulani of Northern Burkina Faso. *Africa* 2006;76:402–26. doi: 10.3366/afr.2006.0044.
40. Hampshire K, Randall S. Pastoralists, agropastoralists and migrants: Interactions between fertility and mobility in northern Burkina Faso. *Popul Stud* 2000;54:247–61. PMID: 11640212. doi: 10.1080/713779098.
41. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Med* 2015;12:e1001847. PMID: 26126110. doi: 10.1371/journal.pmed.1001847.
42. Exley J, Pitchforth E, Okeke E, Glick P, Abubakar IS, Chari A, et al. Persistent barriers to care; a qualitative study to understand women's experiences in areas served by the midwives service scheme in Nigeria. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16:232. PMID: 27538806. doi: 10.1186/s12884-016-1026-5.
43. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: A qualitative evidence synthesis. *Reprod Health* 2014;11:71. PMID: 25238684. doi: 10.1186/1742-4755-11-71.
44. Ruktanonchai CW, Ruktanonchai NW, Nove A, Lopes S, Pezzulo C, Bosco C, et al. Correction: Equality in maternal and newborn health: Modelling geographic disparities in utilisation of care in five east African countries. *PLoS ONE* 2016;11:e0164519. PMID: 27711195. doi: 10.1371/journal.pone.0164519.

Received: April 6, 2016

Accepted: November 12, 2016

ABSTRACT

OBJECTIVES: This study aims to describe how health professionals and managers put forward ethnocultural arguments to explain the partial failure of a maternal health policy and to discuss the potential impact of such ethnocultural representations on access to care.

METHODS: This was a qualitative research socio-anthropologic in nature, making use of several methods of data collection, including in-depth interviews, informal discussions, non-participant observations conducted in health facilities, and a documentary analysis. In-depth interviews were conducted with 16 health professionals and 10 health district managers. Interviews were recorded and transcribed. The study took place in Djibo district, Burkina Faso.

RESULTS: Ethnic identification, cultural practices related to childbirth (modesty, discretion, presence of women at the birth), the social status of women (low decision-making power), nomadism and social organization of population groups and their resistance to change are erected as “cultural barriers” to the maternal health policy. The widespread use of these representations by health professionals and managers contributes to the stereotyping and blaming of some social groups while hiding the structural factors that in fact have a greater influence on the use of maternal health services.

CONCLUSION: This article highlights the danger of the excessive use of ethnocultural representations based on culturalistic ideology in public health policies in conveying stereotypes of certain groups. Thus, to understand the success or the failure of health policies, it remains important to consider the quality of contact between communities and the health system; structural factors, including the capacity of households to meet the expenses of health care; and distances between villages and health centres. These elements would contribute to a better understanding of the disparities uncovered with regard to the use of health services indicators.

KEY WORDS: Burkina Faso; ethnocultural representations; maternal health; health providers; health policies