



Science of Nursing
and Health Practices



Science infirmière
et pratiques en santé

Article de recherche empirique | Empirical research article

Formes et variabilité de l'implication des hommes dans la santé des mères et des enfants au Burkina Faso : résultats d'une étude qualitative

Forms and Variability of Men's Involvement in Maternal and Child Health in Burkina Faso: Results of a Qualitative Study

Jean Ramdé  <https://orcid.org/0000-0003-2190-5848> Département des fondements et pratiques en éducation, Université Laval, Québec, Canada

Manh Hung Nguyen  <https://orcid.org/0000-0001-5325-8329> Département des fondements et pratiques en éducation, Université Laval, Québec, Canada

Moussa Sana  <https://orcid.org/0009-0009-1207-1010> Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec, Canada, Ministère de la Santé, Kadiogo, Burkina Faso

Fernand Bationo Université Joseph-Ki Zerbo, Kadiogo, Burkina Faso

Ousmane Ouédraogo  <https://orcid.org/0009-0003-0314-9468> Conseil Burkinabé des Organisations de Développement Communautaire, Kadiogo, Burkina Faso

Idrissa Beogo  <https://orcid.org/0000-0003-1467-2169> École des sciences infirmières, Université d'Ottawa, Ontario, Canada

Raymonde Gagnon  <https://orcid.org/0000-0002-2899-7303> Département sage-femme, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada

Saïd Bergheul École de psychoéducation, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, Québec, Canada

Abdoulaye Anne  <https://orcid.org/0000-0003-4809-5283> Département des fondements et pratiques en éducation, Université Laval, Québec, Canada

Marie-Pierre Gagnon  <https://orcid.org/0000-0002-0782-5457> Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec, Canada



Bougma Moussa  <https://orcid.org/0000-0001-9598-8709> Université Joseph-Ki Zerbo, Kadiogo, Burkina Faso

Correspondance | Correspondence:

Jean Ramdé

jean.ramde@fse.ulaval.ca



Mots-clés

santé maternelle;
santé des enfants;
implication des
hommes;
recherche
qualitative;
Burkina Faso

Résumé

Introduction : Au Burkina Faso, l'implication des hommes dans la santé maternelle, néonatale et des enfants (SMNE) demeure limitée. **Objectif :** Identifier des formes d'implication des hommes et leur variabilité au cours de la périnatalité selon les perceptions des acteurs directement et indirectement concernés par la SMNE au Burkina Faso. **Méthode :** Une étude descriptive qualitative a été menée de mars à avril 2022 dans la région du Centre-Ouest à l'aide de 11 entretiens individuels semi-dirigés et de 9 groupes de discussion réunissant chacun 10 participant-es. Les données ont été recueillies auprès de 101 acteurs, dont 57 directement concernés par la SMNE (21 pères, 20 mères, 16 membres du personnel de la santé) et 44 indirectement concernés (30 adolescent-es, 2 agent-es de santé à base communautaire, 11 responsables de dépôts pharmaceutiques et 1 responsable religieux). Une analyse de contenu avec codage ouvert a été réalisée. **Résultats :** Trois formes d'implication des hommes ont été identifiées : modes de présence, soutien financier et gestion des ressources, prise de décision et gouvernance de soins. Elles sont modulées par des facteurs socioéconomiques et culturels (ressources disponibles, situations critiques, normes de masculinité) et varient selon les phases de la périnatalité (grossesse, accouchement, après la naissance de l'enfant). **Discussion et conclusion :** L'implication des hommes dans la SMNE, bien que plurielle et évolutive, demeure réactive plutôt que spontanée, et influencée par des dynamiques sociales, culturelles et contextuelles. Des interventions adaptées sont nécessaires pour la renforcer.

Abstract

Introduction: In Burkina Faso, men's involvement in maternal, neonatal, and child health (MNCH) remains limited. **Objective:** To identify forms of men's involvement and their variability throughout the perinatal period based on the perceptions of stakeholders directly and indirectly involved in MNCH in Burkina Faso. **Method:** A qualitative descriptive study was conducted from March to April 2022 in the Centre-West region using 11 semi-structured individual interviews and 9 focus group discussions, each involving 10 participants. Data were collected from 101 stakeholders, including 57 directly involved in MNCH (21 fathers, 20 mothers, 16 healthcare workers) and 44 indirectly involved (30 adolescents, 2 community-based health workers, 11 managers of pharmaceutical depots, 1 religious leader). Content analysis with open coding was performed. **Results:** Three forms of men's involvement were identified: modes of presence, financial support and resource management, decision-making and governance of care. These forms of involvement are shaped by socioeconomic and cultural factors (available resources, critical situations, masculinity norms) and varied across the perinatal stages (pregnancy, childbirth, and the postnatal period). **Discussion and Conclusion:** Men's involvement in MNCH in Burkina Faso, although diverse and evolving, remains reactive rather than spontaneous, and is influenced by social, cultural, and contextual dynamics. Tailored interventions are needed to strengthen men's involvement in MNCH.

Keywords

maternal health;
children's health;
men's
involvement;
qualitative
research; Burkina
Faso

INTRODUCTION

Au Burkina Faso, les complications liées à l'accouchement continuent de causer des décès chez de nombreuses femmes et plusieurs enfants. Bien que les taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile aient connu une baisse significative, ils demeurent élevés. Entre 2016 et 2020, la mortalité maternelle est passée de 371 à 264 décès pour 100 000 naissances (Ministère de l'Économie et des Finances, 2023). Quant à la mortalité infanto-juvénile pour 1000 naissances vivantes, elle a, selon les Enquêtes démographiques de santé, diminué, passant de 129 en 2010 à 48 en 2021 (Institut national de la statistique et de la démographie et Inner City Fund, 2023). Malgré ces progrès, les chiffres restent éloignés des objectifs fixés par les Nations Unies dans le cadre des Objectifs de développement durable pour 2030. Face à ces défis, le Burkina Faso s'est engagé à intensifier ses efforts pour améliorer la santé et le bien-être des femmes et des enfants et accélérer la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Plusieurs interventions ont été développées ou mises en œuvre au Burkina Faso, telles que des mécanismes de rémunération du personnel de la santé liés à l'atteinte d'indicateurs de performance (Yé et al., 2016), la gratuité des soins (Gouvernement du Burkina Faso, 2016) et le recours aux agent-es de santé à base communautaire (Bicaba et al., 2020), afin d'améliorer l'offre de services et l'accessibilité aux soins pour les populations. Toutefois, ces efforts n'ont pas entraîné une hausse significative de l'utilisation des services à tous les niveaux, notamment en ce qui concerne le suivi des grossesses. Le Plan national de Développement sanitaire 2021 – 2030 indique que seules 38 % (en 2020) des femmes enceintes ont complété les quatre consultations prénatales recommandées par l'Organisation mondiale de la Santé (Ministère de la Santé, 2021). Certaines régions du Burkina Faso, comme le Centre-Ouest, bénéficiaire du Programme d'amélioration de la santé des mères et des enfants – phase 2 (PASME 2, 2016 – 2021) financé par Affaires mondiales Canada, ne se distinguent pas des autres régions (Gouvernement

du Canada, s. d.). L'analyse du programme souligne un recours limité aux services de santé maternelle et infantile dans cette région, en raison notamment de facteurs insuffisamment pris en compte, dont l'implication des hommes (Entraide universitaire mondiale du Canada, 2019).

