

ETUDE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE DES PRISES EN CHARGE FAMILIALES ET PROFESSIONNELLES DES NOUVEAU-NES AU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE DEDOUGOU

BURKINA FASO

Marie-Thérèse Arcens Somé
Sociologue urbaine, PhD
Institut des Sciences des Sociétés

Contexte et justification

Grâce à de nombreuses actions de santé publique – et notamment les vaccinations - la mortalité infantile a régressé, en pourcentage, depuis 1990 d'environ 50% en Afrique de l'ouest (OMS, 2011). En revanche, la mortalité néonatale, reste malheureusement stable et représente 35% de la mortalité infantile. Les causes de cette mortalité néonatale sont diverses : Une part est représentée par les effets des accouchements « prématurés » et les difficultés d'établir un âge gestationnel de manière précise. Une autre partie de ces décès s'explique par les conditions d'accouchement. D'autres décès proviennent d'infections néonatales, liées notamment aux soins accordés au cordon, ou d'affections congénitales. Enfin des nouveau-nés décèdent pour des raisons liées à leur prise en charge « immédiate » : détresse respiratoire, tétanos néonatal, pneumonie... (UNICEF, 2012)

Les moments du décès sont eux aussi spécifiques : 40% des décès surviennent le jour de la naissance et l'importance de la « golden minute » est essentielle ; 35 % dans les 7 premiers jours qui suivent la naissance. 75% des décès se déroulent dans les 7 premiers jours de vie du nouveau-né (UNICEF, 2012).

Diverses actions ont été mises en œuvre afin d'améliorer cette situation sanitaire et tout un ensemble de programmes de santé publique concernent le nouveau-né. Il s'agit de programmes relatifs à l'hygiène de l'eau, du corps et des aliments, la lutte contre les maladies diarrhéiques ou l'usage des moustiquaires pour lutter contre le paludisme.

Des programmes spécifiques visant les premières minutes de vie sont destinés aux personnels de santé concernés. Aussi, des « programmes Kangourou » visent à pallier les insuffisances et inadaptations des usages des « couveuses » dans les unités de néonatalogie et à favoriser le contact peau à peau de la mère et de son enfant. Des informations quant à la « tété immédiate » sont également diffusées aux mères (UNICEF, 2012).

Si l'on souhaite en améliorer l'efficacité, il importe d'observer les différentes manières dont les prises en charges, autant familiales que professionnelles, prennent place dans un ensemble de pratiques sociales et d'habitudes comportementales.

La région de la Boucle du Mouhoun a été identifiée pour réaliser une enquête sur les causes principales de la mortalité néonatale élevée au Burkina Faso.

Choix de la région de la Boucle du Mouhoun

En 2015 La région du Sahel a notifié 80 décès maternels, nombre le plus élevés des 13 régions. Vient ensuite la région de la Boucle du Mouhoun avec 78 décès maternels, puis la région de l'Est avec 70 décès maternels¹. La période où il y a le plus de décès maternels concerne celle de la soudure, entre mai et juillet. La région de la Boucle du Mouhoun a enregistré en 2015, 159 décès néonataux, venant en 4^e position après La région du Centre (830), la région de l'Est (243) et la région des Cascades (166).

De par sa position géographique particulière qui fait de cette région un territoire bien arrosé par le fleuve Mouhoun et ses affluents, la région concentre plusieurs groupes culturels qui conservent leurs traditions malgré l'influence de plus en plus forte des religions musulmane et chrétienne sur les comportements et les pratiques de vie. L'observation des pratiques montre que les familles vivant en milieu urbain comme à Dédougou ou à Tougan, sont moins ancrées sur certaines traditions qui vont à l'encontre des pratiques d'hygiène et de santé prescrites par le personnel soignant.

Les groupes culturels principaux sont les Bwas, les Samos, les Markas, les Dafings, les Peulhs, communautés que l'on retrouve également au Mali. On y trouve aujourd'hui d'autres groupes comme les Mossis et les Bobo. Dédougou est une commune urbaine et le chef-lieu de la région de la Boucle du Mouhoun et de la province du Mouhoun et compte plus de cent mille habitants.

Objectif de l'étude

Montrer comment les interférences des propositions médicales et techniques dans les dimensions sociales, cognitives et économiques des familles, construisent des vulnérabilités spécifiques pour les nouveau-nés.

Méthode et matériaux

L'échantillonnage s'est effectué à partir d'un choix raisonné, d'abord pour l'identification de la région, pour présenter les causes réelles de décès néonataux sur lesquels l'accent doit être mis par l'administration.

