

RAPPORT TECHNIQUE

Recherche Formative Exhaustive sur les Croyances, les Pratiques et les Comportements en Matière de Santé au Mali



JANVIER 2020



Remerciements

Un certain nombre de personnes ont contribué à l'élaboration de ce rapport de recherche formative et nous apprécions leurs efforts.

Nous remercions l'USAID Mali et l'USAID Washington, D.C. pour leur soutien au projet Breakthrough RESEARCH et cette évaluation formative au Mali.

Nous remercions également sincèrement les collègues du Population Council, ainsi que les membres du personnel et les consultants du projet Breakthrough RESEARCH, qui ont contribué à la conception de la méthodologie, du protocole et des instruments de l'étude et ont aidé à l'analyse des données, ainsi qu'à l'élaboration et à la finalisation de ce rapport.

Nous avons eu la chance de travailler avec une équipe talentueuse de chercheurs maliens du Centre d'études et de recherche sur l'information en population et la santé, qui ont contribué à la conception de l'étude, ont obtenu le soutien des dirigeants régionaux, ont supervisé la collecte des données et ont apporté une contribution importante à l'analyse des données et à la finalisation de ce rapport d'étude. Cette étude n'aurait pas été possible sans leurs efforts, et nous les remercions sincèrement de leur dévouement.

Enfin, nous remercions les participants à la recherche, en particulier les adolescentes et les adolescents, les mères, les pères, les grands-mères et les grands-pères qui ont participé aux groupes de discussion; les leaders communautaires, les guérisseurs traditionnels, les accoucheuses traditionnelles, les sages-femmes et les matrones, qui ont participé aux entretiens approfondis ; et tous les clients de l'entretien de sortie. Nous les remercions de leur participation, sans laquelle cette étude n'aurait pas été possible.



Le projet Breakthrough RESEARCH est rendu possible grâce au généreux soutien du peuple américain par l'intermédiaire de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) en vertu de l'accord de coopération n° AID-OAA-A-17-00018. Le contenu de ce document relève de la seule responsabilité du projet Breakthrough RESEARCH et du Population Council et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du Gouvernement des États-Unis.



La mission du CERIPS est de contribuer à l'amélioration des conditions de vie des populations de la sous-région à travers la collecte et l'analyse des données des informations pertinentes et le développement des compétences en matière d'étude et de recherche et de suivi/évaluation des projets de Population et développement. Le CERIPS est spécialisé dans la santé de la reproduction, l'éducation et le genre.



Population Council s'attelle aux questions cruciales de la santé et du développement – qu'il s'agisse d'endiguer la progression du VIH, d'améliorer la santé reproductive et d'offrir aux jeunes la promesse d'une vie satisfaisante et productive. Par ses travaux de recherche en biomédecine, en sciences sociales et en santé publique dans 50 pays, Population Council s'efforce d'apporter avec ses partenaires des solutions qui conduisent à des politiques, des programmes et des technologies plus efficaces, pour améliorer la vie dans le monde. Fondé en 1952, Population Council est une organisation non gouvernementale à but non lucratif qui siège à New York sous la conduite d'un conseil d'administration international.



Le projet Breakthrough RESEARCH catalyse le changement social et comportemental (CSC) en menant des recherches et des évaluations de pointe et en promouvant des solutions fondées sur des preuves pour améliorer les programmes de santé et de développement dans le monde entier. Breakthrough RESEARCH est un consortium dirigé par le Population Council en partenariat avec Avenir Health, ideas42, l'Institute for Reproductive Health de l'université de Georgetown, le Population Reference Bureau et l'université de Tulane.

©2020 The Population Council. All rights reserved.

Cover photo by ©2018, Souleymane Bathieno/HP+ Project (CC BY-NC-SA 2.0/No modifications)

Suggested Citation

Breakthrough RESEARCH. 2020. "Recherche formative exhaustive sur les croyances, les pratiques et les comportements en matière de santé au Mali." Breakthrough RESEARCH Final Report. Washington DC: Population Council.

