

## Barrières à l'utilisation des services de santé maternelle : revue systématique de littérature.

Christiane Bodohanta RAMAMONJISOA<sup>1,2</sup>, Justin Jacques RAVELOMANATSOA<sup>1,2</sup>, Antonin RAJABO<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>École Doctorale Nutrition-Environnement-Santé, Université de Mahajanga, Madagascar.

<sup>2</sup>Laboratoire d'Epidémiologie et de Biostatistique en Santé des Populations

---

**Résumé :** **Contexte :** En 2000 les Nations Unies ont fixé les Objectifs du Millénaire pour le Développement qui incluait l'amélioration de la santé Maternelle en réduisant le taux de Mortalité Maternelle de 75 pourcent pour l'an 2015. L'utilisation des services de santé maternelle était l'une des activités clés pour atteindre cet objectif. A la fin de 2015 peu de pays avaient atteint cet objectif. L'utilisation des services de santé maternelle restait inadéquate. Cette étude avait pour but de faire la synthèse de la littérature publiée entre 2015 et 2019 ayant mené des investigations sur les barrières perçues par les femme enceintes et accouchées, à l'utilisation des services de santé maternelle. **Méthode :** Une revue systématique de la littérature publiée de 2015 à 2019 était menée. La recherche électronique et manuelle des articles se faisait en utilisant des mots-clés pour identifier les articles. Toutes les méthodes : qualitative, quantitative et mixte étaient considérées. Une synthèse était effectuée pour mettre en évidence les barrières les plus soulevées par les auteurs. **Résultats :** 92 articles ont répondu aux critères d'inclusion. Pour les pays d'Afrique les principales barrières restaient le faible niveau d'éducation, le faible revenu des ménages, les facteurs géographiques, le manque de connaissances en santé maternelle et d'informations, les facteurs liés au système de santé et les facteurs socio-culturels. Pour les pays développés, il s'agissait de problèmes liés à l'immigration. Ainsi cette revue a également permis de voir l'émergence d'autres types d'obstacles à l'utilisation des centres de santé maternelle qui n'étaient pas signalés avant 2015, tels que les problèmes spécifiques des femmes déplacées et immigrées dans les pays développés hôtes. **Conclusion :** Beaucoup de facteurs restent non résolus. Les décideurs en santé devraient tenir compte de ces facteurs dans les nouvelles stratégies d'amélioration de l'utilisation des services de santé maternelle. **Mots-clés:** services de santé maternelle, utilisation, barrières et revue de littérature.

*Abstract : **Background:** In 2000, the United Nations set the Millennium Development Goals that includes the improvement of maternal health by reducing the maternal mortality ratio by 75% in 2015. The use of maternal healthcare services was one of the key activities to reach that target, though at the end of 2015, few countries have reached it and the use of maternal healthcare services remained inappropriate. The main objectives of this study was to synthesize 2015-2019 published literature that had examined the barriers to the use of maternal healthcare services that pregnant women and those who have just given birth perceived. **Methods:** A systematic review of literature that was published between 2015 and 2019 was undertaken. Manual and automatic research of articles using keywords was used to identify articles about the barriers to the use of maternal healthcare services. All methods – qualitative, quantitative and mix – were considered. Then a synthesis was done to highlight the barriers that are the most raised by the authors. **Results:** 92 articles matched the inclusion criteria. For countries in Africa, the main barriers remained the low level of education, low household income, geographical factors, lack of knowledge in maternal healthcare, lack of information, health system linked factors and socio-cultural factors. For developed countries, it mainly consists in immigration related issues. Also, this review study has revealed other kind of obstacles to the use of maternal healthcare services that were not common before 2015, such as the specific issues of displaced women and migrants in the host developed countries. **Conclusion.** Lots of factors remain unresolved. Decision makers in health sector shall take account of these factors in the new strategies aiming to improve the use of maternal healthcare services. **Key words:** maternal health services, utilization, barriers, and literature review.*

---

Comment citer cet article : Ramamonjisoa BC, Ravelomanatsoa JJ, Rajabo A. Barrières à l'utilisation des services de santé maternelle : revue systématique de littérature. *Revue Sc. Santé* 2020;1:31-44

## INTRODUCTION

L'OMS définit la mortalité maternelle comme étant le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après la fin de la grossesse, quels que soit la durée et le site de la grossesse, pour toute cause liée ou aggravée par la grossesse ou sa prise en charge, mais qui n'est pas de causes accidentelles ni fortuites. Cette définition a été simplifiée en ces termes : « le décès lié à la grossesse est défini comme le décès d'une femme enceinte ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse, quelle que soit la cause du décès » <sup>[1]</sup>. Selon les statistiques de l'OMS, entre 1990 et 2015, le taux mondial de mortalité maternelle (soit le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) n'a connu qu'une faible diminution de 2,3% par an. En 2015, 303 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou lors de l'accouchement. Une grande partie de ces décès se sont produits dans les pays à faible revenu. En effet, le ratio de mortalité maternelle dans les pays en développement était, en 2015, de 239 pour 100 000 naissances, contre 12 pour 100 000 dans les pays développés. Les causes de décès sont multiples. Les principales complications survenant lors de l'accouchement représentent 75% de l'ensemble des décès maternels. Ces complications sont les suivantes: hémorragie sévère (pour l'essentiel après l'accouchement); infections (habituellement après l'accouchement); hypertension durant la grossesse (pré éclampsie et éclampsie); complications dues à l'accouchement; avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité. Les autres causes de complications sont associées à des maladies comme le paludisme, et le VIH durant la grossesse <sup>[2]</sup>. La grande majorité de ces décès maternels auraient pu être évités si les femmes avaient accès à des soins médicaux de base pendant la grossesse, l'accouchement et en post-partum <sup>[3]</sup>. La littérature rapporte que, dans toutes les régions du monde, la plus lourde charge de morbidité maternelle et infantile se concentrent dans les pays où les systèmes de santé sont faibles et les services non disponibles ou inexistants <sup>[4]</sup>. Selon Law JE et al., l'accès inadéquat aux soins prénatals de qualité contribue significativement à ces décès maternels pourtant évitables <sup>[5]</sup>. Il est largement admis que le recours aux services de santé maternelle contribue à réduire la morbidité et la mortalité maternelles. L'utilisation des services de soins prénatals permet aux femmes enceintes et à leurs familles de s'informer sur les signes et symptômes de danger concernant les risques de l'accouchement, et d'obtenir des conseils sur les avantages de choisir un accouchement sous assistance médicale et sur les mesures préventives nécessaires telles que les vaccins et autres soins de santé. A titre d'exemple, le vaccin antitétanique effectué pendant la grossesse peut sauver la vie de la

mère et celle du nouveau-né. La prévention et le traitement du paludisme ainsi que la prise en charge de l'anémie chez les femmes enceintes peuvent améliorer la santé maternelle <sup>[6]</sup>. Toutefois, malgré les efforts déployés pour améliorer les accueils dans les centres de santé, toutes les femmes enceintes n'utilisent pas les services de santé maternelle <sup>[7]</sup>. Les données statistiques de 2000-2001 avaient montré que plus de 70% des femmes dans le monde avait fait au moins une visite anténatale avec un personnel de santé qualifié pendant la grossesse. Le taux national était de 73% pour Madagascar. Pourtant, l'OMS recommande quatre soins prénatals à faire pendant la grossesse pour la majorité des femmes enceintes sans complication <sup>[8]</sup>. En septembre 2000 à New York, une importante réunion des chefs d'états (191 pays) et des grandes institutions de l'ONU adopte la Déclaration du Millénaire qui a été transformée en 8 Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à atteindre en 2015. L'OMD numéro 5 concernait la Santé de la Mère et visait à réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle (MM) entre 1990 et 2015 <sup>[9]</sup>. L'accès universel à des visites prénatals était un des indicateurs clés pour atteindre l'objectif N°5 des OMD <sup>[10]</sup>. L'OMS avait fait la promotion d'un paquet d'interventions fondées sur des preuves probantes de quatre visites prénatals axées sur les objectifs. Celles-ci connues sous le terme de Consultations Prénatals (CPN) <sup>[11]</sup>. En 2015 à la fin de l'OMD, l'évaluation de l'objectif numéro 5 avait rapporté que « grâce aux OMD, plus de femmes bénéficiaient d'une assistance médicale et des soins nécessaires, pendant leur grossesse et après l'accouchement. Dans le monde le taux de mortalité maternelle a été réduit de près de moitié, et aujourd'hui les ¾ des naissances se déroulent en présence de personnel de santé de qualité ». Il importe de souligner que 99% des 289.000 décès se sont produits dans les pays en développement, plus de la moitié du total de ces décès maternels ont eu lieu en Afrique Sub-saharienne et environ un quart en Asie du Sud. Grâce aux progrès réalisés dans ces deux régions les plus touchées, le taux de mortalité a été réduit, pour l'Asie du sud, de 550 pour 100.000 naissances vivantes en 1990 à 190 en 2013, soit une réduction de 65%, et de près de 50% en Afrique Sub-saharienne la même année. Ces réussites sont faibles par rapport à l'objectif fixé par le numéro 5 de l'OMD, qui visait une réduction des décès maternels de 75% en 2015 <sup>[12]</sup>. La faible utilisation des services de santé maternelle était une des principales causes de la défaillance de la réalisation des OMD. Pour répondre à cette problématique, de nombreuses recherches ont été effectuées pour mettre en évidence les facteurs qui influencent négativement l'utilisation des Services de Soins Maternels. La connaissance de ces facteurs devrait permettre d'identifier les interventions les plus adaptées pour

