

**Actes du 4<sup>e</sup> colloque étudiant en  
développement international**  
*Perspectives multidisciplinaires  
sur le développement*



**5 février 2015**  
Université Laval

*Partenaires du 4<sup>e</sup> colloque étudiant en développement international :*

NAVTI  
FONDATION  
CANADA



ORGANISME  
DE COOPÉRATION  
INTERNATIONALE  
*Sans*



HAUTES ÉTUDES  
INTERNATIONALES



La Chaire en développement international de l'Université Laval contribue à la **formation** et à la **recherche appliquée**, ainsi qu'à la **communication** et à l'**échange** d'idées dans le domaine du développement international, tout en favorisant l'**interdisciplinarité**.

Chaire en développement international  
Local 3240B, Pavillon Paul-Comtois  
Université Laval, Québec  
(Québec) Canada  
G1V 0A6  
tel: 1 418 656 2131 poste 8746  
@: [chairedi@fsaa.ulaval.ca](mailto:chairedi@fsaa.ulaval.ca)  
[www.chairedi.fsaa.ulaval.ca](http://www.chairedi.fsaa.ulaval.ca)

### **Comité scientifique**

Sophie Brière, professeure, *Faculté des sciences de l'administration*, Université Laval

Shelley-Rose Hyppolite, professeure, *Faculté de médecine*, Université Laval

Patrick Mundler, professeur, *Faculté des sciences de l'agriculture et de l'alimentation*,  
Université Laval

### **Comité organisateur**

Geneviève Bédard, Faculté des sciences de l'administration, Université Laval

Andréanne Lavoie, Chaire en développement international, Université Laval

Les articles publiés n'engagent que leurs auteurs respectifs. La Chaire en développement international ainsi que le comité scientifique du 4<sup>e</sup> colloque en développement international ne sont pas responsables de la qualité scientifique et littéraire des textes.

## SOMMAIRE

<b>La formation continue des enseignants en Haïti rurale : les défis du changement de pratiques pédagogiques</b>	<b>1</b>
Catherine CYR WRIGHT	1
<b>Le recours tardif aux services de soins prénatals dans la commune rurale de Kokologho : entre vécu et perception de la grossesse</b>	<b>13</b>
Marietou NIANG, Sophie DUPÉREÉ et Emmanuelle BÉDARD	13
<b>Être bénéficiaire et acteur pour mieux réussir les projets de nutrition/santé : les femmes de Vélingara-Sénégal, un exemple plein d'espoir</b>	
Ndeye THIAB DIOUF et Louise HAMELIN BRABANT	

---

<sup>i</sup> Le contenu de cet article n'engage que ses auteurs.

<sup>ii</sup> Le contenu de cet article n'engage que son auteur.

<sup>iii</sup> On appelle « normaliens » les gens ayant suivi une formation d'instituteur à l'École normale.

<sup>iv</sup> En Haïti, la quatrième secondaire équivaut à la deuxième année du secondaire dans le système éducatif

## La formation continue des enseignants en Haïti rurale : les défis du changement de pratiques pédagogiques<sup>ii</sup>

Catherine CYR WRIGHT<sup>1</sup>

<sup>1</sup>étudiante à la maîtrise en technologie éducative, Université Laval, Québec, Canada

### Résumé

En Haïti, énormément d'écoles n'ont pas accès à une formation continue pour leurs enseignantes et enseignants et beaucoup d'entre eux et elles ne possèdent pas de formation initiale. La situation est encore plus critique en milieu rural, moins attirant pour les quelques diplômé-e-s des différentes écoles pédagogiques du pays. La disparité entre les milieux urbain et rural s'en trouve accrue et la qualité de l'enseignement varie grandement d'un établissement à l'autre. En partenariat avec l'organisme *Mouvman Peyizan Lomon* (MPL), un programme de formation continue des enseignants et enseignantes visant l'amélioration des pratiques pédagogiques a été élaboré. Afin de choisir la méthodologie appropriée, une phase d'observation et d'évaluation des besoins des enseignants a été conduite. Lors d'une semaine typique, des activités d'apprentissage étaient réalisées avec les élèves de chaque classe afin d'enseigner, par modelage, différentes pratiques pédagogiques aux enseignants. Ces activités étaient toujours en lien avec le thème de l'atelier de formation hebdomadaire et permettaient aux enseignants de se référer à des exemples connus et de mieux comprendre les notions abordées au cours des ateliers de formation. En parallèle aux activités en classe, plusieurs outils pédagogiques concrets, tels que des activités clés en main et une bibliothèque, ont été conçus pour tous les enseignants. Une rétroaction individuelle était également donnée aux enseignants et enseignantes de façon régulière afin de cibler leurs lacunes et de les aider à améliorer ces dernières. La collecte des résultats a été faite grâce à des séances d'observation, à la moitié et en fin de parcours, à l'aide de grilles d'évaluation détaillées. Nous avons noté que les concepts théoriques abordés lors des ateliers de formation n'ont pas été maîtrisés par les enseignantes et enseignants, alors que les outils concrets ont été plus facilement intégrés dans leurs pratiques. Un accompagnement plus rigoureux des enseignants en classe aurait permis une amélioration plus efficace des pratiques pédagogiques. Ce programme de formation continue, amélioré à la lumière de nos conclusions, pourrait certainement être utilisé par d'autres écoles de pays en voie de développement ayant des besoins similaires et évoluant dans un contexte semblable.

---

*Titulaire d'un baccalauréat en enseignement secondaire, Catherine Cyr Wright est étudiante à la maîtrise en technologie éducative à l'Université Laval. Depuis 2011, elle s'implique activement avec Ingénieurs sans frontières Canada dans le domaine de l'éducation et de la sensibilisation au développement international*

---

---

<sup>ii</sup> Le contenu de cet article n'engage que son auteur.

## Introduction

Le 12 janvier 2015 marquait le cinquième anniversaire du tremblement de terre dévastateur ayant secoué le sud d'Haïti, dont la populeuse capitale du pays, Port-au-Prince, faisant plus de 200 000 morts et des millions de déplacé-e-s (Perspectives Monde, 2014). Ayant déjà traversé de nombreuses catastrophes naturelles, vécu sous occupation américaine au début du XX<sup>e</sup> siècle, puis sous un régime dictatorial durant trois décennies et ayant tenté d'investir autant que possible dans ses infrastructures, son réseau de santé et son système éducatif malgré de lourdes dettes envers la communauté internationale (Pierre, 2010), Haïti a été profondément bouleversé par le tremblement de terre. La complexité de ce que l'on nomme le « défi haïtien » (Célius, 2011, p. 1) n'en a été que décuplée. Depuis, Haïti tente, tant bien que mal et avec l'aide de la communauté internationale, de se reconstruire. Parmi les priorités de la reconstruction figure celle de l'amélioration du système éducatif et de l'accès à l'éducation gratuite pour tous.

Or, le système éducatif haïtien présentait d'importantes lacunes bien avant que le tremblement de terre n'ébranle profondément le pays et n'alourdisse le travail du ministère de l'Éducation Nationale et des autres organisations non gouvernementales (ONG) travaillant dans le domaine de l'éducation en Haïti. Le travail d'amélioration du système éducatif entamé avant 2010 s'est donc poursuivi au cours des cinq dernières années dans plusieurs sphères du domaine de l'éducation (Pierre, 2010), dont celui de la formation continue, qui est au cœur du projet présenté dans le présent article.

Un partenariat entre trois ONG, soient *Les offices jeunesse internationaux du Québec* (LOJIQ), *Light for All* (LiFA) et *Mouvman Peyizan Lomon* (MPL), a donné naissance en 2013 à un projet de stages à titre de conseillères pédagogiques. C'est dans ce cadre que Juliana Léveillée-Trudel et Catherine Cyr Wright, le deuxième duo de stagiaires à participer au programme, ont développé, à l'automne 2014, un programme de formation continue avec une équipe d'enseignants et d'enseignantes d'une école fondamentale (enseignement primaire) de la communauté rurale de Lhomond. Dans les pages qui suivent sont présentés la problématique, la méthodologie choisie, les résultats du programme, les recommandations pour l'amélioration du projet au cours des années à venir, ainsi que les conclusions qu'il est possible de tirer de ce dernier.

## 1. Problématique

### 1.1 Portrait du système éducatif haïtien : la situation des enseignantes et enseignants

Puisque le projet présenté dans cet article traite d'un programme de formation continue des enseignantes et enseignants, le portrait du système éducatif haïtien qui suit se concentre sur les enseignants et enseignantes des niveaux préscolaire et primaire, leur formation, leurs ressources et leurs pratiques pédagogiques. Ainsi, certains aspects du système éducatif haïtien, bien que tout aussi importants, ne seront pas traités.

Le premier constat pouvant être fait lorsqu'on se penche sur le corps professoral est le manque d'enseignantes et d'enseignants qualifié-e-s, c'est-à-dire ayant suivi une formation dite de « jardinière » (enseignement préscolaire) ou une formation d'instituteur dans une École normale afin d'enseigner au niveau fondamental<sup>iii</sup>. Il est à noter également que « la qualification des enseignants varie en fonction du secteur d'enseignement », soit public ou privé, urbain ou rural (Philippe, 1993). Tous secteurs confondus, « moins de 35 % des enseignants au préscolaire et seulement 14,62 % de ceux qui sont au fondamental ont les profils de compétences académiques et professionnelles requis » (GTEF, 2010). Le niveau de scolarisation des enseignantes et enseignants de niveau fondamental varie d'universitaire (4,83 %) à quatrième secondaire<sup>iv</sup> ou moins (8,52 %). En milieu rural, 16,28 % du corps professoral appartient à cette dernière catégorie (GTEF, 2010). Enfin, bon nombre des enseignants et enseignantes qualifié-e-s sont souvent très âgé-e-s et prendront bientôt leur retraite (Pierre, 2010).

Afin de pallier à ce manque de formation initiale des enseignants et enseignantes, un programme de formation continue devrait être offert à ceux et celles en poste malgré tout. Bien qu'en 2005, le *Programme cadre de formation des agents de l'enseignement fondamental* ait été mis en place par le ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports (Amyot, Plourde, 2006), l'accès à une formation continue de qualité semble encore très restreint. Selon le Groupe de Travail sur l'Éducation et la Formation (GTEF, 2010) :

*au cours des vingt dernières années, il y a eu beaucoup d'argent investi dans la formation des maîtres et des directeurs d'écoles en Haïti sous forme de séminaires, à travers les projets et les programmes financés par la communauté internationale. Le*

<sup>iii</sup> On appelle « normaliens » les gens ayant suivi une formation d'instituteur à l'École normale.

<sup>iv</sup> En Haïti, la quatrième secondaire équivaut à la deuxième année du secondaire dans le système éducatif québécois. Voir le tableau de comparaison complet : <http://www.form.services.micc.gouv.qc.ca/epi/pdf/fr/TC-HAITI.pdf>.

*problème est que ces heures de formation n'ont pas été administrées de façon systématique, suivant un plan bien établi.*

Il y a donc une certaine volonté de la part du gouvernement et de la communauté internationale d'intégrer ce type de programme de formation, mais la structure et le financement font défaut.