L'enquête a été effectuée de juillet à septembre 2016 dans trois formations sanitaires de la ville de Dédougou. Il s'agit du Centre Hospitalier régional (CHR), du Centre Médical Urbain (CMU) et du Centre de Soins et de Promotion Sociale (CSPS) communal. Elle a concerné des femmes de statut différents, fonctionnaires, agricultrices ou commerçantes.

Cinquante (50) entretiens ont été réalisés avec des soignants, des administrateurs hospitaliers, des tradi thérapeutes, des parturientes et de membres des familles, dans le cadre d'un projet de recherche ENSPEDIA².

Une dizaine de familles a accepté de recevoir les enquêteurs à domicile pour mener des observations directes sur l'environnement et les pratiques familiales. La majorité des femmes

¹ Surveillance hebdomadaire des décès maternels, néonataux et riposte au Burkina Faso. Rapport annuel 2015 (Ministère de la Santé).

² ENSPEDIA est un programme de recherche-action sur la mère et l'enfant. Le programme s'est déroulé actuellement dans 8 pays de l'Afrique de l'Ouest et du centre et est coordonné par la Pr Yannick Jaffré, Anthropologue de la santé, directeur de recherche à l'EHESS Marseille.

qui a accouché au CHR au moment de l'enquête ont fait l'objet d'évacuation par ambulance ou de référence. Par contre dans les deux autres formations sanitaires qui sont situées en périphérie de la ville de Dédougou, les parturientes provenaient de la ville de Dédougou ou de villages du département de Dédougou. Certaines de ces parturientes ont ensuite été référées au CHR suite à des complications à l'accouchement.

Les références provenaient de villages éloignés de 10 à 40 km du CHR. L'évacuation se faisait sur des pistes rurales, pendant la saison des pluies.

Résultats et discussion

Les femmes qui accouchent au CHR de Dédougou y accèdent souvent par référence ou évacuation³. Le CHR est le seul centre hospitalier dans la région de la boucle du Mouhoun où il est possible d'assurer des soins obstétricaux néonataux d'urgence. La maternité de l'hôpital compte une trentaine de soignants⁴ de diverses catégories, capables d'assurer techniquement les accouchements, et prendre en charge les difficultés qui peuvent survenir. Le CHR compte également un service d'échographie, de chirurgie obstétricale et de néonatalogie, qui comportent les équipements nécessaires pour faire face aux urgences. Le CMU (Centre Médical Urbain) de Dédougou compte huit (8) sage-femmes, vingt-trois (23) accoucheuses et une (1) attachée de santé.

Au CHR de Dédougou et dans les maternités alentours, les maladies les plus courantes sont les infections néonatales précoces ou tardives, les souffrances cérébrales néonatales, les cas de prématurités souvent avec complication et parfois des cas de malformations congénitales⁵. La région de la Boucle du Mouhoun dont le chef-lieu est Dédougou fait partie des trois (3) régions au Burkina Faso qui ont le taux de mortalité néonatale les plus élevés (Sahel, Boucle du Mouhoun, Est)⁶.

Selon le médecin pédiatre, certaines communautés de la région de la Boucle du Mouhoun rejettent le colostrum à la naissance du bébé alors que ce premier lait permet de juguler les hypoglycémies. Également, Il y a encore de nombreux nouveau-nés qui sont purgés et gavés durant leurs premiers jours de vie et selon le médecin pédiatre, ce sont ces réalités qui compromettent l'état nutritionnel des nouveau-nés et des nourrissons.

« Le problème que nous rencontrons par rapport aux coutumes est surtout l'allaitement exclusif du bébé pendant six (6) mois, les femmes ne sont pas toujours d'accord parce que selon elles quand un bébé naît il faut le laver avec des tisanes (écorces des arbres) et que c'est anormal que le bébé fasse six (6) mois sans boire de l'eau. Souvent sur le champ même nous voyons des femmes qui donnent à boire au bébé soi-disant que si un bébé naît il faut lui dire « bonne arrivée » avec de l'eau »⁷.

Lors des entretiens avec les parturientes ou leur famille, ces derniers ont majoritairement rejeté l'idée de rites traditionnels sur les nouveau-nés. L'utilisation de tisanes et de décoctions sur un

³ Entretien avec le directeur général du CHR en août 2016

⁴ Entretiens avec le pédiatre et le gynécologue obstétricien du CHR de Dédougou en juillet et août 2016

⁵ Entretien avec le médecin pédiatre responsable du service de néonatalogie en juillet 2016 au CHR de Dédougou. Ce service a été ouvert en avril 2016.