la promotion de la Santé maternelle et abaisser ou même éradiquer la mortalité maternelle et infantile. Déterminer les facteurs à l'origine de la non utilisation des services de santé était un challenge que s'étaient fixé de nombreux chercheurs dans le monde. Selon la littérature les facteurs peuvent être d'ordre individuel, sociétal, communautaire et/ou étatique. La revue systématique de littérature, menée par Simkhada et al., (2008), avait identifié comme facteurs les plus souvent cités qui influent sur le recours aux soins prénataux : l'éducation de la mère, l'éducation du mari, l'état civil, la disponibilité, le coût, le revenu du ménage, l'emploi des femmes, l'exposition aux médias, les antécédents de complications obstétriques, les croyances et les idées culturelles sur la grossesse. La parité semblait avoir un effet négatif statistiquement significatif sur la fréquence d'utilisation adéquate des services de santé maternelle. Les femmes dont la parité est élevée avaient tendance à moins recourir aux soins prénataux. D'après les auteurs, il existe une interaction avec l'âge et la religion des femmes. Une seule étude a examiné l'effet de la qualité des services prénataux sur l'utilisation <sup>[13]</sup>. Les facteurs sus-rapportés par cette revue concernaient les obstacles identifiés avant 2015 et qui ont été pris en compte pour formuler les recommandations pour les OMD. Les déterminants sont nombreux, variés et susceptibles de changement au fur et à mesure des expériences et nécessitent une actualisation. C'est la raison qui nous a conduite à faire une nouvelle revue systématique de littérature axée sur la synthèse des études menées de 2015 à 2019. Nous étions partis de l'hypothèse que si on connaît les raisons ou les barrières qui empêchent les femmes d'utiliser les Services de Santé Maternelle (SSM), on pourrait améliorer l'accès aux soins en solutionnant ces barrières.

Le but de cette revue systématique était de faire la synthèse de toute la littérature publiée entre 2015 et 2019 qui avait mené des investigations sur les barrières perçues par les femmes enceintes et accouchées à l'utilisation des services de soins de santé maternelle.

Les objectifs spécifiques étaient d'identifier les articles traitant les barrières à l'utilisation des femmes enceintes ou accouchées des services de consultations prénatales et postnatales ; d'analyser et résumer les principaux déterminants identifiés et de déterminer leurs implications

## METHODE :

La recherche d'articles était concentrée sur deux bases de données électroniques internationales : Google Scholar et PubMed en utilisant des combinaisons de mots clés : barrières OU déterminants OU facteurs de risque ; utilisation des services de santé maternelle OU soins prénataux OU

soins postnataux ; perceptions des femmes enceintes et ou accouchées.

*Critères d'inclusion :* Les articles originaux publiés entre 2015-2019 rapportant, selon les perceptions des femmes enceintes ou accouchées, les barrières, facteurs, déterminants à l'utilisation de soins de santé maternels (CPN; PNC). Ont été ciblées les femmes enceintes ou accouchées deux ans avant l'enquête ; (ne présentant pas de pathologies (diabète, HIV, incapacités physiques ou mentales) rapportant les barrières à l'utilisation des services de santé maternelle (SSM). Tous les types d'étude étaient considérés sauf les revues systématiques et méta-analyses. Les langues de publication recherchée étaient le français, et l'anglais ou autre langue si une traduction en anglais ou en français était possible via le site de publication, ou tout article en d'autres langues que le français ou l'anglais mais avec résumé en anglais ou en français accessible.

*Ont été exclus,* les articles publiés avant 2015 et après 2019 ; les revues systématiques de littérature et méta-analyses ; les articles publiés en d'autres langues que le français et l'anglais sans traduction en anglais ou en français du texte ou du résumé.

*Processus de sélection :* La sélection des articles se déroulait en trois phases : dans la phase 1, les articles étaient sélectionnées à partir du titre et à base des critères d'inclusion et triés par trois chercheurs (RBC, RJJ et RA) séparément. En phase 2, les résumés étaient lus pour évaluer leur éligibilité et ceux qui ne répondaient pas aux critères étaient éliminés ainsi que les doublons. En dernière phase, les articles étaient lus dans leur intégralité et analysés. Les références étaient vérifiées pour identifier d'autres articles à inclure dans la revue. Les articles éligibles ont été classés dans un tableau de synthèse préliminaire constituant le numéro d'identité attribué à l'article au fur et à mesure de son intégration, le nom du premier auteur, l'année de publication, le titre de l'article, le design d'étude suivi, l'échantillonnage, et les principales barrières à l'utilisation des services de soins de santé maternels rapportés et/ou facteurs facilitateurs relatés par les femmes enceintes et accouchées. Pour faciliter la classification et la synthèse des facteurs identifiés dans cette revue, comme étant des barrières à l'utilisation des services de soins maternels [utilisation des CPN, de soins postnataux (PNC), planning familial], le cadre du modèle comportemental d'Andersen <sup>[14]</sup> était utilisé. Dans ce modèle, les facteurs prédisposant à l'utilisation des services de soins de santé maternelle sont les caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge, l'état marital, la parité, le niveau d'éducation de la femme et/ou de son partenaire. Tandis que l'état financier du ménage et le lieu de résidence sont considérés comme des facteurs facilitant les visites des services de soins maternels.

Les facteurs de besoins sont la perception, la connaissance de complications de grossesse. Ce sont ces facteurs qui motivent l'utilisation des services de santé maternelle.

*Processus d'évaluation des articles et des facteurs identifiés :* Les consultations prénatales ou CPN, et les visites postnatales de consultations ou PNC, le planning familial, les vaccins, l'utilisation des services de soins de santé maternelle constituaient les variables dépendantes. La qualité des articles de type quantitatif était appréciée si les facteurs associés étaient examinés en utilisant des tests de  $\chi^2$  et ensuite passés par des analyses multivariées de régression logistique pour déterminer quels facteurs parmi les identifiés étaient les meilleurs pour expliquer et prédire l'utilisation des services.