En plus de faire face à un manque de qualification du corps enseignant, le système éducatif haïtien est aux prises avec un manque d'enseignantes et d'enseignants. Alors que les besoins de formation sont en ce moment évalués à environ 10 000 nouveaux enseignants, les 84 institutions de pédagogie haïtiennes, « parmi lesquelles douze seulement [ont] un permis officiel délivré par les autorités compétentes » (Azarre, 2014) n'en forment que 450 par année (Pierre, 2010). Cela s'explique entre autres par la faible capacité d'accueil des écoles normales du pays, mais également par le manque d'attrait de la carrière d'enseignant et d'enseignante auprès des finissants du secondaire. De plus, après avoir complété leur formation universitaire, certains jeunes diplômés intègrent « l'enseignement, le temps pour la majorité d'entre eux de trouver quelque chose d'autres (sic) dans leurs domaines de formation » (GTEF, 2010). Ainsi, cela crée un important roulement au sein du corps enseignant et nuit à l'amélioration continue des pratiques pédagogiques de ses membres.

Enfin, on ne peut désormais plus aborder les problématiques d'Haïti sans prendre en considération l'impact du tremblement de terre du 12 janvier 2010. Toujours selon les chiffres du GTEF, « sur le plan humain, l'impact du séisme sur le système éducatif haïtien est également très désastreux. Il est dénombré environ 4 004 élèves morts au sein de leurs établissements préscolaire, fondamental et secondaire, 559 enseignants et 193 membres du personnel administratif » (GTEF, 2010). On comprendra que de telles pertes en vies humaines affaiblissent grandement un système éducatif déjà en manque important de personnel qualifié.

### **1.2 La situation du Centre d'enseignement Toussaint Louverture de Lhomond**

Le Centre d'enseignement Toussaint Louverture de Lhomond (CETLL) est une école communautaire de niveau fondamental (primaire) située dans la petite communauté rurale de Lhomond. Le petit village, situé dans la partie sud-ouest d'Haïti, ne dispose pas d'un accès à l'eau et à l'électricité. L'école, financée par deux organismes non-gouvernementaux (ONG), n'a donc que très peu de ressources matérielles, ce qui restreint énormément les enseignants et

enseignantes du CETLL dans leur travail. De plus, le salaire des enseignants et enseignantes est peu élevé, ce qui ne les incite pas à investir du temps supplémentaire dans la planification des activités d'apprentissage en dehors des heures d'enseignement, qui ne sont pas prévues à leur horaire de travail, comme dans le reste du pays (GTEF, 2010). La majorité d'entre eux et elles ne possède pas de formation initiale et n'a pas non plus accès à un programme de formation continue. Les techniques d'enseignement utilisées sont peu variées, se résumant la plupart du temps à l'enseignement magistral et à la supervision des élèves lors des périodes d'exercices individuels. Par ailleurs, beaucoup d'importance est accordée à la mémorisation, au détriment de pratiques pédagogiques favorisant plutôt la compréhension des élèves. L'enseignement se fait la plupart du temps à partir de manuels scolaires; très peu d'activités d'apprentissage sont créées par les enseignants.

En ce qui concerne les méthodes de gestion de classe utilisées, elles font souvent appel au renforcement négatif, par exemple à la punition physique, et les règles ne sont pas appliquées de façon constante. Enfin, la majorité des élèves vit en situation d'extrême pauvreté, est peu stimulée sur le plan académique en dehors de l'école et présente d'importantes difficultés d'apprentissage, ce qui complexifie énormément la tâche des enseignantes et enseignants.

## **2. Méthodologie**

Une période d'observation d'une semaine en début de projet a été nécessaire afin d'élaborer une méthodologie pertinente qui permettrait l'atteinte des objectifs du projet, soient l'élaboration d'un programme de formation continue d'une durée de douze semaines et l'amélioration des pratiques pédagogiques des enseignants et enseignantes du CETLL. Après consultation des responsables de l'équipe ainsi que des membres de l'équipe-école, une approche hybride entre la formation continue « traditionnelle » (enseignement explicite) et l'enseignement par l'exemple en classe (imitation de rôle) a été retenue pour être utilisée durant les douze semaines du projet.

Au courant d'une semaine typique, une séance de formation continue pour les enseignants était organisée chaque vendredi et des activités d'apprentissage étaient réalisées dans toutes les classes, à raison de deux par classe, afin de présenter différentes méthodes d'enseignement aux enseignantes et enseignants. Les activités en classe étaient toujours en lien avec le thème abordé au cours de la formation hebdomadaire de deux heures du vendredi, qui se déroulait tout de suite

après le départ des élèves. Par exemple, si le thème de la séance de formation était « l'apprentissage de la lecture », les activités effectuées en classe durant la semaine précédant cette séance étaient reliées à l'apprentissage de la lecture. Ainsi, il était possible de faire référence à des exemples vécus par les enseignants et enseignantes pour illustrer plus facilement les notions théoriques abordées au cours des séances de formation. Cette méthodologie a été retenue en postulant que le fait de vivre des situations concrètes dans leur propre classe aiderait les enseignantes et enseignants à comprendre les méthodes proposées et les pousserait à tenter différentes approches, ayant constaté que cela était possible avec leurs élèves.

À mi-parcours (6<sup>e</sup> semaine) et à la fin du programme (11<sup>e</sup> semaine), une séance d'observation des enseignants et enseignantes dans leurs classes a été menée afin d'évaluer leurs progrès, ainsi que leurs difficultés d'intégration des pratiques pédagogiques présentées lors des séances de formation. À la suite de ces séances d'observation, une rétroaction était donnée à chaque enseignant lors de rencontres individuelles.

Enfin, tout au long des douze semaines qu'a duré la mise sur pied du programme de formation continue, plusieurs outils pédagogiques concrets (activités clés en main, outils facilitant la gestion de classe, etc.) ont été conçus pour tous les enseignants par les conseillères pédagogiques en poste au CETLL.

### **3. Résultats**

#### ***3.1 L'ouverture des enseignants et enseignantes y est, mais le changement des pratiques est lent***

Lors de la dernière séance de formation du programme mis en place au CETLL, les enseignantes et enseignants ont évalué le travail des conseillères pédagogiques à l'aide d'une grille d'évaluation (annexe 1). La très grande majorité des enseignantes et enseignants trouve que les contenus des formations sont adaptés aux besoins de l'équipe-école et au contexte de l'école et qu'ils présentent un niveau de difficulté approprié. En ce qui concerne l'intérêt et l'interactivité des formations, la qualité de la rétroaction donnée aux enseignantes et enseignants et le soutien à l'intégration en classe des nouvelles techniques, l'appréciation des répondants se situe entre « Très bien » et « Excellent ». De plus, lors des séances d'observations faites au cours du programme, les enseignantes et enseignants ont fourni des efforts considérables pour intégrer certaines pratiques dans leur enseignement.

On dénote donc une ouverture de la part des enseignantes et enseignants à s'initier à de nouvelles méthodes d'enseignement, mais ces dernières sont loin d'être intégrées au sein des pratiques. En effet, lorsque les enseignantes et enseignants savaient que les conseillères pédagogiques les observeraient, les cours dispensés intégraient généralement de nouvelles méthodes, mais lorsque le moment de l'observation n'était pas communiqué, l'enseignement était moins novateur et encore centré de façon importante sur la mémorisation des concepts. Un accompagnement en classe plus individualisé des enseignantes et enseignants aurait été nécessaire afin de travailler davantage sur les lacunes individuelles de chacun et chacune. Finalement, la durée du programme, soit de trois mois, était beaucoup trop courte pour voir naître un réel changement dans les pratiques pédagogiques des membres du corps professoral.

### ***3.2 L'intégration des outils concrets***

En parallèle aux activités en classe et aux séances de formation hebdomadaires, des outils pédagogiques concrets ont été développés par les conseillères pédagogiques afin de soutenir le travail des enseignantes et enseignants. Par exemple, une bibliothèque comptant des livres en français et en créole haïtien a été mise sur pied afin d'aider les enseignants et enseignantes à diversifier leur enseignement de la lecture. Un système de laissez-passer a également été créé afin de mieux contrôler les allées et venues des élèves. Enfin, plusieurs activités d'enseignement-apprentissage adaptées aux différents niveaux ont été conçues et partagées avec les enseignantes et enseignants. Tous ces outils concrets ont été bien intégrés par la majorité des membres du corps professoral, contrairement aux méthodes d'enseignements, plus abstraites, proposées dans les formations.

### ***3.3 Un manque d'accompagnement individualisé des enseignantes et enseignants***

Le faible niveau d'adoption de certaines pratiques pédagogiques enseignées dans le cadre des séances de formation peut être expliqué, entre autres, par le choix d'une méthodologie qui s'est avérée incomplète puisqu'elle ne permettait pas l'atteinte des objectifs du projet. En effet, la structure élaborée pour le programme ne prévoyait pas d'accompagnement individualisé des enseignantes et enseignants en classe, ce qui aurait permis aux conseillères pédagogiques de différencier leur enseignement selon les compétences variées des apprenants.

#### **4. Perspectives pour une version améliorée du programme de formation continue**

Bien que le programme de formation continue mis en place au CETLL ait connu quelques difficultés, dont la faible intégration des méthodes enseignées et le manque d'accompagnement individualisé, l'identification de ces dernières permettra d'améliorer ou de corriger les lacunes du programme s'il est reconduit par les trois organisations responsables. De plus, un retour critique sur ce programme de formation continue permettra à d'autres organisations œuvrant dans le domaine de l'éducation de mettre en place une version améliorée dans d'autres écoles fondamentales haïtiennes présentant des besoins similaires. Les perspectives présentées dans les paragraphes suivants pourraient également fournir des pistes à ceux et celles qui souhaiteraient entreprendre des recherches approfondies dans le domaine.

Tout d'abord, tel que mentionné précédemment, la méthodologie s'est avérée incomplète et doit être modifiée pour assurer une meilleure intégration de nouvelles pratiques pédagogiques en classe. Afin d'être plus efficace et de mieux répondre aux objectifs du projet, la méthodologie aurait dû intégrer une partie où une aide aurait été fournie aux enseignantes et enseignants afin qu'ils et elles intègrent les pratiques pédagogiques présentées lors des formations dans leur enseignement. Ainsi, le programme de formation continue aurait donné de meilleurs résultats si une troisième étape avait été ajoutée après la réalisation d'activités-exemples dans les classes et la présentation de la théorie en atelier. Cette troisième étape aurait pu consister à guider les enseignants et enseignantes dans l'intégration des méthodes enseignées lors de la semaine consécutive à la formation. Pour reprendre l'exemple de la lecture, dans la semaine suivant l'atelier de formation sur l'enseignement de la lecture, ils et elles auraient pu recevoir un soutien professionnel dans la conception et l'animation de leur propre activité de lecture avec leurs élèves ainsi que recevoir une rétroaction et des pistes de solutions pour améliorer leur enseignement. À la fin de la deuxième semaine dédiée à un même thème, une deuxième formation aurait été présentée pour approfondir le sujet et réviser les aspects moins bien compris par les enseignants et enseignantes. Cela leur permettrait de mieux comprendre la méthode d'enseignement développée en l'essayant eux-mêmes et elles-mêmes avec le soutien et la rétroaction immédiate des conseillères ou conseillers pédagogiques.

Ensuite, d'un point de vue plus technique, le moment choisi pour les formations devrait tenir compte de la disponibilité des enseignantes et enseignants ainsi que de leur énergie. Par exemple, lorsque les séances de formation sont organisées le vendredi, les membres de l'équipe-école sont souvent fatigués et leur réceptivité n'est pas à son meilleur. De plus, les femmes devaient souvent

quitter les formations plus tôt en raison de la quantité de tâches ménagères qu'elles avaient à accomplir. La charge de travail des femmes est effectivement très importante, outre leurs responsabilités comme enseignante, et cela les empêchait souvent d'assister aux deux heures de formation hebdomadaires.