Contact

4301 Connecticut Avenue NW, Suite 280 | Washington, DC 20008
+1 202 237 9400 | BreakthroughResearch@popcouncil.org
breakthroughactionandresearch.org

Recherche Formative Exhaustive sur les Croyances, les Pratiques et les Comportements en Matière de Santé au Mali

Breakthrough RESEARCH

Acronymes

ASACO	Associations de santé communautaire
ASC	Agents de santé communautaire
AT	Accoucheuse traditionnelle
CERIPS	Le Centre d'études et de recherche sur l'information en population et en santé
CREDOS	Centre de recherche et de documentation pour la survie de l'enfant
CSCOM	Centre de santé communautaire
CSRef	Centre de santé de référence (premiers établissements de référence)
DIU	Dispositif intra-utérin
EA	Entretien approfondi
EDS	Enquêtes démographiques et de santé
EIC	Entretiens avec des informateurs clés
ENSAN	Enquête nationale sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle
ET	Écart type
FNUAP	Fonds des Nations unies pour la population
GDD	Groupe de discussions dirigées
INSTAT	Institut national de la statistique
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MSI	Marie Stopes International
MTBA	Alliance « Plus qu'une épouse »
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PDI	Population déplacée interne
PEV	Programme élargi de vaccination
PF	Planification familiale
PMA	Paquet minimum d'activités
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
SPN	Soins prénatals
SSR	Santé sexuelle et reproductive
SSRA	Santé sexuelle et reproductive des adolescents
TPIg	Traitement préventif intermittent pendant la grossesse
UO	Urgence obstétrique
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international

Table of Contents

Résumé Exécutif	1
Introduction	8
1.1. Contexte national	8
1.2. But et objectifs de la recherche formative	10
Résumé des résultats de la revue de la littérature thématique et de la visite de cadrage	12
2.1. Revue de la littérature thématique	12
2.2. Visite de cadrage	15
Méthodologie de recherche formative	16
3.1. Sélection des sites	16
3.2. Collecte des données qualitatives : Entretiens de sortie des femmes et des aidants naturels des enfants dans les CSCOM	17
3.3. Collecte des données qualitatives	17
3.4. Éthique de la recherche	19
RÉSULTATS	20
Profil démographique des participants à l'étude	21
4.1. Profils démographiques des participants interrogés pendant les entretiens de sortie (composante qualitative) ..	21
4.2. Profils démographiques des participants aux GDD (composante qualitative)	22
Contexte familial	23
5.1. Espoirs pour les couples nouvellement mariés	23
5.2. Espoirs pour les enfants	24
5.3. Dynamique sociale et de pouvoir au sein du ménage	24
5.4. Épargne pour les urgences de santé	26
5.5. Autonomisation économique des femmes	27
Recours aux soins de santé par les femmes, y compris les SPN	29
6.1. Comportements de recours aux soins d'après les résultats des entretiens de sortie	29
6.2. Justification et calendrier du recours aux soins prénatals : Résultats qualitatifs	30
6.3. Facteurs de prise de décision concernant les comportements de recours aux soins prénatals	31
6.4. Questions logistiques et pratiques : Résultats de la méthode mixte	36
Accouchement	39
7.1. Connaissance des signes de danger pendant l'accouchement et des comportements connexes de recours aux soins	39
7.2. Facteurs de prise de décisions concernant l'accouchement	39
Soins postnatals	43
8.1. Appui social et mobilité après l'accouchement	43
8.2. Motivations et recours aux soins	44
8.3. Facteurs dans la prise de décisions concernant les soins postnatals	44