Des études ont mis en évidence les effets positifs de l'implication des hommes sur la santé maternelle, néonatale et des enfants (SMNE) dans les pays en développement (Muthiru et Bukachi, 2024; Yargawa et Leonardi-Bee, 2015). Dans des contextes patriarcaux, notamment en Afrique subsaharienne, les hommes sont souvent les principaux décideurs et responsables de la gestion économique familiale (Ekeke et John, 2025). Leur implication dans la périnatalité pourrait favoriser l'accès aux soins pour les femmes enceintes (Galle et al., 2021). Cependant, rares sont les hommes présents dans les centres de santé et engagés activement dans les processus de soins en lien avec la grossesse et l'accouchement (Daniele et al., 2018). Cette faible implication pourrait s'expliquer par divers facteurs, notamment des programmes liés à la SMNE centrés sur les femmes, des normes socioculturelles qui assignent la santé reproductive aux femmes, des tabous persistants autour de la santé reproductive (p. ex. contraception moderne associée à la stérilité) et une perception sociale négative de l'engagement masculin autour de la santé reproductive et un manque d'espaces physiques et symboliques (p. ex. zones d'attente réservées aux hommes dans les services de maternité) dédiés aux hommes dans les structures sanitaires (Atuahene et al., 2017; Bado et al., 2020; Bulemela et al., 2019; Manjate Cuco et al., 2015). Ces facteurs font souvent référence à la forme socialement « dominante » de la masculinité, telle qu'observée dans plusieurs sociétés africaines : la masculinité hégémonique (Ekeke et John). Elle est associée aux rôles de chef de famille, de pourvoyeur, de décideur et de protecteur, ainsi qu'à une prise de distance à l'égard des « espaces maternels », comme les consultations prénatales ou la salle d'accouchement (Foglabenchi et al., 2024; Gopal et al., 2020). Cette masculinité légitime l'idée que la grossesse relève de « l'affaire des femmes », tout en maintenant aux hommes le contrôle des décisions et des ressources (Manda-Taylor et al., 2017).

Les recherches sur l'implication des hommes dans la SMNE au Burkina Faso demeurent jusqu'à présent limitées (Daniele et al., 2018; Yargawa et Leonardi-Bee, 2015). Le développement et la mise en œuvre d'interventions efficaces pour renforcer cette implication nécessitent une compréhension approfondie des pratiques actuelles des hommes en SMNE et des facteurs influençant leur engagement.

OBJECTIF

S'inscrivant dans un projet de recherche plus large portant sur l'implication des hommes dans la SMNE au Burkina Faso (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada; numéro de subvention : 890-2020-0126), cette étude visait à identifier les formes d'implication des hommes et la variabilité de ces formes selon les différentes phases de la périnatalité.

MÉTHODE

DEVIS DE L'ÉTUDE ET CADRE CONCEPTUEL

Une étude descriptive qualitative a été menée en utilisant des entretiens semi-dirigés et des groupes de discussion (GD) (Fortin et Gagnon, 2016).

Dans une visée exploratoire, aucun cadre conceptuel spécifique n'a été retenu *a priori*. Ce choix repose sur la reconnaissance de l'implication des hommes en SMNE comme un concept complexe et multidimensionnel, dont les significations varient selon les contextes socioculturels, et pour lequel il n'existe pas de définition universellement admise (Galle et al., 2021). Dans cette étude, l'implication des hommes est ainsi considérée comme un phénomène contextuel et relationnel, s'inscrivant dans des partenariats homme-femme, qu'ils soient mariés ou non.

Pour guider l'étude, les dimensions de l'implication des hommes les plus fréquemment décrites dans la littérature ont été prises en compte, notamment les actions instrumentales (p. ex. soutien financier, organisation du transport) et les dimensions relationnelles (p. ex. soutien

émotionnel, participation aux prises de décision) (Galle et al., 2021). Afin de mieux contextualiser ce concept au Burkina Faso, cette étude s'est appuyée sur des travaux antérieurs réalisés dans le pays (Larson et al., 2020), qui proposent d'appréhender l'implication des hommes à travers trois domaines complémentaires : 1) le partage de la charge de travail et des ressources, renvoyant au soutien matériel, financier et logistique apporté par le conjoint; 2) les soins émotionnels et le soutien, incluant la présence, l'écoute, l'encouragement et l'appui affectif; et 3) la communication et la prise de décision partagée, qui concernent les échanges au sein du couple et la participation conjointe aux décisions relatives à la santé de la mère et de l'enfant. Ces trois domaines ont guidé l'élaboration des guides d'entretien, l'organisation de l'analyse qualitative et l'interprétation des résultats.

SITES D'ÉTUDE

L'étude a été menée dans la région du Centre-Ouest du Burkina Faso. Quatre localités ont été sélectionnées pour la collecte de données : Koudougou, Kordié, Loaga et Réo. Ces localités, zones d'intervention du PASME 2, avaient connu des améliorations de la qualité des services de SMNE et de la couverture des soins prénatals et des accouchements assistés. Néanmoins, l'utilisation de ces services y demeurait limitée (Entraide universitaire mondiale du Canada, 2019). Le choix de ces sites était justifié également par la volonté de maximiser la représentativité géographique et socio-économique de la région, en tenant compte des disparités entre milieux urbains et ruraux. Il s'agissait également de prendre en compte la diversité socioculturelle, notamment celle des deux principales ethnies présentes : les Mossi (majoritaire) et les Gourounsi (Institut national de la statistique et de la démographie, 2022).

PERSONNES PARTICIPANTES

Dans l'intention d'obtenir un portrait des multiples facettes de l'implication des hommes dans une perspective sensible au genre, les participant-es ont été recruté-es parmi des acteurs communautaires et les personnels de la santé impliqués ou concernés, à des degrés divers, dans la SMNE. Les participant-es directement

concerné-es comprenaient les pères et les mères ayant une expérience récente de la santé périnatale et infantile ainsi que le personnel de la santé (infirmières et infirmiers, sages-femmes, maïeuticiens [hommes exerçant la profession de sage-femme], responsables de dépôts pharmaceutiques [acteurs locaux impliqués dans la gestion des médicaments et l'orientation sanitaire]). Les participant-es indirectement concerné-es incluaient les représentant-es communautair-es (agent-es de santé à base communautaire, responsable religieux) et les adolescent-es. Ces jeunes ont été inclus en raison de leur implication actuelle ou potentielle dans la SMNE, dans un contexte marqué par la fréquence des grossesses précoces.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : 1) résider dans l'une des quatre localités ciblées; 2) avoir une expérience, des connaissances ou un rôle permettant de documenter l'implication des hommes dans la SMNE; et 3) être âgé de plus de 16 ans. En adoptant l'approche de la variation maximale (Fortin et Gagnon, 2016), nous avons procédé à un échantillonnage intentionnel visant à sélectionner les personnes participantes les plus susceptibles d'apporter des informations pertinentes sur le phénomène étudié (Burns et Grove, 2009). Plus précisément, la variation recherchée reposait sur l'inclusion de différents groupes d'acteurs et sur la diversification des profils selon des caractéristiques susceptibles d'influencer les perceptions et les expériences, notamment le sexe, la fonction exercée pour le personnel de santé, le lieu de résidence et l'expérience en lien avec la SMNE.

Le recrutement s'est fait à travers les partenaires locaux du projet, avec l'appui des agent-es de santé à base communautaire des districts sanitaires concernés. Ces agent-es ont contribué à l'identification, dans chacune des localités à l'étude, de personnes présentant les caractéristiques recherchées. Les personnes qui répondaient aux critères d'inclusion ont ainsi été contactées et, lorsqu'elles consentaient à participer, ont été recommandées au personnel assistant de l'étude.