Enfin, le programme présenté à l'automne 2014 au CETLL, qui présentait une quantité importante de concepts à partager avec le corps enseignant, était très ambitieux considérant le temps disponible pour le réaliser. Une version améliorée se concentrerait sur quelques thèmes seulement, mais ceux-ci seraient étudiés en profondeur. Parmi les thèmes qu'il serait primordial d'aborder, comptons les méthodes d'enseignement axées sur la compréhension et non sur la mémorisation (par exemple, l'apprentissage par induction ou la résolution de problèmes en collaboration), la didactique de l'écriture et de la lecture des langues (français et créole), la didactique des mathématiques, la gestion de classe et l'autonomisation des élèves. De plus, un accent particulier doit être mis sur le préscolaire et les quatre premières années du cycle fondamental afin que les connaissances et les compétences de base soient bien acquises par les élèves.

### **Conclusion**

En somme, la nécessité d'implanter des programmes de formation continue pour les enseignantes et enseignants s'échelonnant sur toute l'année scolaire est indéniable si l'on souhaite s'attaquer au problème du manque de formation initiale de qualité du corps professoral haïtien. Le projet étudié dans cet article a permis de faire ressortir une méthodologie efficace pouvant être utilisée par les professionnels qui auront à mettre en place de tels programmes. Il conviendrait donc d'utiliser d'abord l'enseignement par l'exemple dans les classes des enseignantes et enseignants participant au programme, de faire ensuite un retour sur les activités en classe à l'aide de concepts théoriques, de les soutenir dans l'intégration des nouvelles méthodes enseignées dans leur propre pratique et, finalement, de consacrer une dernière séance de formation sur ce thème afin de répondre aux dernières interrogations des membres de l'équipe-école. Le potentiel d'impact positif à long terme sur la qualité de l'enseignement d'un programme de formation continue tel que celui présenté ici est grand, à condition que ledit programme soit échelonné sur une durée minimale d'une année scolaire. Ce potentiel pourrait être confirmé lors d'une éventuelle mise à l'épreuve de la version améliorée proposée de ce programme dans les années à venir.

## Bibliographie

Charles-André Philippe, *Caractéristiques professionnelles des enseignants et rendement scolaire des élèves de l'école primaire fondamentale en Haïti*, thèse de doctorat (sciences de l'éducation), Québec, Université Laval, 1993, p. 18-22.

Le Groupe de Travail sur l'Éducation et la Formation (GTEF), *Pour un Pacte National pour l'Éducation en Haïti*, Port-au-Prince, Bibliothèque Nationale, 2010, 332 p.

Michel Amyot, Michel Plourde (dir.), *La formation continue des personnels de l'éducation : Mali, Tunisie, Haïti, Guyana*, Québec, Éditions MultiMondes, 2006, 220 p.

Perspective Monde, 2014, « Tremblement de terre dévastateur en Haïti », Université de Sherbrooke, en ligne : <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMEve?codeEve=1072>

Samuel Pierre (dir.), *Construction d'une Haïti nouvelle : contribution du GRAHN*, Montréal, Presses internationales Polytechnique, 2010, 617 p.

Wilfrid Azarre, *L'accompagnement pédagogique des enseignants du premier et du deuxième cycle de l'école fondamentale en Haïti*, mémoire de maîtrise (administration et évaluation en éducation), Québec, Université Laval, 2014, 146 pages.

## Annexe 1 – Grille d'évaluation du programme par les enseignants et enseignantes

A : Excellent B : Très bien C : Bien D : Partiellement satisfaisant E : Insatisfaisant

Aspects	Appréciation					Commentaires
	A	B	C	D	E	
<b>Contenu des formations</b>						
1. Le contenu des formations est adapté aux besoins des enseignants.						
2. Le contenu des formations est adapté au contexte de l'école.						
3. Les contenus abordés présentent un niveau de difficulté approprié (ni trop difficile, ni trop facile).						
4. Les outils proposés par les formatrices sont pertinents, utiles et adaptés au contexte.						
<b>Enseignement</b>						
5. Les formatrices vulgarisent bien l'information.						
6. Les formatrices vérifient la compréhension de chaque enseignant participant à la formation.						
7. L'enseignement des formatrices est intéressant et interactif.						
8. Les formatrices donnent à chaque enseignant une rétroaction précise lui permettant de s'améliorer.						
9. Les formatrices sont ouvertes aux commentaires et cherchent à s'améliorer.						
10. Les formatrices aident les enseignants à intégrer les contenus de formation dans leur enseignement en classe.						
11. Les formatrices sont disponibles pour répondre aux questions des enseignants en dehors des heures de formation.						

Relations interpersonnelles						
12. Les formatrices agissent avec respect avec tous les enseignants.						
13. Les formatrices répartissent leur temps de façon équitable entre tous les enseignants.						

## Annexe 2 – Grille d'évaluation des enseignants

Nom de l'enseignant : \_\_\_\_\_

Niveau : \_\_\_\_\_

A : Excellent B : Très bien C : Bien D : Partiellement satisfaisant E : Insatisfaisant

Critères	Évaluation					Commentaires
	A	B	C	D	E	
<b>Techniques d'enseignement</b>						
1. L'enseignant demande aux élèves de réaliser une démarche ou un exercice en même temps que lui.						
2. Les activités d'enseignement-apprentissage sont adaptées à l'âge des élèves.						
3. L'enseignant différencie au moins l'un des aspects (contenus, environnement, techniques d'enseignement, évaluation) de son activité pédagogique.						
4. L'enseignant favorise la compréhension des élèves (et non la mémorisation).						
5. L'enseignant utilise des démonstrations, des questions ou des défis pour introduire de nouvelles notions.						
6. L'enseignant choisit des méthodes qui favorisent l'autonomisation des élèves.						
7. L'enseignant amène les élèves à collaborer dans le cadre d'un travail en équipe.						
8. L'enseignant amène les élèves à complexifier leurs conceptions en utilisant la séquence « travail individuel – travail en équipe – retour en groupe ».						
9. L'enseignant dirige les activités pour favoriser la réflexion, individuellement ou en équipe.						
10. L'enseignant pose des questions pertinentes aux élèves afin de les guider vers l'apprentissage (« la bonne réponse »).						
11. L'enseignant gère le temps nécessaire à la réalisation des activités prévues.						
<b>Planification</b>						
12. La leçon est planifiée.						
13. Toutes les étapes (mise en train, préparation, réalisation, intégration, évaluation) d'une leçon complète sont présentes.						
14. Les activités choisies sont variées.						
15. Les activités choisies suivent une progression logique entre elles.						
16. Les activités choisies sont pertinentes et favorisent l'apprentissage.						

17. Le matériel nécessaire aux activités de la leçon est prêt avant le début de la période.						
18. L'activité d'évaluation permet d'évaluer la compréhension de chaque élève.						
19. Les notions abordées respectent le Guide de progression des apprentissages.						
<b>Gestion de classe</b>						
20. Les règles de classe sont appliquées de façon constante, cohérente et équitable.						
21. Les conséquences aux manquements sont logiques.						
22. Les conséquences aux manquements favorisent, chez l'élève, l'apprentissage du comportement désiré et la réflexion.						
23. L'enseignant utilise des interventions directes (verbales ou non verbales) en classe pour gérer les comportements inappropriés.						
24. L'enseignant agit en modèle et ne fait pas preuve de violence.						
25. L'enseignant ne tolère aucune forme de violence et agit immédiatement pour régler les situations de conflit.						
26. L'enseignant contrôle les allées et venues des élèves.						
27. Le climat de la classe est propice à l'apprentissage.						
<b>Enseignement de la lecture et de l'écriture</b>						
28. L'enseignant fait des activités de lecture quotidiennes avec les élèves.						
29. L'enseignant utilise l'analyse graphophonétique, l'étude des mots, la lecture partagée, la lecture guidée, la compréhension guidée <b>ou</b> la lecture guidée avec ses élèves.						
30. L'enseignant fait régulièrement la lecture aux élèves.						
31. L'enseignant enseigne de façon explicite différentes stratégies de lecture adaptées au niveau de ses élèves.						
32. L'enseignant réutilise les contenus des activités de lecture dans des activités d'écriture.						

## Le recours tardif aux services de soins prénatals dans la commune rurale de Kokologho : entre vécu et perception de la grossesse<sup>v</sup>

Marietou NIANG<sup>1</sup>, Sophie DUPÉRE<sup>2</sup> et Emmanuelle BÉDARD<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Msc, Université Laval, Québec, Canada

<sup>2</sup> Ph.D, professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec, Canada

<sup>2</sup> Ph.D, professeure, Département des sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski, campus de Lévis, Lévis, Canada

### Résumé

Malgré l'instauration d'une politique d'exemption des frais de soins préventifs durant la grossesse au Burkina Faso, beaucoup de femmes renoncent ou recourent tardivement aux soins prénatals. L'utilisation non optimale des services de soins prénatals est un problème crucial de santé publique, considérant les forts taux de mortalité maternelle et néonatale dans ce pays. L'objectif de cette étude qualitative était de comprendre les motifs de non-recours aux services de soins prénatals, en s'intéressant aux femmes âgées de 18 ans et plus qui ont renoncé ou qui ont recouru tardivement aux consultations prénatales dans la commune rurale de Kokologho. La collecte des données a eu lieu d'octobre 2013 à janvier 2014. Les méthodes utilisées consistaient en l'organisation de vingt-deux entrevues individuelles semi-dirigées auprès de femmes qui sont en recours tardif aux soins prénatals, huit entrevues informelles avec des informateurs clés identifiés dans la communauté et la tenue de périodes d'observation participante. La typologie explicative du non-recours, développée par l'Observatoire des non-recours aux droits et services, a été utilisée comme cadre conceptuel. Il ressort de l'analyse thématique que les normes socioculturelles entourant la grossesse, la vulnérabilité socio-économique des femmes et les défaillances du système de soins et de la politique d'exemption des frais de soins préventifs durant la grossesse entravent le recours effectif aux soins prénatals. Les résultats suggèrent qu'au-delà des barrières socio-économiques, l'antagonisme entre les normes sociales et les normes médicales entourant la grossesse et les soins prénatals contribue à éloigner certaines femmes des services de soins prénatals. Pour conclure, la typologie explicative du non-recours adoptée pour cette recherche a permis de comprendre que le non-recours aux soins n'est pas seulement dû à des contraintes liées à l'accès à l'offre publique, mais qu'il est un rapport social entre l'offre et les utilisateurs. Conséquemment, le recours tardif aux soins prénatals ne résulte pas seulement de facteurs liés à l'individu, mais de différents facteurs socioculturels, politiques et institutionnels.

---

*Titulaire d'une maîtrise en santé communautaire à l'Université Laval, Marietou Niang a travaillé sur le non-recours aux soins prénatals au Burkina Faso. Ses résultats de recherche ont fait l'objet de plusieurs présentations et publications, dont un cahier de recommandations, destiné au Projet d'amélioration de la santé des mères et des enfants au Burkina Faso, qui présente différentes pistes de solutions pouvant améliorer le recours aux soins prénatals. Ses champs d'intérêt sont les inégalités sociales de santé, l'anthropologie de la santé, la santé des femmes et les politiques publiques.*

---

<sup>v</sup> Le contenu de cet article n'engage que ses auteurs.