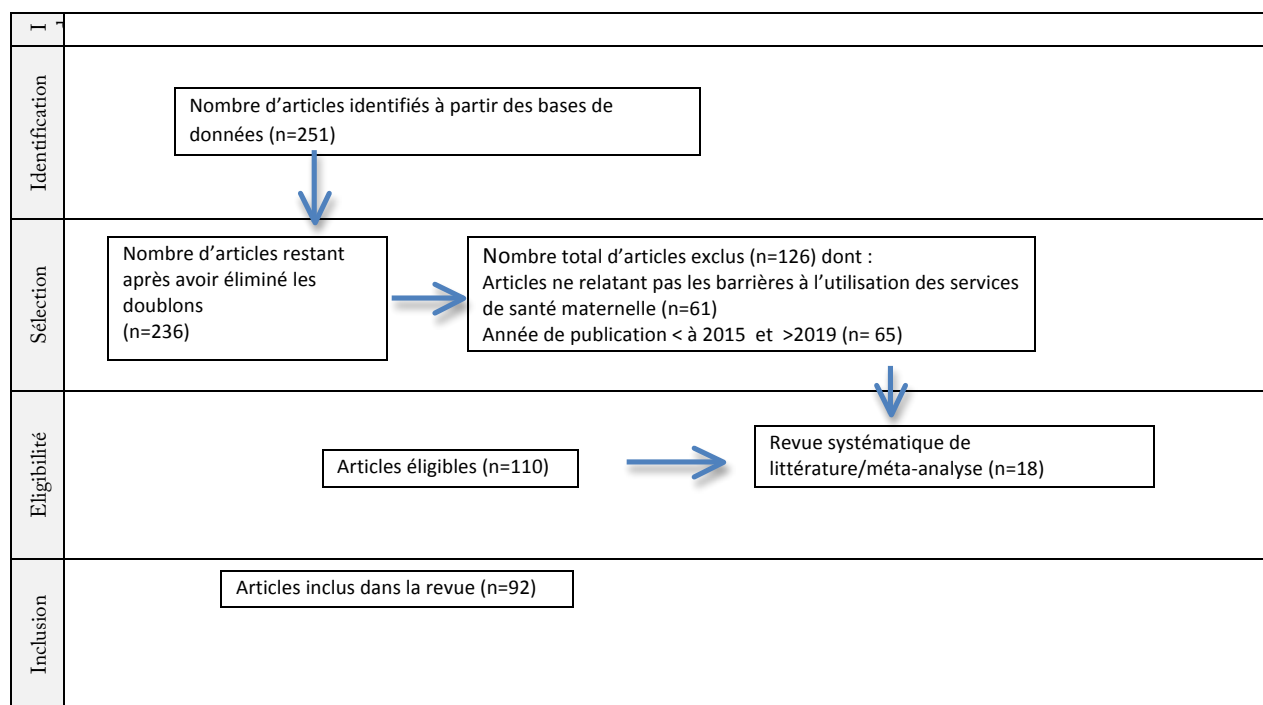
La force d'association était évaluée par l'Odds ratio ajusté à 95% d'Intervalle de Confiance (IC) et une significativité attestée à  $p < 0,05$ . Les études qualitatives étaient évaluées par la comparabilité de la méthodologie utilisée. L'interview en profondeur

ou In-depth Interview (IDI) et discussions en focus groupe (FGDs) étaient priorisés comme méthodes d'enquête. L'analyse thématique était souhaitée.

## RESULTATS :

Au total 251 articles ont été identifiés. Après sélection, quinze doublons ont été éliminés et sur les 236 articles restant, 61 articles ne relatant pas les barrières (facteurs, déterminants) à l'utilisation des services de santé maternelle étaient exclus de même que les 65 articles dont les dates de publication étaient en dehors de 2015 et de 2019. Après sélection, 110 articles étaient éligibles mais 18 étaient déjà des revues systématiques de littérature et ou méta-analyse. Finalement, 92 articles avaient satisfait aux critères d'inclusion dans cette revue systématique de littérature sur les barrières à l'utilisation des services de soins de santé maternelle. Presque tous les articles étaient publiés en anglais. Un seul article était publié en français. (Fig.1)

### Synthèse des résultats :



**Figure 1 : flow chart**

Les 92 articles inclus dans la revue étaient classés par : année de publication, pays, type d'étude, type d'analyse statistique, principaux facteurs identifiés et conclusions des auteurs.

1) *Classification par année de publication :* Sur les 92 articles, Quinze étaient publiés en 2015 ; Seize articles en 2016 ; Dix en 2017 ; Dix neuf en 2018 et Trente deux en 2019

2) *Classification par région géographique et par pays :* Cinq études étaient menées en Europe; Quarante deux en Afrique, deux au Moyen Orient, vingt cinq en Asie, dix en Amérique du nord, trois en Amérique du Sud et cinq études ont été réalisées en inter pays avec deux à sept pays participatifs. (Tableau 1)

3) *Classification selon le design d'étude:* Le quasi totalité des articles traitait d'études originales.

La majorité des articles, quarante cinq sur les quatre vingt douze (48,91%) étaient des études qualitatives [15, 17, 18, 19, 22, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 36, 38, 39, 41, 48, 51, 52, 53, 55, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 66, 69, 71, 78, 81, 85, 86, 89, 90, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 102, 103, 106] et quarante deux articles (45,65%) étaient des études quantitatives [16, 20, 21, 23, 24, 27, 28, 33, 34, 37, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 50, 56, 57, 64, 67, 68, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 82, 83, 87, 88, 91, 92, 99, 101, 104, 105]. Sept articles étaient de type mixte (qualitative et quantitative) [35, 40, 49, 54, 65, 67, 84]. Parmi les études quantitatives six articles étaient des études prospectives et quasi expérimentales [24, 33, 47, 50 (quasi-expérimentale), 74, 75]. Cinq articles étaient basés sur des enquêtes nationales représentatives [21, 27, 79, 83, 87].

#### 4) Classification selon les types d'analyse des données

La quasi totalité des études qualitatives avaient utilisé l'analyse thématique. Pour les études quantitatives, l'identification des déterminants et l'évaluation des associations avec l'utilisation des services de soins de santé se basaient sur de l'analyse bivariée conduite à l'aide du test de Khi<sup>2</sup> et l'analyse multivariée utilisant parfois la régression logistique pour tester les associations entre les variables dépendantes (CPN, PNC, utilisation des établissements de santé pour l'accouchement) et les différents facteurs. Trente deux études avaient appliqué l'analyse par régression pour identifier les déterminants barrières à l'utilisation des centres de soins de santé maternelles. [20, 23, 24, 27, 28, 37, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 50, 56, 67, 68, 70, 72, 75, 76, 77, 79, 82, 83, 87, 88, 91, 92, 99, 101, 104, 105]

Parmi lesquelles, dans dix neuf études, les auteurs avaient pris la peine d'ajuster l'analyse aux cofacteurs pour évaluer la force d'association des déterminants et l'utilisation des services de santé [20, 23, 27, 28, 37, 44, 47, 56, 67, 70, 72, 75, 77, 79, 83, 87, 88, 91, 101]

#### 5) Classification selon les types de barrières identifiées :

Les barrières à l'utilisation des services de santé maternelle et infantile identifiés dans la présente revue étaient multiples.

##### a) Facteurs démographiques et socioculturels :

- l'influence de l'âge

Les femmes plus âgées conseillent aux jeunes femmes enceintes d'utiliser les méthodes traditionnelles pour garantir l'issu positif de la grossesse [30]. Être âgé de 14 à 34 ans, (être dans le 4<sup>ème</sup> ou 5<sup>ème</sup> quintile de richesse et les visites à domicile) est un des facteurs prédictors de CPN précoce [50]. Le retard de présentation aux CPN était associé à l'âge de <20 ans [72]. Les femmes plus âgées, étaient moins susceptibles d'utiliser les services de soins maternels [75].

Les femmes plus jeunes voire mineures font moins de CPN par timidité et leur position dans la hiérarchie familiale [63]. Pourtant, d'autres auteurs avaient déterminé que l'âge maternel montrait de forte association avec les prestations en

établissement de santé mais l'utilisation d'établissement de santé était plus élevée chez les femmes les plus jeunes [88].

Les soins postnatals (PNC) étaient retardés, voir absentes chez les femmes plus âgées. En effet, d'après les résultats de cette revue, plus la femme est âgée, moins elles viennent pour PNC à cause de leur expérience antérieure de grossesse et d'accouchements. Cette relation entre l'âge avancé et l'utilisation des services de PNC (temps et fréquence) était relatée dans Quatre articles. [26, 31, 64, 67]

- L'influence de l'état marital était soulevée dans cinq articles [33, 37, 45, 67, 78].

Les mariages des enfants très jeunes âges avaient diminué le recours aux CPN et aux PNC, bref, à la non utilisation des services de santé maternelle.