Planification familiale	47
9.1. Connaissances sur la planification familiale	47
9.2. Utilisation de la planification familiale	49
9.3. Facteurs influençant l'utilisation et le non-recours à la planification familiale	50
Eau, assainissement et hygiène	52
Paludisme	53
11.1. Connaissance du paludisme	53
11.2. Facteurs affectant les services liés au paludisme	53
Sécurité alimentaire et nutrition	55
12.1. Moments clés de la sécurité alimentaire tout au long de l'année	55
12.2. Prioriser les besoins et les mécanismes d'adaptation pendant l'insécurité alimentaire	55
12.3. Comportements nutritionnels souhaités par rapport aux comportements réels	58
12.4. Facteurs influençant la nutrition	59
Comportement de recours aux soins pour les enfants de moins de 5 ans	63
13.1. Perception de la communauté par rapport aux soins traditionnels et modernes	63
13.2. Vaccination	65
13.3. Autres raisons fréquentes du recours aux services de santé	66
13.4. Facteurs qui influencent le recours aux soins chez les enfants	67
Points de vue des sages-femmes et des matrones	69
14.1. Services et informations fournis	69
14.2. Facteurs affectant la capacité des sages-femmes à influencer la santé maternelle et reproductive	69
14.3. Dynamique des ménages et facteurs et croyances socioculturels	69
Points de vue des accoucheuses traditionnelles et des guérisseurs traditionnels	72
15.1. Services fournis	72
15.2. Facteurs affectant la capacité des accoucheuses traditionnelles et des guérisseurs traditionnels à influencer la santé	74
Collaboration entre différents types de prestataires	75
16.1. Accoucheuses traditionnelles, médecins et agents de santé	75
16.2. Accoucheuses traditionnelles et matrones	75
16.3. Guérisseurs traditionnels et matrones	76
16.4. Matrones et autres	77
Point de vue des leaders communautaires	79
17.1. Capacité à influencer les prestataires de services et la communauté	79
Discussion	81
18.1. Principales conclusions et points d'entrée possibles des interventions	81
18.2. Thèmes transversaux	82
18.3. Limites	82
18.4. Contributions de cette étude et recherche future nécessaire	83
Bibliographie	85
Annexes	87
Annex 1 Liste des communautés échantillonnées	88
Annex 2 Tableaux et figures complémentaires	90

Résumé Exécutif

Le Mali a enregistré des améliorations considérables en matière de santé au cours des dix dernières années, notamment en ce qui concerne la mortalité infantile, l'augmentation de l'utilisation de méthodes contraceptives modernes et l'augmentation du taux des accouchements en établissement. L'Enquête démographique et de santé (EDS) (EDS-Mali VI, 2018) la plus récente montre que les taux de mortalité maternelle et infantile restent élevés, malgré l'existence d'un système à plusieurs niveaux et les progrès récents. En 2018, il y avait 54 décès de nourrissons pour 1000 naissances vivantes et 101 décès d'enfants pour 1000 naissances vivantes. Les recherches sur la santé de l'enfant au Mali et dans le monde suggèrent que chez les moins de 5 ans, la mortalité est due aux faiblesses du système de santé à fournir des solutions fondées sur des preuves de manière équitable dans l'ensemble de la population (Johnson et coll., 2014 ; Christopher et coll., 2011). Le taux de mortalité maternelle au Mali est élevé. Il y a eu 368 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2012-2013 et 373 pour 100 000 naissances vivantes en 2018 (EDS-Mali 2012-2013 ; EDS-Mali VI, 2018). Le Mali enregistre de meilleurs résultats que le Nigéria (512/100.000) et le Bénin (391/100.000), mais de moins bons que le Sénégal voisin (236/100.000).

L'USAID Mali a cherché à comprendre les goulets d'étranglement et les facilitateurs potentiels du changement de comportement dans une série de domaines de la santé, notamment la santé maternelle et infantile, le paludisme, la nutrition, la planification familiale et l'eau, l'assainissement et l'hygiène. Le projet Breakthrough RESEARCH, en collaboration avec le Centre d'études et de recherche sur l'information en population et santé (CERIPS), a conçu et mené une étude formative à méthodes mixtes pour informer et adapter la programmation Santé/Nutrition de l'USAID Mali au cours des 5 prochaines années. Ce projet vise à : 1) accroître la demande et l'utilisation de services de santé/nutrition et d'eau, d'assainissement et d'hygiène ; 2) accroître l'adoption individuelle et familiale de comportements sains ; et 3) accroître la capacité des ménages et des communautés à planifier, financer et gérer leur propre santé et les systèmes de santé.