## **Contexte et problématique de la recherche**

### *Des mortalités maternelle et néonatale évitables, mais qui persistent*

Au seuil de l'échéance de l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement, les pays en voie de développement continuent d'afficher les taux de mortalité maternelle et infantile les plus inquiétants. Au niveau mondial, 99 % de la mortalité maternelle et 98 % des décès périnataux sont enregistrés dans les pays en développement et plus de la moitié des décès maternels se produisent en Afrique subsaharienne (ASS) (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2014). Le Burkina Faso a, à lui seul, un ratio de mortalité maternelle qui est estimé à 341 pour 100 000 naissances en 2010 (Institut national de santé et de développement [INSD] et ICF International, 2012). Ces forts taux de mortalité sont d'autant plus importants dans les zones rurales où les femmes ont plus de risques de connaître des complications liées à leur grossesse, sans compter que leurs nouveau-nés et elles ont plus de risque de mourir au moment de l'accouchement (INSD et ICF International 2012; Fonds des Nations unies pour l'enfance [UNICEF], 2012).

Or, plusieurs décès maternels et néonataux sont évitables par des interventions préventives et efficaces liées à une couverture optimale des soins de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI). En effet, 80 % des décès maternels peuvent être évités par une couverture optimale des soins de santé primaires ou obstétricaux et 36 % des décès néonataux pourraient être réduits par de meilleures pratiques de dépistage et de vaccination des mères, ainsi que par des accouchements réalisés dans de bonnes conditions (UNICEF, 2008).

### *Les soins prénatals comme l'une des solutions aux forts taux de mortalité maternelle et néonatale*

Étant la porte d'entrée au système de soins pour plusieurs femmes africaines, les soins prénatals permettent de prévenir et de traiter les complications obstétriques. Ils encouragent aussi les femmes à recourir à l'accouchement assisté par un professionnel de la santé (The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health [PMNCH], 2006). Compte tenu de l'impossibilité pour les pays en développement d'assumer le poids logistique et économique que comportent les consultations prénatales (CPN) fréquentes, l'OMS a développé un modèle de soins prénatals focalisés (Banta, 2003). Ce modèle, utilisé au Burkina Faso, regroupe un ensemble d'au moins quatre CPN. La première CPN doit se faire durant les trois premiers mois de la grossesse, soit avant la 14<sup>e</sup> semaine de grossesse, alors que la dernière CPN doit être effectuée juste avant la date prévue de l'accouchement. Ces CPN regroupent des interventions importantes pour la santé des mères et des nouveau-nés, dont la vaccination antitétanique, la prévention de l'anémie, la

protection contre le paludisme, ainsi que la prévention des IST/VIH/SIDA et de la transmission du VIH mère-enfant (PMNCH, 2006). De ce fait, depuis 2002, les soins préventifs durant la grossesse sont gratuits au Burkina Faso, afin d'améliorer l'accès aux soins prénatals et de diminuer parallèlement les forts taux de mortalité et de morbidité des femmes et des nouveau-nés.

Malgré l'évidence de l'importance des soins prénatals durant la grossesse, leur utilisation demeure problématique au Burkina Faso. En effet, beaucoup de femmes renoncent ou recourent tardivement aux CPN. Ce phénomène est plus remarqué dans les zones rurales où seulement 31 % des femmes ont effectué les quatre CPN recommandées (INSD et ICF International, 2012). En guise d'exemple, dans la commune rurale de Kokologho, où nous avons mené cette recherche, les taux de CPN<sup>vi</sup> demeurent très faibles (54,2 % ont subi au moins une CPN) et elles se font tardivement, soit au sixième ou huitième mois de grossesse (District sanitaire de Koudougou, 2012). Cependant, peu d'études effectuées au Burkina Faso se sont intéressées aux femmes qui renoncent ou qui recourent tardivement aux services publics de soins prénatals.

#### *Objectifs de recherche*

Cette recherche vise à comprendre le non-recours aux services publics de soins prénatals selon la perspective des femmes âgées de 18 ans et plus vivant dans la commune rurale de Kokologho au Burkina Faso. Trois objectifs spécifiques étaient poursuivis, soit de : (1) décrire l'expérience et la perception de grossesse des participantes et leurs rapports aux différentes sources de soins prénatals formelles (services publics de santé) et informelles (services de santé traditionnels ou automédication); (2) documenter leurs raisons de non-recours aux services publics de soins prénatals; et (3) livrer les pistes de solutions proposées par les participantes pouvant améliorer le recours effectif aux soins prénatals dans la commune rurale de Kokologho.

Dans les lignes qui suivent, nous présenterons le cadre conceptuel ainsi que la méthodologie adoptée pour cette recherche. Pour finir, nous présenterons les résultats de cette étude et les comparerons à ceux présents dans la littérature et nous conclurons sur les forces et limites de cette étude et les perspectives pour de futures recherches.

---

<sup>vi</sup> Le taux de CPN correspond au ratio de nombre de femmes inscrites en CPN (1re, 2e ou 4e) sur le nombre de grossesses attendues (Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires, 2012).

### **Cadre conceptuel de la recherche**

D'une façon générale, le non-recours « renvoie à toute personne qui – en tout état de cause – ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre » (Warin, 2010). Comme il n'existe pas de définition consensuelle du non-recours aux soins, cette étude a considéré que le renoncement et le recours tardif aux soins prénatals (qui renvoie à une première CPN effectuée au-delà des trois premiers mois de la grossesse) correspondaient au non-recours. Le cadre conceptuel choisi pour cette recherche est la typologie explicative du non-recours développée par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) (Warin, 2010). Elle propose trois catégories de non-recours qui sont : (1) la non-connaissance, l'offre n'est pas connue par manque d'information sur son existence ou sur son mode d'accès ou par non-proposition du prestataire; (2) la non-demande, l'offre est connue, mais elle n'est pas demandée, par choix ou par contrainte; et (3) la non-réception, l'offre est connue, demandée, mais elle n'est pas obtenue.

### **Méthodologie**

Cette recherche s'inscrit dans le projet d'amélioration de la santé des mères et des enfants (PASME) au Burkina Faso. Cette étude qualitative inspirée de l'ethnographie s'est déroulée d'octobre 2013 à janvier 2014 dans six des treize villages de la commune rurale de Kokologho, soit Kokologho, Basziri, Pitmoaga, Monkin, Sakoinzé et Nongomto. Les techniques de collecte de données utilisées consistent en de l'observation participante durant 60 jours, des entrevues informelles avec des informateurs-clés identifiés dans la communauté (n=8) et des entrevues individuelles semi-dirigées avec des femmes qui sont en recours tardif aux soins prénatals (n=22).

Le recrutement des participantes pour les entrevues individuelles s'est fait selon les critères suivants : être âgée entre 18 et 50 ans; avoir eu une grossesse durant la dernière année précédant l'étude ou être en état de grossesse depuis moins de six mois au moment de la période de recrutement; avoir renoncé aux soins prénatals ou avoir recouru tardivement aux systèmes de santé durant la grossesse. Les participantes de cette étude ont été recrutées à l'aide du carnet de maternité de leur dernière grossesse. Toutes les entrevues individuelles, à l'exception d'une réalisée en français, ont été effectuées en moré avec l'aide d'une interprète. L'échantillon a été déterminé par le principe de la saturation empirique (Pires, 1997) et il a été diversifié selon l'âge,

le niveau d'études, l'ethnie, le statut matrimonial et le degré de non-recours aux soins prénatals des femmes.

La grille d'entrevue portait sur les thèmes suivants : (1) l'expérience prénatale; (2) les croyances et pratiques culturelles entourant la grossesse; (3) l'état de santé et le parcours de soins des femmes; et (4) les différentes perceptions des soins prénatals. Les informations des participantes ont été relevées grâce à un questionnaire sociodémographique.

L'analyse thématique en continu (Paillé et Mucchielli, 2008) des entrevues individuelles, des notes de terrain et des entrevues informelles a été réalisée avec le logiciel QDA Miner (Provalis Research, 2004). Dans le processus d'analyse, la traduction et la transcription des données du moré au français ont été réalisées par l'interprète, assistée par la chercheuse principale. Enfin, les notes de terrain ont été retranscrites pour une meilleure lisibilité.

La codification thématique par le processus de codage inductif a été effectuée. Concernant la validation des résultats de cette étude, les différents résultats de l'analyse préliminaire ont été présentés aux différents informateurs-clés pour s'assurer de la cohérence des interprétations avec les réalités du milieu. Puis, nous avons procédé à la technique de la triangulation des données et de la triangulation avec les autres chercheuses impliquées dans le projet PASME. Au début de cette étude, un comité de suivi composé des chercheuses impliquées dans cette recherche et des partenaires-terrain du PASME a porté un regard sur les différents choix méthodologiques et éthiques.

### **Vécu et perception de la grossesse et recours tardif aux soins prénatals**

Les résultats de cette étude montrent que la perception et le vécu de la grossesse par les participantes sont façonnés par leur environnement social et économique et participeraient à leur recours tardif aux soins prénatals. D'une manière générale, l'effet du vécu et de la perception de la grossesse sur le recours tardif aux soins prénatals peut être compris à travers les inégalités sociales présentes au Burkina Faso. Effectivement, les femmes ont souvent un accès limité aux différentes ressources scolaires, sanitaires ou économiques par rapport aux hommes et n'ont pas toujours le pouvoir d'agir sur leur santé. De plus, les normes sociales entourant la grossesse rendent les femmes plus vulnérables durant celle-ci et diminuent leur accessibilité aux soins prénatals.

*L'effet des normes sociales sur le recours tardif aux soins prénatals*

Si la stérilité est mal vue et que la grossesse est valorisante pour les femmes rencontrées, il n'est pas permis à toute femme de tomber enceinte. Les normes sociales établissent un non-droit d'enfantement à certaines femmes, dont celles qui n'ont pas de mari, celles qui sont perçues comme étant « *vieilles* » et celles qui ont des grossesses rapprochées. La grossesse expose ces femmes à des violences symboliques inscrites dans les inégalités sociales de genre et qui participent par ailleurs à les exclure de la vie sociale, mais également du système de soins.

Pour le cas des mères célibataires, leur grossesse les expose à une vulnérabilité économique et sociale, car la norme sociale préconise le mariage avant la grossesse. Ces femmes qui commencent leur vie génésique avant le mariage risquent d'être reniées par leurs familles, chassées de leur maison ou stigmatisées comme des « femmes faciles » (Ouattara et Storeng, 2008). « La fécondité est ainsi, comme le disent les Mossi, "une affaire de lignage" (*buud yelle*) qu'implique l'idée déjà évoquée d'une responsabilité collective à l'intérieur du lignage » ( Bonnet, 1988 : 58). Cette croyance expliquerait en effet l'acharnement de la communauté à contrôler la fécondité de la femme qui n'est pas seulement biologique, mais « une reproduction sociale ». En outre, étant confrontées aux rapports de pouvoir inégaux avec les hommes, les mères célibataires ont du mal à faire reconnaître leur grossesse par le futur père. Certaines études (Ouattara et Storeng, 2008; Ouattara, Bationo et Gruénais, 2009), à l'instar de celle-ci, montrent comment la grossesse d'une femme célibataire conduit à des punitions symboliques et sociales légitimées à travers « une intériorisation » des normes sociales par les femmes, donc à une culpabilisation permanente de tomber enceinte. Par conséquent, ces femmes célibataires ont tendance à ne pas désirer leur grossesse, à s'autostigmatiser et, finalement, à se mettre à l'écart du système de santé pour échapper à différentes formes de punitions dont les dénigrement ou les rejets. Le statut matrimonial demeure un déterminant crucial du statut social de la femme et du recours ou non-recours aux services de soins (Ouattara et Storeng, 2008; Ouattara, Bationo et Gruénais, 2009).