⁶ Ministère de la Santé, Surveillance hebdomadaire des décès maternels, néonataux et riposte au Burkina Faso, rapport annuel 2015, Mars 2016.

⁷ Entretien avec le médecin pédiatre obtenu en août 2016

nouveau-né ne relève pas selon leur compréhension et les discussions que nous avons eues, de rites traditionnels mais plutôt d'entretien du nouveau-né. Il y a comme un malentendu à propos du sens de la notion de rites traditionnels. Les seuls actes sur les nouveau-nés que de nombreuses familles acceptent d'identifier comme rites sont ceux religieux, notamment relevant de la religion islamique. Celle-ci exige qu'au septième jour de la naissance, le nouveau-né ait le crâne rasé. Il y a aussi des rites traditionnels religieux (traditionnels et musulmans) sur lesquels les familles ne s'appesantissent pas et qui se déroulent au 7^e jour. Ainsi, l'utilisation de tisanes, décoctions, sont pour beaucoup de personnes, non pas des rites mais des pratiques d'entretien du nouveau-né, relevant de la culture africaine.

La responsable des soins néonataux au CHR mentionne l'idée difficile à accepter par les femmes rurales de ne pas donner d'eau au nouveau-né, à cause de la forte chaleur qui sévit au Burkina Faso, atteignant en avril, 45 degrés. Cette résistance au changement est en lien non pas avec la tradition mais plutôt le raisonnement des femmes. Cependant, le discours effleure un aspect de la coutume qui voudrait que l'on salue un étranger en lui donnant à boire de l'eau.

Concernant l'allaitement maternel exclusif, les soignants disent qu'ils informent les parturientes, dès qu'elles ont accouchées. Cependant, les observations directes au cours de l'enquête ont montré que les sage-femmes en parlent pendant que la parturiente se remet physiquement et psychologiquement de l'accouchement, sur le lit étroit de la maternité. Elle n'a pas vu son bébé qui est pris en charge et remis à la famille qui attend à l'extérieur. A aucun moment il ne lui est expliqué comment tenir le nouveau-né pour l'allaitement. A cet effet, une étude a été menée par des stagiaires françaises en milieu hospitalier burkinabè⁸ qui a montré les mêmes pratiques dans un CMA⁹ de Ouagadougou. Les soignants à Dédougou ont affirmé, comme dans l'étude des stagiaires, que la disposition des lits dans la salle d'accouchement et le nombre important d'accouchements, ne leur permettaient pas de déposer le nouveau-né sur la maman pour commencer l'allaitement et faire bénéficier au nouveau-né du colostrum. Ainsi, les parturientes n'obtiennent aucune formation à la technique d'allaitement, aucune explication sur le pourquoi de l'allaitement exclusif, et ce que cela consistait à faire ou à ne pas faire, selon le contexte familial et traditionnel dans lequel elles vivent.

Des guérisseurs traditionnels sont installés autour des maternités et du CHR et sont très fréquentés par les femmes. Ces derniers ne doutent aucunement de l'efficacité de leur médecine qu'elle soit pour un nouveau-né, un enfant ou un adulte. Ils estiment tous qu'il est naturel que l'allaitement maternel soit accompagné de décoctions et de tisanes pour renforcer la santé de la mère et de l'enfant. Certains guérisseurs, comme Dao¹⁰ collaborent avec les médecins du CHR et demandent aux mères d'emmener le bébé en visite médicale avant qu'ils puissent intervenir. Ainsi, la guérisseuse Dao dit :

« Je pense qu'il faut amener rapidement les bébés en consultation pour une prise en charge à l'hôpital. Ensuite elles (mamans) peuvent venir chez moi pour autre chose ».

Cette autre chose peut être l'entretien du nouveau-né avec des décoctions. Elle ajoute :

⁸ Sandrine Mariaux -Anne Perrin-Magali Rufenacht-Lisa Stojan, 2008, « Prise en charge des femmes parturientes », 08_r_obst_burkina.pdf.

⁹ Centre Médical avec Antenne chirurgicale

¹⁰ Nom d'emprunt

« Il n'y a pas interférence. Le blanc possède les moyens pour fabriquer les sirops et les comprimés et nous utilisons les plantes. Donc des deux côtés l'essentiel c'est de bien suivre les consignes données pour administrer les produits ¹¹».