Méthodes

Cette recherche formative a consisté en trois phases de collecte de données destinées à éclairer le contexte des comportements et des déterminants de la santé, les facteurs de motivation et les possibilités d'améliorer l'accès à, et l'utilisation des services de santé au Mali. La collecte des données primaires s'est déroulée dans des communautés rurales et des établissements de santé (Centres de santé communautaire, CSCOM) dans les régions de Sikasso, Ségou et Mopti :

1. Une revue de la littérature thématique sur les comportements actuels en matière de santé et une visite de cadrage, composée de 17 entretiens avec des informateurs clés (EIC), ont été effectuées.
2. Trente-neuf entretiens approfondis (EA) et 104 groupes de discussions dirigées (GDD) ont été menés dans des communautés rurales de 36 districts dans les trois régions sélectionnées. Les GDD se sont déroulés avec des mères d'enfants de moins de 5 ans, des pères, des grands-mères, des grands-pères, des adolescents et des adolescentes mariés et célibataires. Des EA ont été réalisés avec des leaders communautaires, des guérisseurs traditionnels et

des accoucheuses traditionnelles, ainsi qu'avec des sages-femmes et des matrones. Les groupes de discussion comprenaient une approche innovante, basée sur des vignettes, pour susciter chez les participants une réflexion sur les expériences normatives plutôt que personnelles.

3. Des entretiens de sortie quantitatifs ont été menés à la fois avec des femmes cherchant des soins et avec des personnes s'occupant d'enfants de moins de 5 ans dans les CSCOM. Un total de n=1 432 femmes présentes dans les centres de santé pour leurs propres besoins de santé (y compris les soins prénatals [SPN]) et n=1 463 femmes (ou aidants naturels) de 18 ans et plus cherchant des services préventifs ou curatifs pour les enfants de moins de 5 ans ont été interrogées. Les personnes interrogées ont été sélectionnées à dessein au moment où elles quittaient le centre de santé. Les thèmes d'entretien ont porté sur la prise de décision concernant le recours aux services, la distance parcourue, le mode de transport, les autorisations ou les orientations données, la perception de la qualité et le coût des soins ou des traitements reçus.

Résumé des résultats de la revue de la littérature thématique et de la visite de cadrage

La revue de la littérature thématique sur les comportements de recours aux soins au Mali comprenait des articles évalués par des pairs et publiés en anglais et en français. Les conclusions sur les principaux domaines thématiques sont les suivantes :

Santé maternelle : Les femmes qui recourent aux soins auprès des praticiens traditionnels pendant leur grossesse sont traitées avec des plantes médicinales (Nordeng, Al-Zayadi, Diallo et coll., 2013) Les données disponibles indiquent que le contrôle des ressources financières est une considération critique qui détermine si les femmes accouchent dans un établissement de santé, et est souvent contrôlé par l'homme du foyer. Le fait de vivre dans des zones rurales éloignées était associé au risque de dépenses extrêmement élevées. De nombreuses femmes manquent de connaissances sur les soins prénatals, y compris les vaccins (Sangho, Keita, Diallo et coll., 2016).

Planification familiale (PF) et santé sexuelle et reproductive (SSR) : Castle, Konate et Ulin (1999) ont constaté que la collaboration intra-ménage entre les femmes peut faciliter l'utilisation secrète de contraceptifs, ce qui peut être nécessaire car l'opposition du conjoint et les mythes et préférences personnelles entraînent souvent la non-utilisation de méthodes à longue durée d'action réversibles (MLDAR).

Paludisme : Graz, Willcox, Berthé, et coll. (2015) ont constaté que le comportement de recours à un traitement contre le paludisme s'est transformé de 2003 à 2013, le traitement traditionnel étant le premier recours dans les cas simples. Dans les cas de paludisme plus sévère, le traitement est plus souvent recherché auprès d'un centre de santé moderne. La distribution des moustiquaires par l'intermédiaire des SPN s'est avérée efficace, mais la mauvaise compréhension du traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg) par les agents de santé compromet la prévention pendant la grossesse (Hill, Kayentao, Toure, et coll., 2014).

Eau, assainissement et hygiène : Bery, Traore et Shafritz (2016) ont noté que le fait de faciliter les discussions communautaires en utilisant une approche décisionnelle participative avec les parties prenantes locales a permis de développer des systèmes locaux durables pour financer les coûts d'exploitation et de maintenance des points d'eau.