Pour le cas des femmes âgées de 40 ans ou plus, elles sont perçues comme des « *vieilles* » et leurs grossesses sont considérées comme une honte pour elles et pour leur communauté. Comme le souligne certains travaux anthropologiques effectués au Burkina Faso, les « *vieilles* » ayant acquis de l'expérience à travers leur vie génésique ont le rôle social d'inculquer la compétence

maternelle aux jeunes femmes primipares et d'éduquer leurs enfants (Vinel, 2005). Pour ce faire, ces femmes ne doivent pas enfanter en même temps que leur fille ou leur belle-fille pour pouvoir assurer ce rôle. Nos résultats montrent que la représentation sociale des « *vieilles* » serait un facteur consistant dans l'explication du recours tardif aux soins prénatals. Par conséquent, ils remettent en cause le simple rapport de causalité fait entre l'âge et le recours aux soins. La construction sociale d'une catégorie d'âge semble importante pour mieux comprendre les mécanismes d'utilisation des services de santé maternelle par les femmes.

Finalement, à la naissance d'un enfant, les femmes rencontrées ont l'obligation sociale de contrôler leur sexualité durant la période de l'allaitement. Ce contrôle sexuel et les conséquences qui en découlent sont souvent attribués à la seule responsabilité de la femme. En conséquence, les femmes qui ont des grossesses rapprochées se retrouvent stigmatisées et rejetées socialement, d'où la peur de recourir aux CPN.

Ainsi, il faut retenir de ces différentes normes sociales qui entourent la grossesse qu'elles ne sont soumises qu'à l'entière responsabilité des femmes, toutes déroutées et les conséquences qui s'en suivent n'incombent qu'à la femme mère. Les hommes se retrouvent exemptés de toute forme de sanction. Cela dévoile que les normes sociales de genre confèrent aux hommes un pouvoir absolu sur les femmes qui sont surveillées socialement, notamment leur sexualité. Cependant, bien qu'il existe beaucoup de travaux effectués en ASS sur les mères célibataires et leur utilisation des services de SMNI, cette recherche dévoile un manque d'études approfondies concernant les femmes perçues « *vieilles* » et celles qui ont des grossesses rapprochées.

Par ailleurs, le contrôle exercé sur la sexualité de ces différentes catégories de femmes est perceptible dans les centres de santé où il existe un prolongement des normes sociales de la grossesse. En effet, les « *vieilles* » femmes et les femmes qui ont des grossesses rapprochées, qui souvent n'adhèrent pas à la planification familiale, ont un sentiment de honte et de culpabilité qui se manifeste par une méfiance envers le système de soins et qui les pousse à s'éloigner de celui-ci. Également, certaines participantes ont révélé avoir vécu de l'exclusion, de la stigmatisation ou de l'humiliation dans les maternités lors des CPN. Ce résultat peut être expliqué par l'infiltration des normes sociales dans les milieux de soins, car les professionnels de la santé, appartenant à la société, ont du mal à se détacher des normes qui y sont en vigueur. Comme le souligne Jaffré et al. (2009 : 274), les centres de santé, tout en générant des normes, sont influencés par des logiques

extérieures « aux multiples identités — "genrée", sociale, culturelle, économique, ethnique, professionnelle, politique — et ce qui se passe lors de la prise en charge des patientes s'apparente à une mise en scène des modes de rapports pluriels présents au sein de la société ». Conséquemment, le recours tardif aux CPN est une façon pour certaines participantes d'éviter les violences symboliques présentes dans les lieux de soins. De ce fait, l'offre publique, au lieu de générer de l'estime de soi et du respect, engendre un sentiment de honte chez certaines femmes (Mazet, 2010).

Ces différents constats mettent en évidence la rupture des liens de confiance entre les femmes et le système de soins et le manque de confiance en soi de certaines femmes qui est exacerbé par le contrôle social dont elles sont victimes. Par conséquent, le non-recours ou le recours aux soins prénatals va dépendre en « partie de la confiance en soi (des individus en eux-mêmes), de la confiance dans le contenu de l'offre et le prestataire, et de la confiance dans la tournure des événements (dans l'échange lui-même) » (Warin, 2010 : 8). C'est le cas d'une autre catégorie de femmes peu présente dans cette étude<sup>vii</sup>, celles qui sont atteintes du VIH. Ces femmes, du fait que leur maladie soit assimilée à la honte et à une forte stigmatisation dans la société, ne recourent pas aux CPN, car elles n'ont pas confiance aux agents de santé et, par conséquent, à la confidentialité du système de soins. Cependant, d'autres études sont nécessaires pour approfondir le rapport de cette catégorie de femmes avec les services de soins prénatals au Burkina Faso.

*Représentations de la grossesse et recours tardif aux soins prénatals : savoir populaire versus savoir biomédical*

Les résultats de cette étude ont révélé que les représentations sociales de la grossesse par les femmes rencontrées vont à l'encontre de celles du domaine biomédical. En effet, selon les observations faites sur le terrain et les témoignages des participantes et des informateurs-clés, la grossesse est considérée dans ce milieu comme étant naturelle et ne nécessitant pas une prise en charge médicale, alors que dans le domaine biomédical, toute grossesse présente un risque qu'il faut prévenir ou traiter d'où l'importance des soins prénatals. La notion de risque médical semble absente de la conception de la grossesse chez les femmes rencontrées, ce qui peut s'expliquer par le contexte de précarité qu'elles vivent. Certaines études (Rode, 2010) ont d'ailleurs démontré que

---

<sup>vii</sup> Nous n'avons pu recruter qu'une seule femme atteinte de VIH, nos analyses restent limitées pour cette catégorie de femmes.

la culture de la prévention n'a que peu de sens dans la réalité des personnes qui vivent en situation de précarité, car ce concept exige une habilité de pouvoir se projeter dans l'avenir et de connaître les causes et les conséquences des problèmes sanitaires. D'autre part, le fait que les soins prénatals soient considérés par les femmes comme étant curatifs et non préventifs participe à leur recours tardif. La perception d'une maladie grave contribuerait à les inciter à recourir aux CPN, ce qui explique que la plupart des participantes ayant recouru à leur première CPN l'ont fait en raison d'une maladie perçue grave. Ces résultats nous amènent à nous questionner sur les représentations sociales de la maladie durant la grossesse par les femmes burkinabés et sur leurs influences quant à leurs demandes de soins. Pour toutes ces raisons, l'antagonisme entre les normes médicales et celles des usagères pose la question du non-recours comme étant un choix autonome qui résulte du fait que les femmes « s'appuient sur leur propre système de valeurs, ou vision des choses, pour refuser l'offre publique » (Mazet 2010).

### **Conclusion**

Pour conclure, il faut souligner que cette étude comporte quelques limites, la principale étant que nous n'avons pas pu recruter des femmes qui ont renoncé aux soins prénatals. En effet, il est à souligner que dans une étude comme celle-ci, où les participantes ne sont pas facilement accessibles et sont, dans la plupart des cas, analphabètes, la dimension éthique du recrutement reste fondamentale. Nous suggérons alors que d'autres études puissent être faites en privilégiant des approches méthodologiques plus adaptées aux populations difficiles à rejoindre. Pour ce faire, l'immersion prolongée dans le milieu de l'étude nous semble être un point déterminant pour rejoindre les femmes qui ont renoncé aux soins prénatals dans les contextes semblables à celui étudié.

Malgré ces limites, cette étude comporte des forces. Étant une des études novatrices dans le champ de l'utilisation des soins prénatals au Burkina Faso, cette recherche montre l'importance de donner la parole aux femmes qui sont à la marge du système de soins, car elles sont les seules à connaître les problèmes qui les empêchent de recourir adéquatement aux soins prénatals. Les conclusions de cette étude, en apportant un éclairage sur les motifs du recours tardif aux soins prénatals, réitèrent l'importance de collaborer avec les communautés pour une meilleure accessibilité aux soins prénatals. De plus, la typologie explicative du non-recours adoptée pour cette recherche ouvre une voie importante pour d'autres études portant sur ce même thème. Elle

apporte, également, une compréhension élargie des situations de recours tardif aux soins prénatals. Ainsi, elle a permis de comprendre que le non-recours n'est pas seulement dû à des contraintes liées à l'accès à l'offre publique, mais qu'il est un rapport social entre l'offre et les utilisateurs (Rode, 2010). Elle montre l'existence d'un non-recours intentionnel qui découle de l'antagonisme entre les représentations sociales de la grossesse et des soins prénatals des femmes et du corps biomédical. De plus, elle a révélé que le recours tardif aux soins prénatals résulterait aussi de problèmes contextuels, dont l'inadéquation de l'offre publique aux populations concernées. Ces différents constats doivent être considérés par les études ultérieures portant sur le même sujet, les décideurs et les acteurs de la santé publique au Burkina Faso.

## Bibliographie

- Alvaro Pires, *Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique* [En ligne], Québec, Classiques des sciences sociales, 1997, 88 p., [http://classiques.uqac.ca/contemporains/pires\\_alvaro/echantillonnage\\_recherche\\_qualitative/ec\\_hantillon\\_recherche\\_qual.pdf](http://classiques.uqac.ca/contemporains/pires_alvaro/echantillonnage_recherche_qualitative/ec_hantillon_recherche_qual.pdf), [page consultée le 16/06/2015].
- Antoine Rode, *Le non-recours aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes*, thèse de doctorat (Science politique), France, Institut d'études politiques de Grenoble, 2010.
- David Banta, *What is the efficacy/effectiveness of antenatal care and the financial and organizational implications?* [En ligne], Copenhague, OMS-Bureau Régional Europe, 2003, 18 p., [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/74662/E82996.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/74662/E82996.pdf), [page consultée le 16/06/2015].
- District sanitaire de Koudougou, *Plan d'action 2013 du district sanitaire de Koudougou*. Burkina Faso, Ministère de la santé, 2012, 140 p.
- Doris Bonnet, *Corps biologique, corps social : procréation et maladies de l'enfant en pays Mossi, Burkina Faso*, Paris, Éditions de l'ORSTOM, 1988, 138 p.
- Fatoumata Ouattara, Bouma Fernand Bationo et Marc-Éric Gruénais, « Pas de mère sans un « mari ». La nécessité du mariage dans les structures de soins à Ouagadougou (Burkina Faso) », *Autrepart*, 4, n° 52 (2009), p. 81-94.
- Fatoumata Ouattara et Katerini Storeng, « L'enchaînement de la violence familiale et conjugale. Les grossesses hors mariage et ruptures du lien social au Burkina Faso » [En ligne], *Bulletin de l'APAD*, 27, n° 28 (2008), <http://apad.revues.org/3003>, [page consultée le 16/06/2015].
- Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), *La situation des enfants dans le monde 2009. La santé maternelle et néonatale* [En ligne], New York, UNICEF, 2008, <http://www.unicef.org/french/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-FR.pdf>, [page consultée le 16/06/2015].
- Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), *Analyse initiale de situation de la santé maternelle et infantile (SMNI) dans le cadre des fonds français Muskoka au Burkina Faso* [En ligne], Ouagadougou, UNICEF, 2012, [http://www.unicef.org/bfa/french/analyse\\_initiale\\_de\\_situation\\_de\\_la\\_sante\\_maternelle\\_neonatale\\_et\\_infantile\\_au\\_burkina\\_faso\\_2012.pdf](http://www.unicef.org/bfa/french/analyse_initiale_de_situation_de_la_sante_maternelle_neonatale_et_infantile_au_burkina_faso_2012.pdf), [page consultée le 16/06/2015].
- Institut national de la statistique et de la démographie (INSD) et ICF International, *Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDSBF-MICS IV) 2010* [En ligne], Ouagadougou, INSD, Calverton (MA), ICF International, 2012, 525 p., [http://www.unicef.org/bfa/french/bf\\_eds\\_2010.pdf](http://www.unicef.org/bfa/french/bf_eds_2010.pdf), [page consultée le 16/06/2015].
- Organisation mondiale de la santé (OMS), «Mortalité maternelle», 2014, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr>, [page consultée le 16/06/2015].
- Philippe Warin, «Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux ?» [En ligne], *La vie des idées*, 2010, 12 p., [http://www.laviedesidees.fr/IMG/pdf/20100601\\_warin.pdf](http://www.laviedesidees.fr/IMG/pdf/20100601_warin.pdf), [page consultée le 16/06/2015].
- Pierre Mazet, « La non demande de droits: prêtons l'oreille à l'in audible », *La Vie des idées* [En ligne], (2010), <http://www.laviedesidees.fr/La-non-demande-de-droits-pretons-l.html>, [page consultée le 16/06/2015].
- Pierre Paillé et Alex Mucchielli. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin, 2008, 315 p.