COLLECTE DES DONNÉES

La collecte des données a été réalisée durant les mois de mars à avril 2022. La combinaison de deux méthodes, les entretiens individuels et les GD, a permis d'explorer à la fois en profondeur les perceptions individuelles, ainsi que les normes sociales et les dynamiques collectives entourant l'implication des hommes en SMNE, tout en renforçant la fiabilité des résultats par la triangulation des méthodes. Les personnes participantes aux entretiens individuels étaient différentes de celles ayant participé aux GD.

Deux guides d'entretien ont été utilisés : l'un pour les entretiens individuels, l'autre pour les GD (voir Annexes 1 et 2). Ces guides ont été élaborés à partir de l'objectif de l'étude et de la littérature présentée ci-dessus portant sur l'implication des hommes dans la SMNE. Ils comprenaient des questions portant sur l'implication générale des hommes dans la SMNE et leur engagement à différentes étapes de la périnatalité.

Les entretiens individuels (60 minutes en moyenne) et les GD (90 minutes en moyenne) ont été réalisés dans des lieux assurant la confidentialité et le confort des participant-es. À l'aide des guides d'entretien, les assistant-es de recherche ont conduit les entretiens individuels et ont animé les GD, sous la supervision des membres de l'équipe de recherche du Burkina Faso. Ces chercheurs étaient responsables d'assurer la qualité et la rigueur de la collecte des données, notamment par la validation régulière des informations auprès des participant-es. Ces mesures visaient à préserver l'exactitude des propos recueillis et à renforcer la crédibilité et la confirmabilité des résultats. L'ensemble des entretiens a été enregistré avec le consentement des participant-es et transcrit intégralement en vue de l'analyse. Pour les GD, une prise de note a également été réalisée pour documenter les dynamiques des groupes et les interactions entre les participant-es.

ANALYSE DES DONNÉES

Les données issues des entretiens individuels et des GD ont été analysées selon une démarche analytique commune reposant sur une analyse de contenu (L'Écuyer, 1990). L'analyse de données a été effectuée à travers un processus systématique

de codage, de catégorisation et de mise en relation des discours (Intissar et Rabeb, 2015), afin de cerner les perceptions sur les formes d'implication des hommes et leur variabilité dans la SMNE.

L'ensemble des transcriptions (entretiens individuels et GD) a d'abord été soumis à un codage ouvert, réalisé en double par deux membres de l'équipe, afin d'explorer librement les premiers codes émergents. Les divergences ont été discutées, avec la consultation d'un troisième membre (JR) en cas de désaccord pour aboutir à un consensus et affiner la grille de codage. Puis, l'arbre de codage a été révisé avant le codage de l'ensemble du matériel dans NVivo (version 13).

Ensuite, des requêtes analytiques ont été lancées pour examiner les fréquences des codes et leurs cooccurrences (Drisko et Maschi, 2015), afin d'explorer les éventuels liens et les interconnexions entre les codes et de les préciser davantage. Cette étape a été suivie par l'écriture des mémos par thème avant d'y ajouter des extraits de discours pour illustrer les résultats (l'abréviation « P » renvoyant à chaque participant-e, identifié-e par numéro).

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval (CÉRUL; No d'approbation 2021-348 A-1 / 16-08-2022) et par le Comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso (CERS; No d'approbation 2021-07-169).

RÉSULTATS

L'étude a inclus 101 participant-es impliqué-es ou concerné-es par la SMNE, dont des pères (n = 21), des mères (n = 20), des adolescent-es (n = 30), du personnel de santé et des agent-es de santé à base communautaire (n = 18), des responsables de dépôts pharmaceutiques (n = 11) et un responsable religieux (n = 1). Les participant-es ont pris part à 11 entretiens individuels et à neuf GD. Leur répartition est présentée au Tableau 1. La présente section brosse d'abord un portrait global de l'implication des hommes dans la SMNE, avant d'en examiner la variabilité au cours de la période périnatale.

1. FORMES D'IMPLICATION

L'analyse des données a permis d'identifier neuf domaines d'implication des hommes dans la SMNE (Tableau 2).

Ces domaines ne s'exercent toutefois pas de manière indépendante, mais relèvent d'une logique modulée, façonnée par les normes de genre, les ressources disponibles et les situations vécues au cours de la périnatalité. Tenant compte de ces facteurs, ils ont été regroupés en trois formes d'implication pour mettre en évidence leur interrelation et leur intensité : 1) modes de présence; 2) soutien financier et gestion des ressources; 3) pouvoir décisionnel et gouvernance des soins (Tableau 3).

1.1 MODES DE PRÉSENCE

L'implication des hommes dans la SMNE se manifeste d'abord par différents modes de présence, allant de l'accompagnement physique et matériel à l'absence, en passant par une présence conditionnelle. L'organisation du transport, relevant principalement de l'accompagnement matériel, ressort comme un thème récurrent dans les discours, reflétant son importance dans le contexte local (p. ex. longues distances jusqu'aux centres de santé, mauvais état des routes, manque de moyens de transport). Plusieurs pères expliquent que s'impliquer signifie avant tout conduire « la mère ou l'enfant en cas de maladie à l'hôpital » (GD6, P5). Toutefois, cette présence se limite souvent à l'acheminement vers les structures de soins, sans nécessairement assister aux consultations : « Dans les centres de santé, nous [personnel de la santé] constatons que les femmes viennent seules » (P1).

L'accompagnement physique des hommes se traduit également par leur participation aux tâches domestiques. Certain-es participant-es ont estimé que cette implication est en progression : « Aujourd'hui, les hommes circulent avec leurs enfants, ils font certaines activités domestiques » (P3). D'autres soulignent son caractère conditionnel, notamment influencé par des croyances religieuses, par exemple : « Certains hommes ayant la crainte de Dieu aident leur femme dans les travaux ménagers quand la femme est malade. Il peut préparer, aller chercher l'eau et s'occuper de l'enfant si tu n'as pas quelqu'un pour

t'aider » (P10). Cette présence physique augmente dans les situations perçues comme urgentes ou socialement sensibles, en particulier lorsque l'état de santé de la mère ou de l'enfant se détériore. Selon plusieurs participant-es, cette attitude permet aux hommes d'éviter les critiques sociales en cas de complication : « Certains hommes viennent, mais c'est rare. C'est surtout pendant les cas d'urgence, ils viennent à cause du regard de la société. En effet, s'ils [ne] viennent pas, la société peut les accuser d'irresponsable » (P2).

À l'opposé, certain-es participant-es décrivent des situations d'absence physique persistante, y compris chez des hommes disposants de moyens financiers suffisants : « Souvent, la femme est obligée d'aller emprunter de l'argent ou demander l'engin du voisin pour se rendre à l'hôpital » (GD4, P1). Toutefois, ce profil d'« homme complètement absent » reste rare et s'accompagne souvent d'initiatives alternatives, comme déléguer les soins à une autre personne ou organiser le transport avec la belle-famille.

1.2 SOUTIEN FINANCIER ET GESTION DES RESSOURCES

Le soutien financier apparaît comme la forme d'implication la plus constante et socialement la plus légitimée. Indépendamment de leur présence physique, les hommes sont largement perçus comme les pourvoyeurs des ressources nécessaires à la SMNE. Les participant-es évoquent notamment le paiement des soins et des médicaments, la prévision d'un budget dédié à la santé et la prise en charge de l'alimentation de la mère et de l'enfant : « Il [homme] doit épargner de l'argent pour ne pas être débordé par les dépenses en ordonnances et aussi pour la qualité de l'alimentation de la mère et de l'enfant » (GD6, P1).