Les femmes mariées à + de 18 ans, étaient plus nombreuses à utiliser les services de santé maternelle. Marier les femmes à partir de 18 ans était considéré comme facteurs facilitateurs. [33, 62]

Ne pas être mariée par contre, peut être une barrière à l'accès aux soins maternels. [67, 78],

- L'influence de la parité

Les femmes à grande parité utilisaient moins les services de soins postnatals. [50, 47, 67, 68, 74, 91]

##### b) facteurs sociaux :

Les facteurs socioculturels tels que la religion, les croyances, les traditions, l'éducation, et l'état marital influencent l'utilisation des services de santé maternelle par les femmes de Talensi [78].

- Croyances, cultures : [19, 22, 25, 26, 54, 55, 81, 95]

En Afrique, la préférence pour les accoucheuses traditionnelles a été fortement affectée par la croyance traditionnelle.

- Niveau d'éducation de la femme et ou du mari :

Les analyses révélèrent que les femmes, ou celles dont les maris, avaient un faible niveau d'éducation formelle faisaient moins de consultations prénatales et ou postnatales [26, 27, 33, 37, 43, 46, 57, 62, 68, 69, 70, 75, 76, 77, 78, 79, 82, 87, 88, 91, 92, 93, 103]

Par ailleurs, le *Health literacy* ou analphabétisation en santé maternelle, était également rapportée. Les connaissances en santé contribuent à expliquer l'association entre l'éducation maternelle et l'utilisation des services de santé, rapportée dans neuf articles. [15, 28, 39, 60, 66, 82, 86, 98, 100]

- Rôle du media, de l'information en santé

Et selon la présente revue, le manque d'exposition ou d'accès aux medias avait des impacts sur la décision des femmes à effectuer des consultations pré, péri ou post natales. Les femmes qui lisaient les journaux avaient une chance plus élevée d'accoucher dans ces établissements de santé. Les femmes exposées aux mass media et non-

marginalisées étaient plus susceptibles de faire au moins trois CPN. [20, 28, 46, 70, 77, 88, 100]

*b) Barrières économiques :*

Facteurs économiques : Trente sept articles sur les 92 avaient relaté les impacts du faible revenu des ménages et des coûts des soins et de transport sur l'utilisation des services de santé maternelle. [15, 16, 17, 19, 23, 25, 27, 29, 30, 33, 35, 36, 40, 41, 43, 45, 50, 59, 61, 62, 63, 65, 67, 70, 74, 76, 78, 79, 80, 81, 83, 87, 88, 89, 90, 96, 97, 101]

*c) Barrières géographique/environnementales :* les résultats de cette revue avaient rapporté que la distance entre l'habitation et les centres de soins maternels ainsi que le manque de moyens de transport étaient d'importantes barrières à l'accès aux soins maternels. Vingt trois articles sur les quatre vingt douze les avaient soulignées. [16, 17, 18, 21, 23, 25, 31, 40, 44, 48, 49, 56, 59, 63, 64, 65, 69, 74, 78, 80, 81, 90, 93]

- Facteurs liés au lieu de résidence: les femmes vivant en milieu rural consultaient moins les services de santé maternels comparées à celles vivant en milieu urbain. Plus spécifiquement, l'utilisation de CPN est plus fréquente chez les urbaines que chez les femmes du milieu rural. [34, 43, 72, 75, 76, 83, 87, 92]

- Facteurs liés aux systèmes d'information  
D'après cette revue, l'information devrait jouer un rôle important. Des articles avaient rapporté l'impact de mass media. Les femmes n'ayant pas accès aux mass media faisaient moins de CPN et de PNC. [20, 28, 46, 70, 77, 88, 100]

*c) Facteurs liés au système de santé :* les résultats de cette revue avaient trouvé comme autre barrière l'une utilisation non adéquate des services de soins maternels en relation avec le système de santé :

- les femmes enceintes avaient trouvé que l'attitude négative des prestataires était un frein à l'utilisation des services de santé: [16, 17, 25, 29, 41, 42, 84, 100] ;
- la fréquente indisponibilité des prestataires était également une barrière à l'utilisation des services de santé maternelle : [18, 35, 36, 40, 44, 49, 59, 63, 87] ;
- l'accessibilité aux services de soins du point de vue éloignement et coût était identifiée dans quatre articles [48, 63, 103, 106].
- et les perceptions négatives concernant la qualité des centres de soins étaient soulevés dans sept articles [15, 17, 41, 48, 58, 71, 103]

*f) Facteurs liés aux croyances, à la religion, à la perception*

*La Religion pouvait être une barrière à l'accès aux soins :* [25, 28, 36, 56, 57]

La croyance que la grossesse est un phénomène naturel et l'absence de symptômes pathologiques, faisaient que les CPN étaient jugées non nécessaires par les femmes.

Mais il y avait également le manque de connaissance des signes de danger et des bénéfices des services de santé offerts. Les femmes sans complication de grossesse manquaient ou

retardaient les visites pour CPN. Les CPN manquées entraîneraient des manques de PNC [33, 39, 51, 63, 89, 103]

Les CPN et PNC étaient considérés comme des soins curatifs donc, pour les femmes qui le pensaient, il n'y avait aucunement besoin d'en faire et d'utiliser les services de santé maternelle, sauf par peur de complications. Ainsi la demande de CPN se fait seulement en cas de complications de grossesse. [15, 19, 31, 34, 40, 46, 48, 52, 73]

Ont été également rapporté comme barrières à l'accès aux services de santé maternelle :

- le manque de pouvoir de décision des femmes [15, 16, 19, 35, 63, 60, 95] qui se traduisait par le manque d'autonomie des femmes. [28, 41, 71]
- le manque de planning familial (grossesses non planifiées) : [49, 84, 90]
- la peur/crainte de résultat positif du test de VIH : [40, 90]

*d) Barrières spécifiques des femmes immigrées :*

- Sentiment de stigmatisation, stéréotype étaient leurs barrières à l'accès aux CPN et PNC relatés dans Neuf articles. [15, 38, 69, 85, 86, 94, 102, 104, 106]
- Les barrières de langue ont été rapportées par Cinq articles dans la présente revue. [15, 55, 58, 60, 79, 83]
- Les femmes immigrées souffraient d'isolement, d'instabilité dû à leur situation administrative irrégulière et de manque de support social [60]

*De plus, les fausses couches répétées n'encourageaient pas à faire des consultations prénatales.* [94]

Impact des CPN sur les soins postnatals : faire des CPN encourage à faire des PNC [86, 92]

Les femmes enceintes, de grossesses non planifiées faisaient moins de CPN. [40, 92, 95]

Exemples de barrières aux soins postnatals:

- Pas assez de sensibilisation, [72]
- Le fait d'accoucher à domicile, [71]
- Le manque de compréhension du rôle des CPN, et l'idée fausse sur les PNC, [78]
- L'âge avancé des mères ; grande parité.

Les femmes mineures, d'après trois articles de cette revue faisaient moins de recours aux CPN [48, 54, 67].

Recours tardifs aux CPN (effectifs seulement à compter du 5<sup>ème</sup> mois de grossesse):

Causes ou raisons évoquées :

- manque de connaissance du calendrier et objectifs des CPN
- perception de complications de grossesse
- besoin de bonne santé
- en absence de symptôme : pas besoin de CPN : [70]

Facteurs facilitateurs:

Les facteurs favorisant (positivement) l'utilisation des centres de santé maternelle:

- vivre à moins de 5km autour du centre de santé
- disponibilité de services de bonne qualité et de faible coût
- et facilité d'accès aux établissements de santé.

Les facteurs qui influençaient le continuum de soins maternels étaient très complexes. Ils étaient affectés par le niveau individuel, communautaire, et les services de santé ainsi que par le niveau du système de santé à savoir: la disponibilité de personnel de santé qualifié; la disponibilité de services de bonne qualité, d'équipement et de faible coût, et la facilité d'accès aux établissements de santé.