- Provalis Research, *QDA Miner Data Analysis Software: User's Guide* [En ligne], 2004, 200 p., <http://www.provalisresearch.com/Documents/QDAMiner32.pdf>, [page consultée le 16/06/2015].
- The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH), *Opportunities for Africa's newborns : practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa* [En ligne], Cape Town, Joy Lawn, Save the Children, and Kate Kerber, Save the Children and BASICS, 2006, 250 p., <http://www.who.int/entity/pmnch/media/publications/oanfullreport.pdf?ua=1>, [page consultée le 16/06/2015].
- Virginie Vinel, *Des femmes et des lignages : ethnologie des relations féminines au Burkina Faso (Moose, Sikoomse)*, Paris, L'Harmattan, 2005, 292 p.
- Yannick Jaffré, Yveline Diallo, Patricia Vasseur et Chrystelle Grenier-Torres, *La bataille des femmes : analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest*, Arles (FRA), Édition Faustroll, 2009, 288 p.

## Être bénéficiaire et acteur pour mieux réussir les projets de nutrition/santé : les femmes de Vélingara-Sénégal, un exemple plein d'espoir<sup>viii</sup>

Ndeye THIAB DIOUF<sup>1</sup>, Louise HAMELIN BRABANT<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Msc, doctorante en santé communautaire, Université Laval, Québec, Canada

<sup>2</sup> Ph.D, professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec, Canada

### Résumé

La santé du couple mère-enfant est devenue une priorité d'interventions en santé publique. Le Sénégal n'est pas en reste dans cette politique d'amélioration de la santé de la femme et de l'enfant et a mis sur pied le programme de renforcement de la nutrition (PRN). Ce programme priorise l'implication des communautés, particulièrement des femmes, dans sa stratégie de mise en œuvre des activités afin de mieux répondre à leurs besoins. L'objectif de cette étude qualitative est de décrire comment la responsabilisation des bénéficiaires dans la gestion des activités du PRN contribue à les valoriser et à améliorer la santé et la nutrition de leurs enfants. L'étude porte sur le village de Vélingara, situé dans la région sud du Sénégal, et s'est intéressée aux stratégies communautaires développées par les femmes et à leur niveau d'implication dans les activités. Les propositions des femmes ont été recueillies afin d'améliorer les interventions du programme. Les résultats de l'étude montrent que toutes les participantes ont senti une nette différence entre leurs comportements avant et après leur adhésion au programme. En effet, les femmes avaient depuis longtemps une représentation erronée des maladies infantiles. Depuis leur adhésion au projet, elles ont pu développer des stratégies leur permettant de mieux cerner les difficultés liées aux problèmes de santé de leurs enfants. Leurs valeurs de solidarité leur ont également permis de mieux s'entraider et de trouver des solutions à leurs problèmes, ce qui a renforcé leur confiance en elles-mêmes et leur autonomie dans la gestion des problèmes de santé de leurs enfants. Elles se sentent beaucoup plus valorisées et participent au choix de l'itinéraire thérapeutique de leurs enfants. Néanmoins, malgré ces importants acquis, les femmes ressentent toujours le besoin d'être mieux soutenues par les autorités locales et sanitaires afin de se sentir plus crédibles aux yeux de leur communauté. Les résultats de cette étude pourront éventuellement servir à orienter les acteurs du domaine de la nutrition/santé afin de mieux rationaliser les interventions conçues à l'endroit du couple mère-enfant.

---

*Doctorante en santé communautaire, Ndeye Thiab Diouf a obtenu une maîtrise en santé communautaire de l'Université Laval en 2014. Elle a mis à profit sa formation au sein de la direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine comme agente de planification et de recherche de janvier à décembre 2014.*

---

<sup>viii</sup> Le contenu de cet article n'engage que ses auteurs.

## **Introduction**

Les programmes de nutrition communautaire sont développés au Sénégal depuis environ vingt ans. Depuis le début, ils intègrent une dynamique d'amélioration des stratégies d'intervention qui promeut, notamment, l'utilisation des ressources humaines locales dans la mise en œuvre des projets (DANSE 2006). L'objectif de cette approche est d'améliorer les interventions destinées aux populations vulnérables, telles que les femmes et les enfants (CLM 2007a; DANSE 2005). Ainsi, dans les orientations du programme de renforcement de la nutrition (PRN), on retrouve cet objectif d'implication des communautés.

Le PRN a vu le jour au Sénégal en 2002, suite aux recommandations du programme alimentaire mondial (PAM) lors de l'évaluation du programme de nutrition communautaire (PNC), premier programme de nutrition au Sénégal (1994-2001). La cellule de lutte contre la malnutrition (CLM), unité de gestion du PRN, est dirigée par une équipe pluridisciplinaire qui coordonne l'allocation des ressources, la sélection des agences d'exécution au niveau des différents districts sanitaires et le suivi-évaluation du programme. La mise en valeur des compétences des femmes dans la mise en œuvre des activités des sites de nutrition/santé fut le premier objectif de la CLM. Cet objectif est très important, particulièrement dans un pays comme le Sénégal, où la compétence de la gent féminine est restée jusque-là peu valorisée (Sarr et Thill 2006).

L'objet de cette étude est de documenter les effets de la participation des bénéficiaires, autant sur la santé de leurs enfants que sur leur estime d'elles-mêmes, dans la mise en œuvre du PRN. Elle comporte cinq parties : la problématique de la nutrition au Sénégal, les objectifs de recherche, la cadre théorique qui a inspiré notre étude, la méthodologie et les résultats.

## **Problématique**

Chaque année, plus de 10 millions d'enfants de moins de cinq ans meurent dans le monde (Labonté et Schrecker 2007). La majorité des décès surviennent en Afrique (WHO 2011; Yebyo et *al.* 2013), où la principale cause de la mortalité infanto-juvénile<sup>9</sup> est la malnutrition (Labonté et Schrecker 2007; Yebyo et *al.* 2013). Les déterminants de la malnutrition sont, entre autres, l'insécurité alimentaire (Labonté et Schrecker 2007), le faible niveau d'éducation des mères (ANDS 2011) et le faible pouvoir de prise de décision des femmes (Frankel et Lalou 2008; Sarr et Thill 2006).

Le Sénégal, à l'instar des autres pays d'Afrique, n'échappe pas à ces problèmes. Les acteurs du développement sénégalais ont choisi de faire de la lutte contre la malnutrition une priorité d'intervention dans les politiques de développement du pays (CLM 2003). Cependant, malgré les efforts consentis dans ce domaine, le Sénégal

---

<sup>9</sup> Décès des enfants de moins de cinq ans.

est loin d'atteindre les cibles identifiées par les objectifs du millénaire pour le développement (OMD). En effet, l'objectif 4, qui concernait la réduction de la mortalité infantile, visait à réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (WHO 2012), ce qui ne s'est malheureusement pas concrétisé. La non-atteinte de cet objectif dans ce pays s'explique essentiellement par le fait que, depuis longtemps, les problèmes de santé du jeune enfant sont souvent associés à une mauvaise alimentation (Core Group 2005). Ce faisant, les intervenants de la santé et les programmes de survies de l'enfant concentrent leurs efforts sur la distribution de vivres et de médicaments aux familles (Pridmore et Roy 2011), plutôt que sur les déterminants socioculturels en cause dans la mauvaise santé des enfants. Enfin, la valorisation des ressources humaines locales ne semble pas être considérée comme importante (Doherty et Coetzee 2005). Dès lors, les bénéficiaires des projets de nutrition ont longtemps été considérés comme des « patients » et non des « clients » (Hawkins et Kim 2012), ce qui implique qu'ils n'ont aucun mot à dire sur les services qui leur sont offerts. Ils ne participent pas aux prises de décisions et acceptent les programmes tels que conçus par les bailleurs. Pourtant, ces populations bénéficiaires connaissent mieux leurs difficultés et les moyens pour les résoudre que les intervenants (Gbola 2011; Ooms et al. 2010). Cette situation est à l'origine de plusieurs échecs de programmes, notamment ceux du domaine nutrition/santé (Lung'aho et Stone-Jiménez 2009). La CLM a vite compris cette limite des interventions. Elle priorise alors des stratégies qui impliquent les bénéficiaires dans la mise en œuvre de ses activités (CLM 2007a).

### **Objectifs de recherche**

Cette étude a pour objectif de décrire comment l'implication des femmes dans la gestion des activités du PRN les aide à rehausser leur estime d'elles-mêmes et à mieux prendre en charge les problèmes de nutrition/santé de leurs enfants. Nous cherchions spécifiquement à : 1) identifier les acquis notés par les bénéficiaires du PRN, à travers l'entraide et l'apprentissage par les pairs; 2) documenter les stratégies communautaires développées par les femmes, contribuant à rehausser leur autonomie dans la gestion du programme; et 3) identifier les différentes formes de contributions des femmes qui les ont aidées à mieux atteindre les objectifs du programme.

### **Cadre théorique**

Notre étude s'inspire du modèle communautaire de déviance positive (DP) qui a été développé à Tuft University par une nutritionniste, la professeure Marian Zeitlin, dans les années 1990 (Tuft 2012). Cette dernière a réalisé une douzaine d'études dans lesquelles elle a documenté l'expérience d'enfants bien nourris par rapport à d'autres malnutris du même âge et d'une situation socioéconomique similaire (Tuft 2012). Les chercheurs Jerry Sternin et Monique Sternin ont par la suite opérationnalisé le modèle à travers le monde

(Tuft 2012). La DP a d'ailleurs été utilisée dans d'autres contextes, par exemple pour l'étude de la mutilation génitale en Égypte ou l'éducation des femmes en Afrique. Dans le cadre de notre étude, nous nous sommes appuyés sur les concepts clés de cette approche pour analyser le discours des femmes : l'entraide, l'apprentissage par les pairs, les stratégies communautaires et la participation communautaire.