Cette responsabilité financière est étroitement associée au statut de chef de famille et à une masculinité socialement valorisée. Plusieurs participant-es soulignent que fournir de l'argent pour les soins est souvent perçu comme une implication suffisante, même en l'absence de présence physique ou de participation au suivi médical : « Les hommes participent financièrement uniquement; il [homme] se dit

[que] s'il a donné de l'argent, sa mission est accomplie » (P3).

En tant que pourvoyeur du ménage, les hommes assument également la gestion des ressources, notamment pour assurer la sécurité alimentaire. Cette responsabilité consiste à garantir une alimentation adéquate pour la famille : « L'homme s'assure que sa famille mange à sa faim » (GD1, P3); « L'homme est le chef de la famille, l'alimentation de la maison doit être le souci de l'homme » (P9).

1.3 POUVOIR DÉCISIONNEL ET GOUVERNANCE DES SOINS

Au-delà de la présence et du soutien financier, les résultats soulignent le rôle central du pouvoir décisionnel masculin dans la SMNE. Bien que les femmes assurent quotidiennement la prise en charge des enfants et le suivi de la grossesse, les décisions majeures relatives à la planification familiale, au recours aux soins, aux orientations thérapeutiques et aux interventions médicales sont généralement attribuées aux hommes.

Ce pouvoir décisionnel s'exerce de manière particulièrement visible lors de la maladie de l'enfant. Plusieurs participant-es soulignent que les hommes prennent généralement les décisions concernant le recours aux soins de l'enfant et qu'ils en ont le devoir. Selon eux, ce pouvoir est étroitement lié à la détention des ressources financières, ce qui limite l'autonomie des femmes, même lorsqu'elles prennent l'initiative d'amener l'enfant à l'hôpital. Dans ces situations, les femmes doivent, soit obtenir l'accord et le soutien financier de leur conjoint, soit rendre des comptes à ces derniers de leurs décisions : « L'homme prend toujours la décision de conduire l'enfant à l'hôpital. La femme a toujours besoin de l'autorisation de son mari même s'il ne va pas l'accompagner. S'il est absent, la femme l'appelle pour avoir son avis » (P5). Certain-es participant-es précisent davantage qu'un homme qui laisse sa femme décider remet en cause sa masculinité : « Laisser la femme prendre la décision d'amener l'enfant au centre de santé, c'est comme donner sa culotte à la femme pour porter » (P7).

Tableau 1*Répartition des participant-es selon le type de collecte de données et leur profil*

Type de collecte	Profil des participant-es	Nombre de participant-es (N=101)	Abréviation utilisée
Entretiens individuels (n = 11)	Infirmières et infirmiers	4	P1 – P4
	Sages-femmes	2	P5, P6
	Agent-es de santé à base communautaire	2	P7, P8
	Responsable religieux (homme)	1	P9
	Responsable de dépôt pharmaceutique (femme)	1	P10
	Père	1	P11
Groupes de discussion (n = 9)	Pères	10	GD 1, P1 – P10
	Mères	10	GD 2, P1 – P10
	Adolescents	10	GD 3, P1 – P10
	Adolescentes	10	GD 4, P1 – P10
	Responsables de dépôts pharmaceutiques	10	GD 5, P1 – P10
	Pères et mères	20	GD 6, P1 – P10 GD 7, P1 – P10
	Adolescentes et adolescents	10	GD 8, P1 – P10
	Sages-femmes et maïeuticiens (hommes et femmes)	10	GD 9, P1 – P10

Note. Chaque groupe de discussion comprenait 10 participant-es. Les groupes de discussion 6 et 7 (« Pères et mères ») comprenaient chacun cinq pères et cinq mères. Le groupe des responsables de dépôts pharmaceutiques comprenait des femmes et des hommes. Les abréviations GD et P désignent respectivement groupe de discussion et personne participante.

Tableau 2*Domaines d'implication des hommes dans la SMNE*

Domaine d'implication	Manifestations
Homme accompagnateur	Soutien physique et matériel; accompagnement et transport vers les services de santé
Soutien financier	Rôle de pourvoyeur financier : paiement des frais médicaux et des médicaments; planification d'un budget consacré à la santé
Aide aux tâches domestiques	Assistance aux tâches domestiques, notamment lorsque la femme est malade
Sécurité alimentaire	Rôle de chef de famille : assurer la disponibilité et la suffisance des ressources alimentaires
Suivi et maintien du bien-être familial	Prise de décisions en matière de planification familiale; vigilance face aux maladies; maintien du bien-être familial, perçu comme un indicateur de la qualité de l'homme
Absence physique avec soutien financier	Faible implication directe; fourniture de ressources financières considérée comme une implication suffisante
Implication limitée aux situations d'urgence	Intervention uniquement en cas de détérioration de l'état de santé de la mère ou de l'enfant; prévention des critiques sociales en cas de complications
Homme complètement absent	Absence d'implication malgré des ressources financières suffisantes; délégation des soins à une autre personne (p. ex. la belle-famille)
Prédominance masculine dans la prise de décision	Prise de décisions en cas de complications pendant la grossesse ou l'accouchement; implication accrue après la naissance; pouvoir décisionnel perçu comme un devoir masculin, associé aux ressources financières, au statut social et aux normes de masculinité

Tableau 3*Formes d'implication des hommes dans la SMNE*

Formes d'implication	Modalités	Facteurs modulateurs	Interrelations
Modes de présence masculine	Présence physique; présence conditionnelle; absence avec délégation	Urgence; normes sociales; perception du risque	La présence augmente en contexte critique et est souvent conditionnée par la capacité financière
Soutien financier et gestion des ressources	Fourniture des ressources; paiement des soins; préparation financière	Ressources disponibles; rôle de pourvoyeur; statut social	Le soutien financier légitime l'absence physique et fonde le pouvoir décisionnel
Pouvoir décisionnel et gouvernance des soins	Décisions thérapeutiques; orientation des recours aux soins; arbitrage médecine formelle/traditionnelle	Urgence; dépendance économique de la femme; normes de masculinité	Le pouvoir décisionnel s'exerce surtout lors des moments critiques et repose sur le contrôle des ressources

Le rôle prédominant des hommes dans la prise de décisions relative au bien-être familial s'articule à leur pouvoir financier. Il englobe notamment les décisions liées à la planification familiale, au suivi de la santé, à la vigilance face aux maladies et au maintien de l'harmonie familiale :

Le rôle de l'homme, c'est d'être le garant de la santé de sa femme et de ses enfants. Que ce soit la prévention ou que ce soit en cas de maladie. C'est lui qui devrait être en temps normal, devant la femme, les enfants dans la recherche de la santé. (P7)

Cette responsabilité inclut également la préservation de l'entente au sein du ménage : « L'homme doit œuvrer à ce qu'il y ait l'amour et l'entente. Si ces deux choses existent, la femme et les enfants sont contents » (GD2, P4). Pour plusieurs participant-es, hommes comme femmes, ce rôle constitue un marqueur de la masculinité et relève de la responsabilité du chef de famille.

2. VARIABILITÉ DE L'IMPLICATION DES HOMMES DANS LA PÉRINATALITÉ

L'analyse par phases de la périnatalité met davantage en évidence une mobilisation variable des modes de présence, du soutien financier et du pouvoir décisionnel au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale (Tableau 4).