## DISCUSSION:

Les barrières identifiées à travers les pays étaient souvent similaires. Les études menées en Europe centrale et en Europe de l'est, avaient trouvé comme principales barrières à l'accès aux soins maternels adéquats des déterminants socio-culturels, la distance géographique vers les institutions de santé, la communication inappropriée des prestataires de santé, les temps d'attente longs, et le fait de ne pas avoir d'assurance maladie. Ces résultats étaient similaires à ceux rapportés par Mitenience E et al., dans leur revue systématique de littérature. [108]

Dans la présente revue, les études menées dans les pays industrialisés ciblaient pour la plupart la situation des femmes immigrées pour qui la barrière linguistique freinait l'utilisation des services de santé maternelle, et les facteurs socio-culturels dominaient les déterminants à l'utilisation des services de santé maternelle.

La plupart des études menées en Afrique, avaient rapporté que le niveau d'éducation et l'alphabétisation en santé étaient des facteurs importants pouvant favoriser l'utilisation des services de santé maternelle par les femmes enceintes et accouchées. Les femmes qui n'étaient pas allées à l'école ou avaient de faible niveau d'éducation (arrêté en primaire) sont moins susceptibles de faire des CPN ou de PNC. Le faible niveau économique des ménages était une barrière importante à l'utilisation des services de santé dans ces pays. La fréquence des CPN était associée au niveau économique des ménages. En dehors de la difficulté financière des ménages, étaient également souligné, comme ayant une association importante à l'utilisation inadéquate ou non utilisation des CPN notamment, les facteurs indirects tels que le manque de moyen de transport, aggravé par la longue distance à parcourir pour accéder aux services de santé le plus proche. Dans la présente revue, la multiparité, être enceintes à moins de 18ans, ne pas être mariée, et avoir une grossesse non planifiée étaient associées à une utilisation retardée de CPN. La faible perception des risques liés à la grossesse, l'influence des époux et belles-mères et les normes traditionnelles et culturelles dominaient encore en Afrique et compliquaient l'accès des femmes aux services de santé maternelle.

Ainsi, les barrières socioculturelles liées aux accouchements dans les établissements de santé étaient des croyances profondément ancrées selon lesquelles l'accouchement était un événement de la vie normale, que les femmes souhaitaient être prise en charge par les membres de la famille, bénéficier ainsi d'une plus grande liberté de mouvement à la maison, d'un environnement chaleureux, avoir la possibilité d'obtenir des aliments «chauds», appropriés, et sauvegarder la timidité des jeunes femmes. Des résultats similaires ont été rapportés pour le manque d'éducation de la mère et l'occupation du mari comme rôle d'obstacle important, car c'est l'éducation de la mère et l'occupation du mari qui se sont avérées être de solides prédicteurs de l'utilisation des soins de santé maternelle. Concernant le système de santé, c'est le manque de ressources financières, matérielles et humaines qui est le plus important pour les pays en développement.

Si on classe les facteurs par ordre de fréquence de citation, le premier problème reste les barrières économiques. En deuxième position revient le problème de niveau d'éducation de la femme et du mari. En troisième rang des difficultés se positionnent les barrières géographiques et environnementales suivies par les facteurs liés au système de santé et en dernier lieu, les facteurs socio-culturels. Comparés aux déterminants soulevés par les études antérieures à 2015 notamment dans la revue systématique de littérature de Simkhada et al., 2008, on observe la présence de facteurs qui étaient cités avant 2015 et qui sont toujours présents durant la période de la présente revue [13]. Les facteurs tels que le niveau d'éducation du couple, le revenu de la famille, et l'emploi de la femme restent des barrières importantes encore non résolues. Il en est de même pour les facteurs culturels. Le manque de pouvoir de décision et d'autonomie des femmes est encore soulevé. Le manque de planning familial source de grossesses non planifiées. Si dans la revue de Simkhada et al., [13] un seul article avait soulevé l'impact de la qualité des services prénataux, les facteurs liés au système de santé étaient rapportés par vingt deux études dans la présente revue. Ont été soulevés l'indisponibilité des prestataires, l'attitude négative des prestataires, l'accessibilité aux services de santé maternelle, et la qualité des prestations dans les services rappelons que cette dernière avait été rapportée par sept articles. L'impact des antécédents de complications obstétriques sur l'utilisation des services de santé



était encore discuté. Le manque de connaissance des soins de santé maternels laisse croire que le média doit être plus encore sollicité. Ainsi cette étude revue a également permis de voir l'émergence d'autres types d'obstacles à l'utilisation des CSM, qui n'étaient pas signalés comme courant avant 2015, tels que les problèmes spécifiques des femmes déplacées et immigrées dans les pays développés hôtes. La prise en compte des nouveaux facteurs identifiés, et des anciens déjà cités encore non résolus, pourrait contribuer à la diminution du taux de mortalité maternelle et infantile dans les pays qui n'avaient pas enregistré de grands progrès dans ce sens, ou dans les pays où ce taux est resté stationnaire, comme c'est le cas à Madagascar.

## CONCLUSION:

Les facteurs qui influençaient le continuum de soins de santé maternelle étaient très complexes. Ils étaient affectés par le niveau individuel, communautaire, et les services de santé ainsi que par le niveau du système de santé.

Les barrières d'accès doivent être systématiquement traitées si on voudrait augmenter l'accès aux soins et par la même occasion réduire le taux de mortalité maternelle mais aussi infantile.

Déconstruire les croyances concernant les systèmes de santé peut améliorer l'accès, en particulier chez les femmes âgées. Elever le niveau d'éducation pour la santé par tous les moyens de communication pourrait augmenter significativement le nombre de consultations prénatales correctes et postnatales.

La mise en place d'une assurance maladie serait une solution pour réduire les frais.

Les facteurs étant bien mis en évidence, il est possible de mettre en œuvre des actions pour améliorer l'accès des femmes enceintes aux services de santé maternelle.

## REFERENCES :

- [1]. WHO. Health statistics and information systems. <https://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/>
- [2]. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD, et al. **Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis.** *Lancet Global Health.* 2014;2(6): e323-e333
- [3]. OMS. Le dossier mère-enfant: guide pour une maternité sans risque. *Organisation mondiale de la Santé*, Genève, 1994
- [4]. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. **Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN**

## Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group.

- [5]. Lawn JE, Lee AC, Kinney M, et al. **Two million intrapartum-related stillbirths and neonatal deaths: where, why, and what can be done?.** *Int J Gynaecol Obstet.* 2009;107 Suppl 1:S5-S19. doi:10.1016/j.ijgo.2009.07.016)
- [6]. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. **Antenatal care in developing countries. Promises, achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials.** *WHO.* 2003.)
- [7]. OMS. Mortalité maternelle. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- [8]. World Health Organization. **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.** *WHO* 2016. Geneva, Switzerland: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf?ua=1>.
- [9]. OMS. Les Objectifs du Millenium pour le Développement. *OMS.* [https://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/about/fr/](https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/fr/)
- [10]. United Nations 2015 Millenium Development Goals (5B). [www.un.org/millenniumgoals/](http://www.un.org/millenniumgoals/).
- [11]. World Health Organisation. **WHO Antenatal Care Randomized Trial. Manual for the Implementation of the New Model.** *World Health Organisation*, 2002.
- [12]. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, United Nations Population Division. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2015** November 2015.
- [13]. Simkhada B, Teijlingen ER, Porter M, Simkhada P. Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. *J Adv Nurs.* 2008;61(3):244-260. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04532.x
- [14]. Andersen Ronald. "Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?". *J Health Soc Behav.* 1995;36 (1): 1-10. doi:10.2307/2137284. PMID 7738325.]
- [15]. Niang M, Dupéré S & Bédard E. Le non-recours aux soins prénatals au Burkina Faso. *Santé Publique.* 2015; 27(3): 405-414. doi:10.3917/spub.153.0405.