## **Méthodologie**

Notre étude est de nature qualitative, à visée descriptive. Elle a été menée dans le village de Vélingara, région de Kolda, au Sénégal. Le recours à des entretiens semi-structurés a permis de cerner la complexité des expériences des femmes, de recueillir de multiples points de vue et de leur donner l'opportunité de partager leurs pratiques, dans leurs propres mots. Nous avons également fait de l'observation participante. Nous nous sommes inspirés des travaux de Brownlee (1978) pour élaborer notre grille d'observation. Nos entretiens ont été menés auprès d'un échantillon de 20 femmes, incluant des mères, des gardiennes d'enfants de moins de cinq ans et des femmes volontaires qui sont généralement d'anciennes bénéficiaires ou des grands-mères d'enfants actuellement bénéficiaire des activités du programme. Il s'agit de femmes bénéficiaires ayant participé activement aux activités du PRN depuis au moins deux ans. Nous avons utilisé la technique de recrutement non probabiliste (Mayer et *al.* 2000). Sur les 20 entretiens conduites, deux n'ont pas été retenues en raison de conditions non adéquates lors du déroulement. Ainsi, 18 entretiens ont été analysés dans le cadre de cette étude. Les données ont été retranscrites sous forme de verbatim, puis classées par thèmes, selon les objectifs spécifiques de la recherche (Creswell 2007). Les différents thèmes ont été codés et traités à l'aide du logiciel QDA miner, version 4.0.4. Enfin, nous avons rigoureusement respecté les règles relatives au consentement libre et éclairé et à la confidentialité. En effet, nous avons donné des prénoms fictifs aux participantes et chacune d'entre elles a signé un formulaire de consentement avant de prendre part aux entretiens.

## **Résultats**

### *Description*

Les participantes appartiennent majoritairement à l'ethnie Poular<sup>10</sup> (14/18). Quelques-unes sont d'ethnies Diola (2), Sossé (1) et Wolof (1). Elles sont âgées de 19 à 65 ans, toutes mariées, à l'exception d'une veuve.

Il ressort de nos entretiens qu'avant le démarrage du programme, les femmes de Vélingara avaient inadéquatement eu recours aux soins de santé. L'une des raisons évoquées, selon la majorité des interviewées, est que leurs connaissances en santé étaient très faibles. Elles ignoraient même les aliments de

---

<sup>10</sup> Poular, Diola, Sossé et Wolof sont des groupes ethniques. En général, chaque groupe ethnique a sa propre langue.

base nécessaires pour bien nourrir un enfant. Les entrevues révèlent également que les femmes ont longtemps considéré à tort la mortalité infantile comme une fatalité. Elles interprétaient mal certaines maladies de l'enfant.

*Au début, j'allais voir les guérisseurs, car les voisines me disaient que certainement j'ai eu à commettre une erreur de jeunesse que les ancêtres n'ont pas appréciée. Et donc pour payer cette sentence, ils me prennent mes enfants (Anta, 32 ans).*

Cette diabolisation de la mort de leurs enfants, c'est-à-dire la dotation d'une connotation mystique à la mort de leurs enfants, entraînait une mauvaise interprétation de la maladie. Les femmes avaient différentes représentations sociales de certaines affections jusqu'au moment où elles adhéraient au programme. Selon leur discours, la participation aux activités et les apprentissages acquis leur ont permis de mettre en pratique des stratégies facilitant la prévention et la prise en charge des problèmes de santé auxquels leurs enfants font face.

#### *L'entraide et les stratégies communautaires un moyen de contourner les obstacles*

Les femmes développent des gestes de solidarité sous différentes formes. Par exemple, pendant la période de soudure<sup>11</sup>, le PAM met à la disposition de la CLM une farine de supplémentation alimentaire (SENMIX)<sup>12</sup> destinée aux enfants malnutris. Étant donné qu'il est difficile pour les familles de trouver de la nourriture pendant cette période, les bénéficiaires partagent leurs rations alimentaires avec les autres femmes.

*Oui, je lui ai donné la moitié de ma ration, car mon petit fils avait gagné [pris] du poids et je savais aussi qu'avec les maigres bénéfiques issus de mon petit commerce, je pouvais acheter des aliments pour lui. Par contre, elle, elle vit dans des conditions vraiment difficiles (Kiné, 49 ans).*

La spontanéité et le réflexe de rendre service sont les principales forces des femmes rencontrées. L'entraide était considérée comme un élément important dans leurs stratégies de recherches de solutions pour la prise en charge de la santé de leurs enfants. Les interviewées revenaient souvent sur ces valeurs sociales qu'elles considéraient comme étant leur principal moyen de développer des stratégies communautaires pour faire face aux difficultés quotidiennes.

Parmi les stratégies employées, nous pouvons retenir les chants, ainsi que le déploiement de certaines compétences et ressources locales. Selon les participantes à l'étude, le chant a une double vocation : divertir et instruire. En effet, les chants permettraient non seulement d'animer les rencontres, mais également

---

<sup>11</sup> Mois de juillet, d'août et de septembre avant la récolte. Pendant cette période, les réserves de nourriture sont finies et les cultures ne sont pas encore mûres.

<sup>12</sup> Le Senmix est une farine destinée à la récupération d'enfants malnutris modérés. Elle est préparée à partir de maïs, de niébé (haricot), d'arachide traitée à la chaleur et de sucre, en plus de contenir des vitamines et sels minéraux (PAM, 2010).

d'enseigner des comportements favorables à la santé. Ils sont composés dans les langues locales afin de « permettre aux femmes de mieux mémoriser les messages clés » (Ndiougue, 65 ans). Ces messages sont également véhiculés en conformité avec la religion et la culture. Les différentes chansons sont composées par les membres d'une classe sociale appelée Wambabé [les griots]. Ce sont des personnes culturellement chargées d'animer les événements du village. Il existe également, dans chaque groupe, des femmes appelées les « grand-mères ». Le rôle essentiel de la « grand-mère » est d'appuyer les femmes dans l'organisation des activités, particulièrement les jeux d'éveil. Elles sont aussi consultées dans les processus de recherche de solutions.

En plus, les femmes ont souvent recours aux ressources locales afin de pallier certaines difficultés liées à la tenue de leurs activités. Lors de nos entretiens avec les bénéficiaires, elles évoquaient certaines difficultés auxquelles elles sont souvent confrontées. Parmi celles-ci, il y a l'absence de local pour tenir leurs rencontres et le manque d'équipement pour les foyers d'apprentissage de réhabilitation nutritionnelle et d'éveil<sup>13</sup> (FARNE) (nattes, ustensiles de cuisine et support pour les jeux d'éveil).

*Oui, j'utilise ma véranda (...) pour nos regroupements. Mon mari nous a aussi prêté une pièce pour garder notre matériel. (...) Oui, nous faisons tout ici, mais parfois, nous pouvons changer pour impliquer d'autres personnes importantes de la communauté (Sophie, 51 ans).*

Selon les interviewées, en dehors de l'appui financier provenant de la CLM pour l'achat des condiments pour la cuisine et de l'équipement des sites, ce sont les femmes qui s'occupent de la gestion des activités du FARNE. Certaines personnes prêtent leurs chaises et nattes aux femmes pour qu'elles puissent s'asseoir lors de la tenue des activités, conformément aux recommandations de la CLM. Concernant les alternatives développées pour faciliter l'organisation des jeux d'éveil, il y a la fabrication de jouets traditionnels. Chaque femme doit donc fabriquer un jouet, avec des objets locaux, que son enfant utilise lors de ces séances. En plus de ces initiatives, les femmes développent des stratégies d'amélioration de leurs connaissances à travers la technique d'apprentissage par les pairs.

#### *L'apprentissage par les pairs, moyen de transmission du savoir*

L'apprentissage par les pairs se fait de manière formelle ou informelle. Les activités formelles se tiennent durant les 12 jours de prise en charge des enfants malnutris dans le foyer à travers les séances de causeries organisées par les relais communautaires. Ces rencontres sont des moments cruciaux pour le partage d'expériences. Par exemple, lors des démonstrations culinaires, les relais forment les mères volontaires, ces

---

<sup>13</sup> Un FARNE est un local aménagé où les femmes se regroupent pour préparer les plats destinés à l'alimentation des enfants, l'organisation de séances de sensibilisation et le développement de stratégies pour aider les plus démunies.

dernières transmettent les mêmes techniques aux autres femmes. Cela leur permet de développer différentes stratégies pour enrichir les plats avec les produits locaux.

*Oui!!! (...) et puis tu vois si c'est un aliment cher comme la viande, nous regardons avec quoi nous pouvons le remplacer comme, le niébé (haricot) ou les œufs. Pour les fruits aussi nous prenons ceux qui sont plus accessibles : les ditakh, le pain de singe [fruits tropicaux] (Yandé, 29 ans).*

Les échanges informels se tiennent plus dans les maisons ou lors des rencontres dans les cérémonies familiales et communautaires. Cette stratégie leur permet d'avoir une nouvelle perception de leur propre personne et de leurs compétences.

#### *La nouvelle perception que les femmes ont d'elles-mêmes*

Selon le discours des bénéficiaires, le fait de les impliquer dans les activités du projet leur permet d'interagir. Selon elles, cela a contribué au renforcement des liens sociaux, leur estime d'elles-mêmes et leur capacité à mieux s'occuper des tout-petits.

Par exemple, il ressort du discours des participantes à l'étude que les liens de solidarité leur permettent d'échanger sur les questions de santé maternelle et infantile. Certaines considèrent que cette culture de groupe s'est transformée en un esprit de vie en famille. Mieux, les femmes considèrent que ce renforcement des liens de solidarité a augmenté leur confiance en elles-mêmes. Elles étaient contentes de raconter leurs expériences et leurs histoires de réussite dans le projet. Une participante confie que « je réalise maintenant que je suis utile ». Cette veuve de 65 ans a été abandonnée par son époux après dix ans de mariage. Elle a vécu seule avec ses enfants et a traversé une situation sociale difficile « Les femmes ne me considéraient plus comme leur pair ». Au démarrage du PRN dans leur zone, le président du comité de pilotage (CLP) lui a proposé de s'impliquer dans la gestion des activités en tant que mère volontaire. Grâce à cette opportunité, elle a prouvé ses compétences. Elle est devenue présidente du CLP et occupe actuellement une position incontournable dans la communauté.

*Je suis devenue une personne importante, je suis très respectée par mes pairs et par toute la société. Tu vois, (...) si les femmes veulent faire quelque chose et que je ne suis pas la... hum (...) Oui, et puis ils me respectent beaucoup (...). Au dispensaire, oui!!!, dès que j'arrive, ils disent hé « mère nandité » [la maman branchée] est là, rire (Ndiougue, 65 ans).*

Globalement, les participantes à l'étude sont convaincues que leur vie a changé et que les enfants ont retrouvé un meilleur état de santé. Elles se basent sur des indicateurs de santé qu'elles ont elles-mêmes développés, tels que leur fréquence de visite aux structures de santé, l'état de santé de l'enfant avant et après

le projet, l'état de santé des enfants ayant bénéficié du projet comparé à ceux nés avant le projet, etc. Selon elles, les comportements en matière de santé ont changé grâce à l'amélioration du niveau de connaissance des mères. Toutes nos interlocutrices affirment qu'elles développent maintenant de meilleures pratiques en regard de l'hygiène, de la planification familiale et des soins à prodiguer à l'enfant en cas de maladie. Selon la majorité des participantes, c'est grâce à leur changement de comportement que les enfants ne sont plus aussi fréquemment malades qu'auparavant. Un autre indicateur non négligeable est que les femmes considèrent qu'elles fréquentent les structures de santé moins souvent qu'auparavant, et ceci parce que les enfants sont moins fréquemment malades qu'il y a quelques années de cela : « maintenant, les enfants tombent rarement malades » (Mossane, 40 ans), « je ne suis plus fréquente au dispensaire » (Rocky, 29 ans). Les participantes sont convaincues aussi que les enfants qu'elles avaient avant d'adhérer au projet avaient plus de problèmes de santé que ceux qui sont nés après.