2.1 DURANT LA GROSSESSE

Durant la grossesse, l'implication des hommes demeure limitée et mobilise principalement les modes de présence, tandis que les dimensions financière et décisionnelle demeurent secondaires et variables. Ces modes de présence se traduisent par un accompagnement physique, un soutien matériel indirect, une aide domestique ponctuelle et un appui moral et psychologique. Les hommes conduisent généralement leur conjointe aux consultations prénatales, sans toutefois y assister, et prennent en charge certaines tâches devenues difficiles pour la femme enceinte : « Nous devons aider la femme pendant la grossesse. L'homme peut aller chercher de l'eau pour la famille, faire la cuisine s'il y a des

repas qu'elle ne puisse pas préparer » (P9). Ils sont également appelés à faire preuve d'attention et de patience, notamment en rappelant à leur conjointe l'importance de respecter les rendez-vous prénataux et les prescriptions médicales : « Ils veillent à ce que la femme prenne bien ses médicaments » (P7).

Le soutien financier, bien que reconnu comme nécessaire pour couvrir les frais de consultation, est peu accentué durant cette phase et peut être limité par des contraintes économiques ou par la perception de l'inutilité de certains examens, comme les échographies :

Il y a certains hommes qui n'acceptent pas de faire les échographies, car, ils jugent que c'est inutile. Par exemple, il y a une femme qui devait aller faire une échographie quand elle a informé son mari, il a refusé en justifiant qu'il n'a pas les moyens et si la femme a l'argent, elle peut aller faire. (GD5, P2)

2.2 DURANT L'ACCOUCHEMENT

L'accouchement constitue un moment de bascule, marqué par une intensification de l'implication des hommes, mobilisant fortement les modes de présence et le soutien financier, auxquels s'ajoute un rôle décisionnel accru, en particulier en cas de complications. Leurs implications se traduisent par la préparation du nécessaire, la recherche de moyens de transport et la prise en charge des dépenses. Beaucoup conduisent leur femme à l'hôpital et demeurent sur place pour répondre aux sollicitations du personnel de santé : « L'homme accompagne à l'hôpital pour honorer les ordonnances, patiente dehors pour faire les dépenses » (GD2, P3). Cette présence est jugée indispensable, car la femme, fragilisée, ne peut plus accomplir certaines tâches. Un appui psychologique, bien que moins fréquent, est parfois rapporté. La présence masculine était perçue comme rassurante : encourager la femme, la réconforter et rester attentif aux sollicitations du personnel de santé : « Les rares hommes qui accompagnent leurs femmes sont attentifs durant l'accouchement et ne tardent pas à approcher les sages-femmes pour s'enquérir des nouvelles » (P1).

Tableau 4*Variabilité de l'implication des hommes selon les phases de la périnatalité*

Formes d'implication	Grossesse	Accouchement	Situations critiques	Postpartum
Modes de présence	Présence limitée et surtout indirecte; accompagnement ponctuel; absence fréquente justifiée par le rôle économique	Présence accrue pour l'orientation vers les structures de santé; absence moins socialement acceptable	Présence physique marquée; coordination des déplacements et des soins; absence fortement stigmatisée	Présence variable; délégation fréquente des soins à la famille élargie
Soutien financier et gestion des ressources	Préparation financière perçue comme forme principale d'implication	Intensification du soutien financier lié aux soins obstétricaux	Mobilisation rapide des ressources pour faire face à l'urgence	Prise en charge continue des dépenses liées à la mère et à l'enfant
Pouvoir décisionnel et gouvernance des soins	Décisions souvent prises à distance; faible implication dans le suivi prénatal	Renforcement du rôle décisionnel et priorisation des soins formels	Centralisation du pouvoir décisionnel et arbitrage thérapeutique	Décisions relatives aux soins de l'enfant et au suivi familial

En cas de complications, l'implication des hommes devient plus marquée et multidimensionnelle. Les formes de présence, financière et décisionnelle sont alors étroitement combinées. Les hommes assurent la coordination des soins, la prise de décision urgente et la mobilisation rapide des ressources financières :

Il peut arriver qu'il y ait césarienne, c'est donc l'homme qui doit se ceindre et s'occuper de cela. La femme ne peut plus rien faire en ce moment. C'est lui qui doit tout faire, les agents de santé peuvent lui demander d'apporter ceci ou cela et il doit le faire pour aider. (P9)

Cependant, certains hommes paniquent ou se montrent confus face aux complications, exprimant peur et perte de contrôle de soi (« se sentent confus »; « sont désespérés »). D'autres hommes sont absents par insouciance ou manque de volonté.

2.3 APRÈS LA NAISSANCE ET EN CAS DE MALADIE DE L'ENFANT

Durant cette phase, l'implication des hommes se traduit principalement par le soutien financier et le pouvoir décisionnel, tandis que les modes de présence demeurent variables et sélectives.

Leur présence physique se manifeste principalement par l'accompagnement aux consultations postnatales, le retour au domicile après l'accouchement et une participation ponctuelle aux soins du bébé : « S'il a le temps, il accompagne à l'hôpital pour les rendez-vous » (GD2, P1); « [L'homme] donne une bonne alimentation à la mère pour un bon allaitement. Il veille aux bons soins de la mère et de l'enfant; aide à la bonne prise des médicaments par l'enfant » (P2). Plusieurs participant·es soulignent toutefois une faible présence des hommes dans les centres de santé pour le suivi postnatal de l'enfant, notamment pour la vaccination et les soins préventifs. Néanmoins, les hommes continuent généralement d'assumer la prise en charge financière des dépenses liées à la mère et à l'enfant.

Cette phase est également marquée par le maintien d'un pouvoir décisionnel central. Les hommes interviennent dans l'organisation des soins de l'enfant, assument les démarches administratives, telles que l'établissement de l'acte de naissance, et sont responsables de certains rites traditionnels liés à la naissance (p. ex. gestion du placenta selon les coutumes locales). Ce rôle décisionnel s'étend aussi aux choix liés à la

planification familiale : « L'homme doit pratiquer le planning familial pour que la femme et l'enfant soient en bonne santé » (GD3, P6). En cas de maladie de l'enfant, les hommes jouent un rôle clé dans l'orientation des recours thérapeutiques. L'hôpital est généralement privilégié, notamment en raison de la gratuité des soins pédiatriques, certains affirmant s'y référer exclusivement : « Le seul recours pour nous, c'est l'hôpital. Nous n'allons pas chez les tradipraticiens » (P11). Toutefois, des participant-es mentionnent également que le recours à la médecine traditionnelle, à l'automédication ou aux pratiques religieuses demeure fréquent, en lien avec la croyance ou les normes locales : « Il y a certaines maladies qui ne peuvent être traitées à l'hôpital. Pourtant, il y a des vieilles qui ont des remèdes à cela. En ce moment vous devez partir là-bas pour recevoir des soins » (GD8, P1).