- [16]. Fagbamigbe AF, Idemudia ES. Barriers to antenatal care use in Nigeria: evidences from non-users and implications for maternal health programming. *BMC Pregnancy Childbirth* 15, 95 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0527-y>
- [17]. Heaman MI, Sword W, Elliott L, et al. Barriers and facilitators related to use of prenatal care by inner-city women: perceptions of health care providers. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:2. Published 2015 Jan 16. doi:10.1186/s12884-015-0431-5
- [18]. Riaz A, Zaidi S, Khowaja AR. Perceived barriers to utilizing maternal and neonatal health services in contracted-out versus government-managed health facilities in the rural districts of Pakistan. *Int J Health Policy Manag* 2015; 4: 279–284. doi: 10.15171/ijhpm.2015.50
- [19]. Chi PC, Bulage P, Urdal H and Sundby J. A qualitative study exploring the determinants of maternal health service uptake in post-conflict Burundi and Northern Uganda. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015; 15:18
- [20]. Acharya D, Khanal V, Singh JK, Adhikari M, Gautam S. Impact of mass media on the utilization of antenatal care services among women of rural community in Nepal. *BMC Res Notes*. 2015;8(1):345.
- [21]. Atuoye KN, Dixon J, Rishworth A, Galaa SZ, Boamah SA, Luginaah I. Can she make it? Transportation barriers to accessing maternal and child health care services in rural Ghana. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:333. Published 2015 Aug 20. doi:10.1186/s12913-015-1005-y
- [22]. Ganle JK. Why Muslim women in Northern Ghana do not use skilled maternal healthcare services at health facilities: a qualitative study. *BMC Int Health Hum Rights*. 2015;15:10. Published 2015 Apr 28. doi:10.1186/s12914-015-0048-9
- [23]. Okwaraji YB, Webb EL, Edmond KM. Barriers in physical access to maternal health services in rural Ethiopia. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:493. Published 2015 Nov 4. doi:10.1186/s12913-015-1161-0
- [24]. Boerleider AW, Manniën J, van Stenus CM, et al. Explanatory factors for first and second-generation non-western women's inadequate prenatal care utilisation: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:98. Published 2015 Apr 21. doi:10.1186/s12884-015-0528-x
- [25]. Ibáñez-Cuevas M, Heredia-Pi IB, Meneses-Navarro S, Pelcastre-Villafuerte B, González-Block MA. Labor and delivery service use: indigenous women's preference and the health sector response in the Chiapas Highlands of Mexico. *Int J Equity Health*. 2015;14:156. Published 2015 Dec 23. doi:10.1186/s12939-015-0289-1
- [26]. Tucker Edmonds B, Mogul M, Shea JA. Understanding low-income African American women's expectations, preferences, and priorities in prenatal care. *Fam Community Health*. 2015;38(2):149–157.
- [27]. Khanal V, Brites da Cruz JL, Mishra SR, Karkee R, Lee AH. Under-utilization of antenatal care services in Timor-Leste: results from Demographic and Health Survey 2009–2010. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:211. Published 2015 Sep 8. doi:10.1186/s12884-015-0646-5
- [28]. Deo KK, Paudel YR, Khatri RB, et al. Barriers to Utilization of Antenatal Care Services in Eastern Nepal. *Front Public Health*. 2015;3:197. Published 2015 Aug 14. doi:10.3389/fpubh.2015.00197
- [29]. Mason L, Dellicour S, Ter Kuile F, et al. Barriers and facilitators to antenatal and delivery care in western Kenya: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:26. Published 2015 Feb 13. doi:10.1186/s12884-015-0453-z
- [30]. Munguambe K, Boene H, Vidler M, et al. Barriers and facilitators to health care seeking behaviours in pregnancy in rural communities of southern Mozambique. *Reprod Health*. 2016;13 Suppl 1(Suppl 1):31. Published 2016 Jun 8. doi:10.1186/s12978-016-0141-0
- [31]. Qureshi RN, Sheikh S, Khowaja AR, et al. Health care seeking behaviours in pregnancy in rural Sindh, Pakistan: a qualitative study. *Reprod Health*. 2016;13 Suppl 1(Suppl 1):34. Published 2016 Jun 8. doi:10.1186/s12978-016-0140-1
- [32]. Akeju DO, Oladapo OT, Vidler M, et al. Determinants of health care seeking behaviour during pregnancy in Ogun State, Nigeria. *Reprod Health*. 2016;13 Suppl 1(Suppl 1):32.
- [33]. Dhoble SS, Akre CV, Kubde SS, Shanbhag SS. Ante natal care utilization and delivery services in a tertiary care hospital. *Int J Community Med Public Health* 2016;3:1449–53

- [34]. Joshi P, Mahalingam G, & Sorte DY. Factors influencing utilization of maternal and child health services among the postnatal mothers in hilly region. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 2016; 4:2170-2176.
- [35]. Banik BK. Barriers to access in maternal healthcare services in the Northern Bangladesh. *South East Asia Journal of Public Health* 2016;6(2):23-36.
- [36]. Puchalski Ritchie LM, Khan S, Moore JE, et al. Low- and middle-income countries face many common barriers to implementation of maternal health evidence products. *J Clin Epidemiol*. 2016;76:229-237. doi:10.1016/j.jclinepi.2016.02.017
- [37]. Sekine K, Carter DJ. The effect of child marriage on the utilization of maternal health care in Nepal: A cross-sectional analysis of Demographic and Health Survey 2016. *PLoS One*. 2019;14(9):e0222643. Published 2019 Sep 19. doi:10.1371/journal.pone.0222643
- [38]. Meyer E, Hennink M, Roachat R, et al. Working Towards Safe Motherhood: Delays and Barriers to Prenatal Care for Women in Rural and Peri-Urban Areas of Georgia. *Matern Child Health J*. 2016;20(7):1358-1365.
- [39]. Nisar YB, Aurangzeb B, Dibley MJ, Alam A. Qualitative exploration of facilitating factors and barriers to use of antenatal care services by pregnant women in urban and rural settings in Pakistan. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:42. Published 2016 Mar 1. doi:10.1186/s12884-016-0829-8
- [40]. Haddad DN, Makin JD, Pattinson RC, Forsyth BW. Barriers to early prenatal care in South Africa. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016;132(1):64-67. doi:10.1016/j.ijgo.2015.06.041
- [41]. Vidler M, Ramadurg U, Charantimath U, et al. Utilization of maternal health care services and their determinants in Karnataka State, India. *Reprod Health*. 2016;13 Suppl 1(Suppl 1):37. Published 2016 Jun 8. doi:10.1186/s12978-016-0138-8
- [42]. Wilcox A, Levi EE, Garrett JM. Predictors of Non-Attendance to the Postpartum Follow-up Visit. *Matern Child Health J*. 2016;20(Suppl 1):22-27. doi:10.1007/s10995-016-2184-9
- [43]. Saad-Haddad G, DeJong J, Terreri N, et al. Patterns and determinants of antenatal care utilization: analysis of national survey data in seven countdown countries. *J Glob Health*. 2016;6(1):010404. doi:10.7189/jogh.06.010404
- [44]. Worku EB, Woldesenbet SA. Factors that Influence Teenage Antenatal Care Utilization in John Taolo Gaetsewe (JTG) District of Northern Cape Province, South Africa: Underscoring the Need for Tackling Social Determinants of Health. *Int J MCH AIDS*. 2016;5(2):134-145.
- [45]. Rwabufigiri BN, Mukamurigo J, Thomson DR, Hedt-Gautier BL, Semasaka JP. Factors associated with postnatal care utilisation in Rwanda: A secondary analysis of 2010 Demographic and Health Survey data. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):122.
- [46]. Machira K, Palamulen M. Rural-urban differences in the use of postnatal care services in Malawi. *J Egypt Public Health Assoc*. 2017;92(1):1-10.
- [47]. Sauvegrain P, Stewart Z, Gonthier C, Saurel-Cubizolles MJ, Saucedo M, Deneux-Tharaux C, et al. Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées. *Bull Epidémiol Hebd*. 2017;(19-20):389-95
- [48]. Wilunda C, Scanagatta C, Putoto G, et al. Barriers to utilisation of antenatal care services in South Sudan: a qualitative study in Rumbek North County. *Reprod Health*. 2017;14(1):65.
- [49]. Lawry L, Canteli C, Rabenzanahary T, Pramana W. A mixed methods assessment of barriers to maternal, newborn and child health in Gogrial west, south Sudan. *Reprod Health*. 2017;14(1):12.
- [50]. Ekirapa-Kiracho E, Muhumuza Kananura R, Tetui M, et al. Effect of a participatory multisectoral maternal and newborn intervention on maternal health service utilization and newborn care practices: a quasi-experimental study in three rural Ugandan districts [published correction appears in Glob Health Action. 2017 Aug;10 (sup4):1377402]. *Glob Health Action*. 2017;10(sup4):1363506. doi:10.1080/16549716.2017.1363506
- [51]. Laing SP, Sinmyee SV, Rafique K, Smith HE, Cooper MJ. Barriers to Antenatal Care in an Urban Community in the Gambia: An In-depth Qualitative Interview Study. *Afr J Reprod Health*. 2017;21(3):62-69. doi:10.29063/ajrh2017/v21i3.5
- [52]. Sacks E, Masvawure TB, Atuyambe LM, et al. Postnatal Care Experiences and Barriers to Care Utilization for Home-