Une accompagnatrice, belle-mère d'une parturiente donne également son avis : « Il n'y a pas de rites à faire...Si nous rentrons, on va chercher les feuilles d'un arbre, pour les bouillir...La veille du baptême, nous cherchons les branches du « Pusga » (tamarinier) qu'on fait bouillir pour laver le bébé et le faire boire ainsi que sa maman... Nous enlevons l'écorche du « kamsan-ongo ». Pour d'autres personnes c'est l'écorce du « kankang peelga » plus une autre plante appelée « pod-roollogo » que tu fais bouillir pour laver, purger et gaver le nouveau-né. Comme ça il restera toujours en bonne santé...Comme nous utilisons les plantes et les écorces pour le gaver et le purger, à 3 mois il est en pleine forme et on lui apprend à s'asseoir et au bout de 4 à 5 mois il peut s'asseoir seul ».

La belle-mère ne parle pas de rites mais d'entretien du nouveau-né et de prise en charge de la parturiente. Par contre concernant le colostrum, l'information semble bien être acceptée par les familles et les parturientes qui ont participé à l'enquête. De plus en plus de femmes déclarent accepter de donner le colostrum au nouveau-né car les sage-femmes leur ont expliqué son utilité pour la santé du bébé.

La recommandation sur l'allaitement maternel exclusif est entendue et comprise mais elle ne s'accommode pas avec les habitudes culturelles et les préférences de familles à s'occuper du nouveau-né selon les pratiques et savoirs ancestraux. Les populations ont une foi solidement ancrée sur les bienfaits des plantes et de la pharmacopée africaine.

Ainsi, l'observation directe menée au sein de la maternité pendant les accouchements montre que la communication entre les sage-femmes et les parturientes est généralement à sens unique et consiste à faire passer les recommandations de l'OMS. Les parturientes ne posent aucune question et acquiescent quand la sage-femme fait une recommandation.

Conclusion

De plus en plus de familles, surtout celles urbaines, périurbaines et originaires de villages proches des CSPS ont été sensibilisées pour l'utilisation du colostrum. Les purges diminuent également et ne sont plus systématiques, mais les gavages restent encore des pratiques fréquentes, surtout pendant le bain du nouveau-né. Les massages vigoureux de l'enfant au beurre de karité et à l'eau chaude sont également des pratiques courantes qui peuvent s'avérer néfastes surtout pour des prématurés.

¹¹ Entretien en août 2016 avec la Guérisseuse Dao, 50 ans, mère de 4 enfants.

Bibliographie

Direction de la Santé et de la famille, « Surveillance hebdomadaire des décès maternels, néonataux et riposte au Burkina Faso. Rapport annuel 2015 ». Ministère de la santé, Mars 2016, 15 p.

Gélard Marie-Luce, « De la naissance au septième jour » Rituels féminins et temps suspendu (tribu berbérophone du Sud-Est marocain), *Ethnologie française*, 2003/1 Vol. 33, p. 131-139.

Gray A Wakamb Kanteng, Toni Kasole Lubala, Augustin Mulangu Mutombo, Gayllord Nkashama Mutoke, Aubin Ndjadi Kasongo, Stanis Okitotsho Wembonyama, et Oscar Numbi Luboya, « Perception de l'allaitement maternel et de la diversification alimentaire dans une zone urbaine congolaise /Perception of breastfeeding and complementary feeding in a Congolese urban area », *Pan Afr Med J.* 2014; Publication en ligne 2014 nov. 28. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4405067>

OMS, 2011. Allaitement maternel exclusif, http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/fr/

Sandrine MARIAUX, Anne PERRIN, Magali RUFENACHT, Lisa STOJAN, 2008, « Prise en charge des femmes parturientes, mai-juin 2008, Burkina Faso, Mise en ligne, 08_r_obst_burkina.pdf

UNICEF, Rapport initial de situation de la santé maternelle néonatale et infantile (SMNI) dans le cadre des fonds Français MUSKOKA au Burkina Faso., Rapport final, 2012, 52 p.

Tougma Alix Rosemonde Wend-Bénédo, Accessibilité aux soins, environnement de vie et expérience de l'allaitement maternel sécurisé des femmes séropositives au Burkina Faso : cas de la région du Centre, Sous la direction de Mr Bonnet Emmanuel et la co direction de Mme Nikiema/Meunier Aude. Mémoire de Master Professionnel en Système d'Information Géographique, Option : Aménagement du territoire. Année Académique 2014-2015, Université de Ouagadougou, Département de géographie, 114 p.