DISCUSSION

Cette étude met en évidence un portrait de l'implication des hommes dans la SMNE au Burkina Faso, structuré autour de trois formes d'implication et de leur variabilité au cours de la périnatalité. Plurielle et évolutive, cette implication apparaît comme une pratique socialement encadrée par les normes de genre et les représentations sociales de la masculinité, notamment celles associées aux rôles de chef de famille, de pourvoyeur financier et de détenteur du pouvoir décisionnel. Ces résultats rejoignent également les trois domaines proposés par Larson et ses collègues (2020), tout en montrant leur interrelation et leur variabilité. Ils suggèrent notamment que la communication et la participation aux décisions ne semblent pas toujours correspondre à une prise de décision effectivement partagée, celle-ci pouvant demeurer principalement exercée par les hommes en raison de leur rôle dans la mobilisation des ressources. Ces résultats invitent à considérer le contexte, les interrelations entre les formes d'implication et les rapports de pouvoir dans lesquels ces formes d'implication s'inscrivent.

D'une manière générale, les résultats suggèrent que l'implication des hommes dans la

SMNE ne se limite pas à des profils fixes, tels que « accompagnateur », « soutien financier » ou « absent ». Elle apparaît plutôt comme une pratique modulable, qui s'éloigne d'un comportement linéaire et s'inscrit dans le continuum de soins périnataux. Cette pratique permet aux hommes d'ajuster, selon les contextes, leurs registres d'implication parmi les modes de présence, le soutien financier et la prise de décision. Ainsi, une faible présence physique lors du suivi prénatal peut coexister avec une implication accrue au moment de l'accouchement ou en situation de complications, souvent accompagnée d'un processus de prise de décision largement centralisé chez les hommes.

Cette modulation de l'implication se configure à l'articulation de facteurs socioculturels et économiques, notamment les situations d'urgence, la perception du risque, la disponibilité et la mobilisation des ressources économiques, le rôle assigné aux hommes en tant que pourvoyeur et les normes de masculinité dominantes. La présence masculine accrue lors de complications obstétricales semble liée à une prise de conscience de la vulnérabilité maternelle et néonatale, conjuguée à une pression sociale qui valorise la capacité masculine à agir et à décider en situation de « danger ». Après la naissance, les hommes s'impliquent davantage dans des consultations postnatales, les tâches ménagères, les démarches administratives et l'accomplissement de rites traditionnels. Cette évolution peut être interprétée davantage dans une perspective sociologique que biomédicale : elle s'inscrit dans un processus de consolidation du statut paternel et de reconnaissance sociale associé à la naissance de l'enfant, au cours duquel la paternité devient une forme de validation de la masculinité (Ekeke et John, 2025). Par ailleurs, les résultats de la présente étude soulignent des interrelations dynamiques dans la configuration de l'implication des hommes. La présence physique tend à augmenter dans les contextes critiques et demeure fréquemment conditionnée par la capacité financière; à l'inverse, le soutien financier peut légitimer l'absence physique tout en conférant un pouvoir décisionnel, principalement exercé lors des moments critiques et reposant sur la gestion et la mobilisation des ressources économiques. Cette

analyse invite ainsi à dépasser l'opposition binaire présence/absence pour examiner les effets produits par les différentes formes d'implication relativement au pouvoir et à la reconnaissance du rôle masculin dans la SMNE.

Les résultats de cette étude suggèrent que l'implication des hommes dans la SMNE demeure principalement réactive plutôt que spontanée, encadrée par des normes de genre et des représentations sociales de la masculinité. Cette configuration reflète une répartition sociale genrée de la SMNE, au sein de laquelle la grossesse, le suivi prénatal et les pratiques de soins quotidiens et préventifs sont majoritairement assignés aux femmes, tandis que la gestion des ressources familiales, la prise de décision et la gestion des situations critiques, quel que soit le moment de la périnatalité, relèvent prioritairement de la responsabilité masculine. Dans ce cadre, la masculinité se construit autour de la centralité du rôle économique et du pouvoir décisionnel, éléments constitutifs du statut social des hommes.

Le rôle de pourvoyeur financier apparaît comme la forme dominante et socialement légitime de l'implication des hommes. Il permet non seulement de négocier et de justifier l'absence physique des hommes dans les milieux de soins, mais également d'éviter les critiques sociales, tout en étant perçu comme suffisant au regard des obligations sociales associées à la SMNE. Par ailleurs, la prédominance des hommes dans la prise de décision, souvent liée au statut de « chef de famille », leur confère une autorité déterminante dans l'orientation des trajectoires de soins (Aborigo et al., 2018; Kalindi et al., 2023). Cette domination décisionnelle semble s'inscrire dans un contexte de dépendance économique des femmes, laquelle limite leur autonomie effective, y compris lorsqu'elles assurent la gestion quotidienne des soins maternels et infantiles. Elle invite également à s'interroger sur les effets d'une plus grande autonomie financière des femmes, qui ne semble pas, à elle seule, entraîner une implication accrue des hommes dans la SMNE (Beaujoin et al., 2021; Druetz et al., 2021; Ilboudo et Siri, 2023).

Dans cette étude, il est important de souligner que l'implication des hommes est souvent

souhaitable, voire attendue, tant par les femmes que par les personnels de la santé et les hommes eux-mêmes. Néanmoins, la variabilité de cette implication suggère l'existence de facteurs facilitants, mais aussi d'obstacles potentiellement structurels ou symboliques, tels que le regard social, la peur du jugement dans les milieux de soins maternels et infantiles, ou encore l'absence de reconnaissance institutionnelle de leur rôle (Moyo et al., 2024). Ces éléments suggèrent que l'implication des hommes ne dépend pas uniquement de dispositions individuelles, mais également d'un environnement social et institutionnel susceptible de faciliter ou de contraindre leur engagement.

Sur le plan conceptuel, cette étude montre que l'implication des hommes dans la SMNE au Burkina Faso relève d'un processus modulé et relationnel, variable selon les phases de la périnatalité au cours desquelles les registres de la présence physique, du soutien financier comme de la gestion des ressources et de la prise de décision, s'entrecroisent. Ces résultats contribuent à enrichir la compréhension des liens entre genre, masculinité et santé, et invitent à envisager l'élaboration d'une typologie des formes d'implication des hommes dans la SMNE. Sur le plan programmatique, les résultats suggèrent que les stratégies de promotion de l'implication des hommes gagneraient à reconnaître la centralité du rôle économique sans le naturaliser, à interroger les rapports de pouvoir décisionnel au sein du couple et du ménage, et à s'appuyer sur les moments où les hommes sont déjà davantage mobilisés. Une telle approche pourrait favoriser, de manière progressive, une implication plus spontanée, continue et équitable tout au long du continuum de soins périnataux. Bien que certains déterminants socioculturels à l'implication des hommes dans la SMNE aient déjà été documentés au Burkina Faso (Bado et al., 2020), des recherches futures gagneraient à approfondir l'analyse des facteurs facilitant et entravant l'expression de cette implication dans ses dimensions sociales, économiques et institutionnelles.

LIMITES

Bien que certaines caractéristiques aient été prises en compte pour diversifier l'échantillon,

elles n'ont pas toutes été consignées individuellement avec un niveau de détail suffisant. L'absence d'autres données sociodémographiques limite les comparaisons entre les catégories de personnes participantes et l'approfondissement de certaines analyses. Il aurait été pertinent d'examiner l'influence de la zone de résidence ou de la structure familiale (p. ex. milieu urbain, famille nucléaire) sur l'implication des hommes dans la SMNE. Les outils de collecte présentent certaines limites. Le même guide d'entretien a été utilisé pour toutes les personnes participantes, y compris le personnel de la santé, sans adaptation à leurs spécificités. Un guide dédié aurait permis d'explorer davantage leur expérience professionnelle et de mieux la mettre en perspective avec celle des autres groupes de participant·es. Le contexte social a aussi pu influencer les réponses, notamment en raison de la désirabilité sociale. Bien que la diversité du profil des participant·es constitue une richesse pour l'analyse, elle a pu accorder une place plus importante aux discours d'acteurs institutionnels et communautaires qu'aux expériences vécues des hommes, ce qui pourrait orienter l'interprétation vers les normes et attentes sociales relatives à l'implication des hommes dans la SMNE. De plus, dans des contextes où les participant·es se connaissent, certaines réticences à aborder des sujets sensibles liés à la sphère familiale ou communautaire ont été observées, ce qui a pu limiter la collecte d'informations sociodémographiques, notamment par souci de confidentialité. Finalement, la recherche doit tenir compte des enjeux de validation externe, notamment par des acteurs présents dans le contexte de l'étude, mais non directement impliqués dans la collecte de données.