- and Facility-Delivered Newborns in Uganda and Zambia. *Matern Child Health J.* 2017;21(3):599–606. doi:10.1007/s10995-016-2144-4
- [53]. Moshi F, Nyamhanga T. Understanding the preference for homebirth; an exploration of key barriers to facility delivery in rural Tanzania. *Reprod Health.* 2017;14(1):132. Published 2017 Oct 17. doi:10.1186/s12978-017-0397-z
- [54]. Sumankuuro J, Crockett J, Wang S. The use of antenatal care in two rural districts of Upper West Region, Ghana. *PLoS One.* 2017;12(9):e0185537. Published 2017 Sep 28. doi:10.1371/journal.pone.0185537
- [55]. Roberts J, Hopp Marshak H, Sealy DA, Manda-Taylor L, Mataya R, Gleason P. The Role of Cultural Beliefs in Accessing Antenatal care in Malawi: A Qualitative Study. *Public Health Nurs.* 2017;34(1):42–49. doi:10.1111/phn.12242
- [56]. Kikuchi K, Yasuoka J, Nanishi K, et al. Postnatal care could be the key to improving the continuum of care in maternal and child health in Ratanakiri, Cambodia. *PLoS One.* 2018;13(6):e0198829. Published 2018 Jun 11. doi:10.1371/journal.pone.0198829
- [57]. Deepak C, Jauhari N, Dhungana H. A Study on Utilization of Maternal Health Services and Factors Influencing the Utilization in Urban Slums of Lucknow. *Int J Med Public Health.* 2018;8(2):77–81.
- [58]. Miteniece E, Pavlova M, Shengelia L, Rechel B, Groot W. Barriers to accessing adequate maternal care in Georgia: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):631. Published 2018 Aug 13. doi:10.1186/s12913-018-3432-z
- [59]. John TW, Mkoka DA, Frumence G, Goicolea I. An account for barriers and strategies in fulfilling women's right to quality maternal health care: a qualitative study from rural Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):352. Published 2018 Aug 30. doi:10.1186/s12884-018-1990-z
- [60]. Kea AZ, Tulloch O, Datiko DG, Theobald S, Kok MC. Exploring barriers to the use of formal maternal health services and priority areas for action in Sidama zone, Southern Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):96. doi:10.1186/s12884-018-1721-5
- [61]. Mugo NS, Dibley MJ, Damundu EY, Alam A. "The system here isn't on patients' side"- perspectives of women and men on the barriers to accessing and utilizing maternal healthcare services in South Sudan. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):10. Published 2018 Jan 9. doi:10.1186/s12913-017-2788-9
- [62]. Patel P, Das M, Das U. The perceptions, health-seeking behaviours and access of Scheduled Caste women to maternal health services in Bihar, India. *Reprod Health Matters.* 2018;26(54):114–125. doi:10.1080/09688080.2018.1533361
- [63]. Shah R, Rehfuess EA, Paudel D, Maskey MK, Delius M. Barriers and facilitators to institutional delivery in rural areas of Chitwan district, Nepal: a qualitative study. *Reprod Health.* 2018;15(1):110. Published 2018 Jun 20. doi:10.1186/s12978-018-0553-0
- [64]. Yasuoka J, Nanishi K, Kikuchi K, et al. Barriers for pregnant women living in rural, agricultural villages to accessing antenatal care in Cambodia: A community-based cross-sectional study combined with a geographic information system. *PLoS One.* 2018;13(3):e0194103. Published 2018
- [65]. Higgins-Steele A, Burke J, Foshanji AI, et al. Barriers associated with care-seeking for institutional delivery among rural women in three provinces in Afghanistan. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):246. Published 2018 Jun 18. doi:10.1186/s12884-018-1890-2
- [66]. Shah JS, Revere FL, Toy EC. Improving Rates of Early Entry Prenatal Care in an Underserved Population. *Matern Child Health J.* 2018;22(12):1738–1742. doi:10.1007/s10995-018-2569-z
- [67]. Karanja S, Gichuki R, Igunza P, et al. Factors influencing deliveries at health facilities in a rural Maasai Community in Magadi sub-County, Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):5. Published 2018 Jan 3. doi:10.1186/s12884-017-1632-x
- [68]. Mon AS, Phyu MK, Thinkhamrop W, Thinkhamrop B. Utilization of full postnatal care services among rural Myanmar women and its determinants: a cross-sectional study. *F1000Res.* 2018;7:1167. Published 2018 Aug 1. doi:10.12688/f1000research.15561.1
- [69]. Ayers BL, Purvis RS, Bing WI, et al. Structural and Socio-cultural Barriers to Prenatal Care in a US Marshallese Community. *Matern Child Health J.* 2018;22(7):1067–1076. doi:10.1007/s10995-018-2490-5

- [70]. Kifle MM, Kesete HF, Gaim HT, Angosom GS, Araya MB. Health facility or home delivery? Factors influencing the choice of delivery place among mothers living in rural communities of Eritrea. *J Health Popul Nutr.* 2018;37(1):22. Published 2018 Oct 22. doi:10.1186/s41043-018-0153-1
- [71]. Kane S, Rial M, Kok M, Matere A, Dieleman M, Broerse JEW. Too afraid to go: fears of dignity violations as reasons for non-use of maternal health services in South Sudan. *Reprod Health.* 2018;15(1):51. Published 2018 Mar 20. doi:10.1186/s12978-018-0487-6
- [72]. Ebonwu J, Mumbauer A, Uys M, Wainberg ML, Medina-Marino A. Determinants of late antenatal care presentation in rural and peri-urban communities in South Africa: A cross-sectional study. *PLoS One.* 2018;13(3):e0191903. Published 2018 Mar 8. doi:10.1371/journal.pone.0191903
- [73]. Torres R, Kehoe P, Heilemann MV. Predictors of Timely Prenatal Care Initiation and Adequate Utilization in a Sample of Late Adolescent Texas Latinas. *Hisp Health Care Int.* 2018;16(1):29–35. doi:10.1177/1540415318764096
- [74]. Madhi SA, Rivera LM, Sáez-Llorens X, et al. Factors influencing access of pregnant women and their infants to their local healthcare system: a prospective, multi-centre, observational study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):29. Published 2018 Jan 15. doi:10.1186/s12884-017-1655-3
- [75]. Rosário EVN, Gomes MC, Brito M, Costa D. Determinants of maternal health care and birth outcome in the Dande Health and Demographic Surveillance System area, Angola. *PLoS ONE.* 2019; 14(8): e0221280. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221280>
- [76]. Kazanga I, Munthali AC, McVeigh J, Mannan H, MacLachlan M. Predictors of Utilisation of Skilled Maternal Healthcare in Lilongwe District, Malawi. *Int J Health Policy Manag.* 2019;8(12):700–710. Published 2019 Dec 1. doi:10.15171/ijhpm.2019.67
- [77]. Singh R, Neogi SB, Hazra A *et al.* Utilization of maternal health services and its determinants: a cross-sectional study among women in rural Uttar Pradesh, India. *J Health Popul Nutr.* 2019; 38, 13. <https://doi.org/10.1186/s41043-019-0173-5>
- [78]. Dapaah JM & Nachinaab O. Sociocultural Determinants of the Utilization of Maternal Health Care Services in the Tallensi District in the Upper East Region of Ghana. Volume 2019 | Article ID 5487293 | 11 pages | <https://doi.org/10.1155/2019/5487293>
- [79]. Mumtaz S, Bahk J, Khang Y-H. Current status and determinants of maternal healthcare utilization in Afghanistan: Analysis from Afghanistan Demographic and Health Survey 2015. *PLoS ONE* 2019;14(6): e0217827. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217827>
- [80]. Wu Y, Zhou H, Wang Q *et al.* Use of maternal health services among women in the ethnic rural areas of Western China. *BMC Health Serv Res.* 2019;19, 179. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3996-2>
- [81]. Tuyisenge G, Hategeka C, Kasine Y, Luginaah I, Cechetto D, Rulisa S. Mothers' perceptions and experiences of using maternal health-care services in Rwanda. *Women Health.* 2019;59(1):68–84. doi:10.1080/03630242.2018.1434591
- [82]. Izudi J, Akwang DG, McCoy SI, Bajunirwe F, Kadengye DT. Effect of health education on birth preparedness and complication readiness on the use of maternal health services: A propensity score-matched analysis. *Midwifery.* 2019;78:78–84. doi:10.1016/j.midw.2019.08.003
- [83]. Chalise B, Chalise M, Bista B, Pandey AR, Thapa S. Correlates of continuum of maternal health services among Nepalese women: Evidence from Nepal Multiple Indicator Cluster Survey. *PLoS One.* 2019;14(4):e0215613. Published 2019 Apr 19. doi:10.1371/journal.pone.0215613
- [84]. Westgard CM, Rogers A, Bello G, Rivadeneyra N. Health service utilization, perspectives, and health-seeking behavior for maternal and child health services in the Amazon of Peru, a mixed-methods study. *Int J Equity Health.* 2019;18(1):155. Published 2019 Oct 15. doi:10.1186/s12939-019-1056-5
- [85]. Namak SY, Kirk JK. Maternal Health Care Challenges Confronting Arab Muslim Refugee Women in Triad North