(...) Parce que maintenant si l'enfant commence à développer une maladie, tu peux savoir. Je fais d'abord recours au relais ensuite si ça n'évolue pas je vais voir le docteur (...). Mon premier réflexe quand un enfant était malade c'était d'aller acheter des médicaments au marché [médicaments de la rue]. Donc avant que je ne l'amène chez Loum Diop [l'infirmier], ça devenait trop tard. C'est ça qui m'est arrivé deux fois. Mais depuis que j'ai commencé ici (...) ma fille tombe rarement malade, machalla (Anta, 32 ans).

Certaines femmes ont été recommandées dans les foyers soit parce que l'enfant était malade ou malnutri. Après le suivi médical de l'infirmier, ce dernier réfère ces enfants dans les foyers pour qu'ils bénéficient des séances de prise en charge nutritionnelle. Lors de nos entretiens avec ces mères, elles nous expliquaient dans les détails l'évolution de l'état de santé de leurs enfants. Selon elles, les enfants retrouvent un état de santé adéquat quelques jours après leur participation aux activités du foyer.

### *Analyse et discussion*

À la lumière des résultats de nos entretiens et de nos observations, nous avons constaté que les femmes et les enfants de Vélingara vivaient dans des conditions précaires. La méconnaissance des déterminants de la santé était en grande partie liée aux représentations socioculturelles que les femmes avaient ou continuent d'avoir sur certaines maladies. En effet, la mauvaise interprétation de la maladie de l'enfant était un facteur limitant le recours aux soins (Frankel et Lalou 2008). Les enfants malnutris étaient confrontés à toute sorte de préjugés de la part de la communauté. Le plus souvent, ils étaient considérés comme des enfants du diable, appelés à mourir très tôt. La malnutrition se traduit d'ailleurs par le terme « Khibone » en Wolof, qui vient de l'expression « Kheuy bone » qui signifie « mauvais dès le départ ». Les enfants « kheuy bone » étaient des

personnes sur qui il ne fallait pas compter. Ils étaient considérés comme des êtres qui allaient rejoindre leurs « parents », les mauvais esprits, avant de grandir. L'analyse des entrevues révèle que ces croyances socioculturelles étaient la principale cause du retard dans le recours aux services de santé, ce qui entraînait plusieurs conséquences, dont la plus grave étant le décès.

Grâce à l'implantation du PRN, les mères ont acquis de nouvelles connaissances et développent maintenant de meilleures compétences dans la prévention des maladies de leurs enfants. Leurs partages d'expériences et leurs valeurs de solidarité sont autant de facteurs qui ont facilité ce changement. De plus, elles déclarent être plus confortables d'aborder certains sujets entre elles, plutôt qu'avec un professionnel de santé ou un agent du projet. En effet, les causeries organisées dans le cadre de ce programme sont des occasions pour les femmes de parler de leurs difficultés et de trouver des solutions. Les stratégies communautaires qu'elles développent sont des solutions pertinentes à leurs problèmes (Core Group 2005; DANSE 2005; Zeitlin 1990). Par ailleurs, elles facilitent aussi la bonne tenue de leurs activités, ce qui a permis à plusieurs d'entre elles d'occuper une position sociale valorisante dans la communauté. Ce facteur est très important dans les interventions en santé publique, car il permet d'offrir aux communautés des services plus adaptés à leurs réalités. Néanmoins, il faut souligner que ces femmes ont besoin d'être mieux accompagnées dans leurs activités. Cet accompagnement prend en compte, notamment, le renforcement de la supervision et l'appui financier pour la mise en place d'activités génératrices de revenus.

#### *Forces et limites de l'étude*

Les entrevues ont permis aux femmes de donner leur point de vue quant à leur implication dans les activités du programme. Notre expérience antérieure dans le programme nous a aidé à mieux cerner certains concepts tels que « le foyer », « la cuisine » et le mode d'organisation des activités. Enfin, l'étudiante-chercheuse a mené elle-même toutes les entrevues, puisqu'elle parle les deux langues de la localité (le Wolof et le Poular).

Cependant, il faut noter que notre étude n'est pas exempte de limites. En effet, le nombre de participantes (18) ne permet pas de généraliser les résultats à toutes les bénéficiaires du PRN. En plus, le faible niveau d'éducation des participantes a rendu l'explication des objectifs de recherche moins facile. Une femme sur les 18 interrogées a un niveau d'études secondaires. Enfin, la différence entre la langue de conception du guide d'entrevue (français) et celles utilisées pour l'administrer (wolof ou poular) a pu influencer la précision des questions.

#### **Conclusion**

Cette étude révèle que les femmes de Vélingara ont acquis de nouvelles connaissances et pratiques en santé grâce à leur implication dans le PRN. Avant l'implantation du programme dans la localité, les femmes avaient

une faible connaissance de l'amélioration de l'alimentation des enfants et de la prévention des maladies. Grâce au programme et à leur participation aux activités, elles ont développé des stratégies leur permettant de mieux cerner les difficultés liées aux problèmes de santé de leurs tout-petits. Leurs valeurs de solidarité ont facilité les stratégies d'entraide et de recherche de solutions à leurs problèmes. Leur dynamique communautaire constitue l'atout principal dans le développement de liens sociaux et de leur valorisation sociale, ce qui a renforcé leur implication dans le processus de prise de décision quant à l'itinéraire thérapeutique de leurs enfants.

Malgré ces acquis, les femmes ont encore besoin d'un meilleur encadrement des autorités locales et sanitaires. Les résultats de cette étude pourraient éventuellement servir à orienter les acteurs des programmes de nutrition/santé dans l'adaptation de leurs interventions conçues à l'endroit du couple mère-enfant. Nous recommandons des recherches futures de plus grande envergure pour mieux comprendre les enjeux de l'autonomisation de la femme rurale dans la gestion de la santé de son enfant.

## Bibliographie

Agence nationale de la statistique et de la démographie (ANDS) du Sénégal. *Enquête démographique et de santé (publication n° 5)*, Dakar, 2011.

Agence nationale de la statistique et de la démographie (ANDS) du Sénégal, *Situation économiques et sociale du Sénégal en 2011 : version définitive*, Dakar, 2013.

Ann Templeton Brownlee, *Community, Culture and Care*. Mosby, Saint-Louis, 1978.

Cellule de lutte contre la malnutrition (CLM), *Plan stratégique de mise en œuvre du Programme de Renforcement de la Nutrition au Sénégal, phase I*. Dakar, 2003.

Cellule de lutte contre la malnutrition (CLM), *Plan stratégique de mise en œuvre du Programme de Renforcement de la Nutrition au Sénégal, phase II*, Dakar, 2007a.

Cellule de lutte contre la malnutrition (CLM) *Guide du CIP pour les agents relais communautaires dans le cadre de la mise en œuvre du Programme de renforcement de la nutrition au Sénégal*, Dakar, 2007b.

Core group « A resource guide for sustainably rehabilitating malnourished children (addendum) », Nutrition Working Group, Child Survival Collaborations and Resources Group, Washington, 2005, [En ligne]. [www.coregroup.org](http://www.coregroup.org) [Page consultée le 5 janvier 2012].

John W. Creswell, « Data collection. », Dans John W. Creswell (dir.), *Qualitative Inquiry & Research Design : Choosing among five approaches*, New York, Thousand Oaks, Sage Publication, 2007, pp. 117-146.

Tanya Doherty & Minette Coetzee, « Community Health Workers and Professional Nurses: Defining the Roles and Understanding the Relationships. », *Public Health Nursing*, vol. 22, n° 4, 2005, pp. 360-365.

Aurélien Frankel & Richard Lalou, Health-seeking behaviour for childhood malaria: household dynamics in rural Senegal. *Journal of Biosocial Science*, vol 41, n° 1, 2009, pp.1-19.

Johnny Walege Gbola, *Les enjeux de la participation effective des bénéficiaires aux différentes phases du cycle de vie du projet*. [En ligne], Kinshasa, Institut facultaire de développement, Université catholique d'autopromotion et de production, 2011. <http://www.needocs.com/document/professionnel-management-de-la-qualite-outils-procedures-qualite-les-enjeux-participation-effective-beneficiaires-aux-differentes-phases-cycle-vie-projet,9056>, [Page consultée le 14 novembre 2013].

Robert Hawkins & Eric Kim, « The Socio-economic Empowerment Assessment: Addressing Poverty and Economic Distress in Clients. », *Clinical social work Journal*, vol 40, n° 2, 2012, pp. 194-202.

Ronald Labonte & Ted Schrecker, « Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background (part 1 of 3). » *Globalization and Health*, vol 3, n° 1, 2007, pp. 1-10.

Mary Lung'aho & Maryanne Stone-Jiménez, Groupes de soutien de mère à mère dans les camps de réfugiés de Dadaab, 2009 [En ligne], [http://www.waba.org.my/pdf/MtMSG\\_Dadaab\\_fr.pdf](http://www.waba.org.my/pdf/MtMSG_Dadaab_fr.pdf), [Page consultée le 14 octobre 2013]

Robert Mayer (dir), *Méthodes de recherche en intervention sociale.*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 2000.

Gorik Ooms (dir), *Financing the millennium development goals for health and beyond: sustaining the 'Big Push'*. (2010). [document PDF] récupéré de :

<http://www.globalizationandhealth.com/content/6/1/17> le 13-10-2012.

Pat Pridome & Care-Hill Roy, Tackling the drivers of child undernutrition in developing countries: what words and how should interventions be designed? [En ligne], *Public Health Nutrition*, vol. 14, issu 4, 2011. pp. 688-693.

<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=8225295&fileId=S1368980010001795>, [Page consultée le 12 octobre 2012].

Programme alimentaire mondial [PAM], « Rapport complet de l'évaluation à mi-parcours du programme du pays, Sénégal (1999-2001). », Rome : Bureau du suivi-évaluation du PAM, 2001.

Fatou Sarr & Georges Thill, *Femmes et développements durables et solidaires : Savoirs, sciences, entrepreneuriat*. Belgique, Presse Universitaire de Namour, 2006.

Division de l'alimentation, nutrition et survie de l'enfant (DANSE). *Mise en œuvre de l'approche déviance positive : foyer pour la survie et le développement de l'enfant au niveau communautaire et familial*. Service national d'information sanitaire du Sénégal, Dakar, 2006.

Tuft University (). « *What is positive deviance?* » [En ligne], 2012, <http://www.positivedeviance.org/> [Page consultée le 12 avril 2012].

World Health Organization [WHO], « *Accelerating progress on child survival since 2000, UN says.* », World Health Organization/Unicef, [En ligne], New York/Genève 2011, [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/child\\_survival\\_20120913/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/child_survival_20120913/en/) [Page consulté le 11 décembre 2012].

Henock Gebramedhin Yebyo (dir), « *Outpatient therapeutic feeding program outcomes and determinants in treatment of severe acute malnutrition in Tigray, northern Ethiopia: A retrospective cohort study.* », Département de Global Community Health and Behavior Sciences School of Public Health and Tropical Medicine, Tulane University, *PLOS ONE* vol 8, issue 6, (2013).

Marian Zeitlin, Hossein Ghassemi & Mohamed Mansour, « *Positive Deviance in Child Nutrition.* » United Nations University. *Food and nutrition bulletin*. vol 14. (1990).

Programme alimentaire mondiale [PAM], *Prise en charge de la malnutrition au Sénégal : le rapport du pays*. Sénégal. (2001).

<http://www.un.org/fr/millenniumgoals/childhealth.shtml>