CONCLUSION

Cette étude montre que l'implication des hommes en SMNE au Burkina Faso est dynamique, relationnelle et contextuelle, et qu'elle varie selon les phases de la périnatalité. Leur implication est façonnée par les normes de genre, les contraintes économiques et les rapports de pouvoir au sein des

ménages. Elle demeure majoritairement réactive, mobilisée essentiellement lors de situations perçues comme critiques, tandis que les soins préventifs et quotidiens restent principalement assumés par les femmes. Le rôle de pourvoyeur financier et la centralité du pouvoir décisionnel constituent des modalités dominantes et socialement légitimes d'implication masculine, qui tendent à remplacer la présence physique des hommes dans les espaces de soins. L'étude met en lumière plusieurs pistes de recherche : perceptions masculines de la paternité et de la masculinité, représentations des femmes et des professionnel·les de la santé, ainsi que les facteurs influençant l'implication des hommes dans la SMNE. Les recherches à venir devraient également tenir compte des rôles de genre, des différences ethniques, de la zone de résidence, des attentes des femmes enceintes et de la répartition des tâches au sein du couple.

Contribution des auteur·trices : L'ensemble des auteur·trices a collaboré à la conception et à la planification de l'étude. La préparation du document et la collecte et l'analyse des données ont été effectuées par JR, FB et OO. La première version du manuscrit a été corédigée par MHN et MS. Les révisions ont été rédigées par MHN. Les co-auteur·trices ont commenté les différentes versions et approuvé la version définitive.

Remerciements : Nous remercions Justine Castonguay Payant et Jean-Claude Bationo pour leur précieuse contribution à l'analyse des données. Nous remercions également les participantes et participants de la région du Centre-Ouest au Burkina Faso pour leur engagement et leur participation à cette étude.

Sources de financements : Cette étude était financée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, subvention numéro 890-2020-0106.

Déclaration de conflits d'intérêts : Les auteur·trices déclarent qu'il n'y a pas de conflits d'intérêts.

Déclaration d'intelligence artificielle (IA) générative et de technologies assistées par IA : Les auteur·trices déclarent qu'aucun outil d'IA générative et de technologies assistées par IA n'a été utilisé dans la création de cet article.

Reçu/Received: 23 Déc/Dec 2025 **Publié/Published:** 04 Sept/Sept 2026

RÉFÉRENCES

- Aborigo, R. A., Reidpath, D. D., Oduro, A. R. et Allotey, P. (2018). Male involvement in maternal health: perspectives of opinion leaders. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(3), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1641-9>
- Atuahene, M. D., Arde-Acquah, S., Atuahene, N. F., Adjuik, M. et Ganle, J. K. (2017). Inclusion of men in maternal and safe motherhood services in inner-city communities in Ghana: evidence from a descriptive cross-sectional survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 419. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1590-3>
- Bado, A. R., Badolo, H. et Zoma, L. R. (2020). Use of Modern Contraceptive Methods in Burkina Faso: What are the Obstacles to Male Involvement in Improving Indicators in the Centre-East and Centre-North Regions? *Open Access Journal of Contraception*, 11, 147–156. <https://doi.org/10.2147/OAJC.S274570>
- Beaujoin, C., Bila, A., Bicaba, F., Plouffe, V., Bicaba, A. et Druetz, T. (2021). Women's decision-making power in a context of free reproductive healthcare and family planning in rural Burkina Faso. *BMC Women's Health*, 21(1), 272. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01411-4>
- Bicaba, A., Serme, L., Chetaille, G., Kombate, G., Bila, A. et Haddad, S. (2020). Longitudinal analysis of the capacities of community health workers mobilized for seasonal malaria chemoprevention in Burkina Faso. *Malaria Journal*, 19, 118. <https://doi.org/10.1186/s12936-020-03191-y>
- Bulemela, J., Mapunda, H., Snelgrove-Clarke, E., MacDonald, N. et Bortolussi, R. (2019). Supporting breastfeeding: Tanzanian men's knowledge and attitude towards exclusive breastfeeding. *International Breastfeeding Journal*, 14, 52. <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0244-7>
- Burns, N. et Grove, S. (2009). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence* (6^e éd.). Saunders Elsevier.
- Daniele, M. A., Ganaba, R., Sarrassat, S., Cousens, S., Rossier, C., Drabo, S., Ouedraogo, D. et Filippi, V. (2018). Involving male partners in maternity care in Burkina Faso: a randomized controlled trial. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(7), 450–461. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.206466>
- Drisko, J. W. et Maschi, T. (2015). *Content Analysis* (vol. 1-1 online resource). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190215491.001.0001>
- Druetz, T., Bila, A., Bicaba, F., Tiendrebeogo, C. et Bicaba, A. (2021). Free healthcare for some, fee-paying for the rest: adaptive practices and ethical issues in rural communities in the district of Boulsa, Burkina Faso. *Global bioethics = Problemi di bioetica*, 32(1), 100–115. <https://doi.org/10.1080/11287462.2021.1966974>
- Ekeke, E. C. et John, E. O. (2025). The African masculinity and values in contemporary society. *African Journal of Social Work*, 15(2), 21–30. <https://doi.org/10.4314/ajsw.v15i2.3>
- Entraide universitaire mondiale du Canada. (2019, 22 novembre). *Engager les jeunes hommes à améliorer la santé maternelle et infantile au Burkina Faso*. <https://wusc.ca/fr/engager-les-jeunes-hommes-a-ameliorer-la-sante-maternelle-et-infantile-au-burkina-faso>
- Foglabenchi, L. H., Stöckl, H. et Marchant, T. (2024). 'I am a father but not pregnant': a qualitative analysis of the perspectives of pregnant couples on male partner role during pregnancy care in Bamenda, Cameroon. *Reproductive Health*, 21(1), 195. <https://doi.org/10.1186/s12978-024-01928-5>
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : approches quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Chenelière Éducation Inc.
- Galle, A., Plaieser, G., Van Steenstraeten, T., Griffin, S., Osman, N. B., Roelens, K. et Degomme, O. (2021). Systematic review of the concept 'male involvement in maternal health' by natural language processing and descriptive analysis. *BMJ Global Health*, 6(4), e004909. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004909>
- Gopal, P., Fisher, D., Seruwagi, G. et Taddese, H. B. (2020). Male involvement in reproductive, maternal, newborn, and child health: evaluating gaps between policy and practice in Uganda. *Reproductive Health*, 17(1), 114. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00961-4>
- Gouvernement du Burkina Faso. (2016). Décret présidentiel No. 2016-311/PRES/PM/MS/MATDSI/MINEFID du 29 avril 2016.
- Gouvernement du Canada. (s. d.). *Profil de projet — Programme d'amélioration de la santé des mères et des enfants - Phase 2 (PASME 2)*. <https://w05.international.gc.ca/projectbrowser-banqueprojets/project-projet/details/D002060001?Lang=fra>
- Ilboudo, P. G. et Siri, A. (2023). Effects of the free healthcare policy on maternal and child health in Burkina Faso: a nationwide evaluation using interrupted time-series analysis. *Health Economics Review*, 13(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13561-023-00443-w>