- Carolina. *N C Med J.* 2019;80(2):116–119. doi:10.18043/ncm.80.2.116
- [86]. Sami J, Quack Lötscher KC, Eperon I, et al. Giving birth in Switzerland: a qualitative study exploring migrant women's experiences during pregnancy and childbirth in Geneva and Zurich using focus groups. *Reprod Health.* 2019;16(1):112. Published 2019 Jul 22. doi:10.1186/s12978-019-0771-0
- [87]. Dankwah E, Zeng W, Feng C, Kirychuk S, Farag M. The social determinants of health facility delivery in Ghana. *Reprod Health.* 2019;16(1):101. Published 2019 Jul 10. doi:10.1186/s12978-019-0753-2
- [88]. Huda TM, Chowdhury M, El Arifeen S, Dibley MJ. Individual and community level factors associated with health facility delivery: A cross sectional multilevel analysis in Bangladesh. *PLoS One.* 2019;14(2):e0211113. Published 2019 Feb 13. doi:10.1371/journal.pone.0211113
- [89]. Ochieng CA, Odhiambo AS. Barriers to formal health care seeking during pregnancy, childbirth and postnatal period: a qualitative study in Siaya County in rural Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019;19(1):339. Published 2019 Sep 18. doi:10.1186/s12884-019-2485-2
- [90]. Jalu MT, Ahmed A, Hashi A, Tekilu A. Exploring barriers to reproductive, maternal, child and neonatal (RMNCH) health-seeking behaviors in Somali region, Ethiopia. *PLoS One.* 2019;14(3):e0212227. Published 2019 Mar 15. doi:10.1371/journal.pone.0212227
- [91]. Dadi LS, Berhane M, Ahmed Y, et al. Maternal and newborn health services utilization in Jimma Zone, Southwest Ethiopia: a community based cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019;19(1):178. Published 2019 May 22. doi:10.1186/s12884-019-2335-2
- [92]. Berhe A, Bayray A, Berhe Y, et al. Determinants of postnatal care utilization in Tigray, Northern Ethiopia: A community based cross-sectional study. *PLoS One.* 2019;14(8):e0221161. Published 2019 Aug 20. doi:10.1371/journal.pone.0221161
- [93]. Alanazy W, Rance J, Brown A. Exploring maternal and health professional beliefs about the factors that affect whether women in Saudi Arabia attend antenatal care clinic appointments. *Midwifery.* 2019;76:36–44. doi:10.1016/j.midw.2019.05.012
- [94]. Kim KH, Choi JW, Oh J, Moon J, You S, Woo Y. What are the Barriers to Antenatal Care Utilization in Rufisque District, Senegal?: a Bottleneck Analysis. *J Korean Med Sci.* 2019;34(7):e62. Published 2019 Feb 15. doi:10.3346/jkms.2019.34.e62
- [95]. Sumankuuro J, Mahama MY, Crockett J, Wang S, Young J. Narratives on why pregnant women delay seeking maternal health care during delivery and obstetric complications in rural Ghana. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019;19(1):260. Published 2019 Jul 23. doi:10.1186/s12884-019-2414-4
- [96]. Wilson M, Patterson K, Nkalubo J, et al. Assessing the determinants of antenatal care adherence for Indigenous and non-Indigenous women in southwestern Uganda. *Midwifery.* 2019;78:16–24. doi:10.1016/j.midw.2019.07.005
- [97]. Musabyimana A, Lundeen T, Butrick E, et al. Before and after implementation of group antenatal care in Rwanda: a qualitative study of women's experiences. *Reprod Health.* 2019;16(1):90. Published 2019 Jun 27. doi:10.1186/s12978-019-0750-5
- [98]. Dol J, Kohi T, Campbell-Yeo M, Tomblin Murphy G, Aston M, Mselle L. Exploring maternal postnatal newborn care postnatal discharge education in Dar es Salaam, Tanzania: Barriers, facilitators and opportunities. *Midwifery.* 2019;77:137–143. doi:10.1016/j.midw.2019.07.009
- [99]. Francis E, Johnstone MB, Convington-Kolb S, et al. Group Prenatal Care Attendance and Women's Characteristics Associated with Low Attendance: Results from Centering and Racial Disparities (CRADLE Study). *Matern Child Health J.* 2019;23(10):1371–1381. doi:10.1007/s10995-019-02784-7
- [100]. Marsland H, Meza G, de Wildt G, Jones L. A qualitative exploration of women's experiences of antenatal and intrapartum care: The need for a woman-centred approach in the Peruvian Amazon. *PLoS One.* 2019;14(1):e0209736. Published 2019 Jan 7. doi:10.1371/journal.pone.0209736
- [101]. Ogbo FA, Dhama MV, Ude EM, et al. Enablers and Barriers to the Utilization of Antenatal Care Services in India. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(17):3152. Published 2019 Aug 29. doi:10.3390/ijerph16173152

- [102]. Ahrne M, Schytt E, Andersson E, et al. Antenatal care for Somali-born women in Sweden: Perspectives from mothers, fathers and midwives. *Midwifery*. 2019;74:107–115. doi:10.1016/j.midw.2019.03.022
- [103]. Shirzad M, Shakibazadeh E, Betran AP, Bohren MA, Abedini M. Women's perspectives on health facility and system levels factors influencing mode of delivery in Tehran: a qualitative study. *Reprod Health*. 2019;16(1):15. Published 2019 Feb 8. doi:10.1186/s12978-019-0680-2
- [104]. Banke-Thomas A, Agbemenu K, Johnson-Agbakwu C. Factors Associated with Access to Maternal and Reproductive Health Care among Somali Refugee Women Resettled in Ohio, United States: A Cross-Sectional Survey. *J Immigr Minor Health*. 2019;21(5):946–953. doi:10.1007/s10903-018-0824-4
- [105]. Rezaul Karim ANM. Assessing Barriers for Delayed Antenatal Care Services among Tribal Women of Bangladesh. *International Journal of Public Health Research*. 2019;9(2):1100-1107
- [106]. Mgata S, Maluka SO. Factors for late initiation of antenatal care in Dar es Salaam, Tanzania: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):415. Published 2019 Nov 12. doi:10.1186/s12884-019-2576-0
- [107]. Hajizadeh S, Tehrani FR, Simbar M, Farzadfar F. Factors influencing the use of prenatal care: a systematic review. *J Midwifery Reprod Health*. Document12016 ; 4(1) :544-57
- [108]. Miteniece E, Pavlova M, Rechel B, Groot W. Barriers to accessing adequate maternal care in Central and Eastern European countries: A systematic literature review. *Soc Sci Med*. 2017;177:1–8. doi:10.1016/j.socscimed.2017.01.049)