- Institut national de la statistique et de la démographie. (2022). *Monographie de la région du Centre-Ouest*. <https://www.insd.bf/sites/default/files/2023-02/MONOGRAPHIE%20DU%20CENTRE%20OUEST%20SE%20RGPH.pdf>
- Institut national de la statistique et de la démographie et Inner City Fund. (2023). *Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 2021*. <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR378/FR378.pdf>
- Intissar, S. et Rabeb, C. (2015). Étapes à suivre dans une analyse qualitative de données selon trois méthodes d'analyse : la théorisation ancrée de Strauss et Corbin, la méthode d'analyse qualitative de Miles et Huberman et l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli, une revue de la littérature. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 1(3), 161–168. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2015.07.002>
- Kalindi, A. M., Houle, B., Smyth, B. M. et Chisumpa, V. H. (2023). Gender inequities in women's access to maternal health care utilisation in Zambia: a qualitative analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 755. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06078-3>
- Larson, C. P., Abdi, T., Berti, P., Ellis, C., Ramdé, J., Girard, J., Gyorkos, T. W. et Fitzgerald, S. (2020, December). *Male Engagement in Women's and Children's Health: Instruction Manual and Tool*. https://cagh-acsm.org/wp-content/uploads/2025/08/met_tool_and_instruction_manual.pdf
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu : méthode GPS et concept de soi*. Presses de l'Université du Québec.
- Manda-Taylor, L., Mwale, D., Phiri, T., Walsh, A., Matthews, A., Brugha, R., Mwapasa, V. et Byrne, E. (2017). Changing times? Gender roles and relationships in maternal, newborn and child health in Malawi. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 321. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1523-1>
- Manjate Cuco, R. M., Munguambe, K., Bique Osman, N., Degomme, O., Temmerman, M. et Sidat, M. M. (2015). Male partners' involvement in prevention of mother-to-child HIV transmission in sub-Saharan Africa: A systematic review. *SAHARA J : journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*, 12, 87–105. <https://doi.org/10.1080/17290376.2015.1123643>
- Ministère de la Santé. (2021, octobre). *Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021-2030*. Version provisoire. https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/public_file_rep/BFA_Burkina-Faso_PNDS_2021-2030.pdf
- Ministère de l'Économie et des Finances. (2023). *Rapport thématique de suivi des Objectifs de Développement Durable : « Situation des femmes et des enfants, cinq (5) ans après la mise en oeuvre des Objectifs de Développement Durable (ODD) » 2016-2020*. Gouvernement du Burkina Faso. https://www.unicef.org/burkinafaso/media/7351/file/Rapport%20thématique%20de%20suivi%20des%20ODD%20sur%20la%20situation%20des%20enfants%202016%20-%202020_VF.pdf
- Moyo, E., Dzinamarira, T., Moyo, P., Murewanhema, G. et Ross, A. (2024). Men's involvement in maternal health in sub-Saharan Africa: A scoping review of enablers and barriers. *Midwifery*, 133, 103993. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.103993>
- Muthiru, A. W. et Bukachi, S. A. (2024). Male involvement in maternal and child nutrition in low-income informal settlements, Nairobi, Kenya. *Journal of health, population and nutrition*, 43(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s41043-023-00476-1>
- Yargawa, J. et Leonardi-Bee, J. (2015). Male involvement and maternal health outcomes: systematic review and meta-analysis. *Journal of epidemiology and community health*, 69(6), 604–612. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-204784>
- Yé, M., Diboulo, E., Kagoné, M., Sié, A., Sauerborn, R. et Loukanova, S. (2016). Health worker preferences for performance-based payment schemes in a rural health district in Burkina Faso. *Global Health Action*, 9, 29103. <https://doi.org/10.3402/gha.v9.29103>

Annexe 1

Guides d'entretien

Entrevues individuelles*

Les participant-es ont été appelé-es à réagir de manière générale sur l'implication des hommes dans la santé des mères et des enfants.

Des sous-questions ont permis de vérifier plus concrètement les pratiques usuelles, particulièrement du côté des hommes, en regard des différentes étapes de la grossesse en lien avec les services de santé :

1. Participent-ils aux rencontres de suivi de grossesse ?
2. Comment cela se passe-t-il au moment de l'accouchement ?
3. Sont-ils présents à l'accouchement comme tel ?
4. Comment cela se passe-t-il s'il y a des complications pour la femme ?
5. Si un enfant est malade, qui prend la décision de l'amener au dispensaire ?
6. Comment cette décision est-elle prise ?
7. Quelles sont leurs suggestions pour favoriser une plus grande implication des hommes en santé reproductive ?
8. Quelle est la fréquence de fréquentations des tradipraticiens par les hommes ?
9. Quels sont les principaux obstacles à l'implication des hommes à la santé des mères et des enfants ?
10. Ont-ils d'autres suggestions ou recommandations en lien avec la santé des mères et des enfants ?

Note. *Les obstacles à l'implication des hommes dans la santé des mères et des enfants et les solutions susceptibles de favoriser cette implication ont été explorés lors des entretiens individuels. Les résultats relatifs à ces dimensions ne sont pas présentés dans le présent article et feront l'objet d'une publication distincte.

Annexe 2

Guides d'entretien

Groupes de discussion*

Les participant·es ont été appelé·es à réagir de manière générale sur l'implication des hommes dans la santé des mères et des enfants.

Des sous-questions ont permis de vérifier plus concrètement les pratiques usuelles, particulièrement du côté des hommes, en regard des différentes étapes de la grossesse en lien avec les services de santé :

1. Les principaux facilitateurs de l'implication des hommes
 - a. Au niveau de la communauté
 - b. Au niveau des agent·es de santé à base communautaire
 - c. Au niveau du centre de santé et de promotion sociale
 - d. Au niveau des autres structures de santé
 - e. Au niveau des autres professionnel·les de la santé
 - f. Au niveau de l'état
 - g. Au niveau de la culture
2. Les principaux obstacles à l'implication des hommes
 - a. Au niveau de la communauté
 - b. Au niveau du centre de santé et de promotion sociale
 - c. Au niveau des agent·es de santé à base communautaire
 - d. Au niveau des autres structures de santé
 - e. Au niveau des autres professionnel·les de la santé
 - f. Au niveau de l'état
 - g. Au niveau de la culture
3. Quelles solutions peuvent être envisagées dans le but de faciliter l'implication optimale des hommes dans la santé des mères et des enfants au Burkina Faso ?
 - a. Au niveau de la communauté
 - b. Au niveau du centre de santé et de promotion sociale
 - c. Au niveau des agent·es de santé à base communautaire
 - d. Au niveau des autres structures de santé
 - e. Au niveau des autres professionnel·les de la santé
 - f. Au niveau de l'état
 - g. Au niveau de la culture

Note. *Les facteurs facilitant et les obstacles à l'implication des hommes dans la santé des mères et des enfants et les solutions susceptibles de favoriser cette implication ont été explorés lors des groupes de discussion. Les résultats relatifs à ces dimensions ne sont pas présentés dans le présent article et feront l'objet d'une publication distincte.