Santé de l'enfant : De nombreuses mères et grands-mères donnaient aux nourrissons de moins de 6 mois différents compléments (y compris du gruau et des médicaments traditionnels) qui n'étaient pas considérés comme de la « nourriture » (Castle, Yoder et Konate, 2001). Ellis, Traore, Doumbia, et coll. (2012) ont constaté que la plupart des familles utilisaient à la fois des traitements traditionnels et modernes administrés soit à domicile par des membres de la famille, soit par des guérisseurs traditionnels, et que l'obstacle le plus souvent cité au recours aux soins dans les établissements de santé était le coût, en particulier pendant la saison des pluies.

Les informateurs clés pour la visite de cadrage comprenaient des personnes de 17 organisations maliennes, notamment des chercheurs locaux, des responsables de la mise en œuvre de programmes et d'autres parties prenantes travaillant sur le terrain. Les EIC portaient sur les obstacles et les facteurs favorables au niveau des ménages dans un certain nombre de domaines clés de

l'étude sur la santé, y compris les préoccupations relatives à la qualité des services, la disponibilité des services et les coûts. Les résultats de la revue de la littérature thématique et EIC ont servi de base à la collecte des données qualitatives et quantitatives primaires.

Résultats qualitatifs et quantitatifs

Contexte des ménages : Les jeunes femmes étaient considérées comme essentielles pour faire preuve de respect et maintenir l'harmonie familiale dans leur foyer. Les données démographiques recueillies pendant les groupes de discussion donnent un aperçu d'une structure sociale où les unions polygames sont la norme plutôt que l'exception. En plus d'entretenir de bonnes relations avec leurs beaux-parents et leurs maris, les femmes étaient censées s'entendre avec leurs coépouses, qui peuvent fournir des conseils sur la santé, négocier avec les belles-mères sur la nécessité des services de santé, gérer les tâches ménagères pour que les nouvelles mères puissent se rendre au centre de santé et influencer l'utilisation de la planification familiale.

SPN : Les décisions concernant les comportements de recours aux SPN étaient influencées par une combinaison de la dynamique des ménages et des croyances socio-culturelles, ainsi que par des questions logistiques et pratiques. Tant les hommes que les femmes se sont montrés favorables aux SPN et ont compris que leur objectif était d'aider les mères à avoir une grossesse saine et à éviter les complications plus tard pendant la grossesse ou après l'accouchement. Cependant, les répondants estimaient que les SPN n'étaient généralement pas sollicités avant le deuxième trimestre. Les données de l'entretien de sortie ont montré que les femmes qui n'avaient pas encore accouché (18,1 %) et celles qui avaient reçu une éducation élémentaire (53,4 %) étaient les plus susceptibles de recourir aux SPN, bien que ce pourcentage diminuait régulièrement avec l'augmentation du nombre de naissances vivantes.

Accouchement : Les données de l'entretien de sortie ont montré que la grande majorité des femmes (82 %) devaient demander l'autorisation de se rendre au centre de santé, principalement à leur mari, et que les soins reçus dépendaient en fin de compte de la nature harmonieuse de la relation de la femme avec son mari et sa famille. Les coûts des établissements de santé et des transports, ainsi que la distance à parcourir pour se rendre aux établissements, constituaient des obstacles pour

les femmes cherchant à se faire soigner et à soigner leurs enfants. Les femmes de Mopti ont signalé les distances les plus longues à parcourir. Même si de nombreuses femmes comprenaient et acceptaient les avantages d'un accouchement en établissement (par exemple, plus sûr, plus rapide, accès à un certificat de naissance), les obstacles à cet égard sont souvent des problèmes de sécurité, la perception d'une complication, le coût et la distance à parcourir pour se rendre dans un établissement, et le manque de soutien familial pour le faire.

Soins postnatals : Les personnes interrogées pensaient que les femmes qui recherchaient des soins prénatals et qui accouchaient dans un centre de santé étaient plus susceptibles de participer aux consultations postnatales, bien que des obstacles similaires au recours aux soins postnatals s'appliquaient, notamment le coût, le soutien du mari et la stigmatisation due aux complications graves après l'accouchement. Les données des entretiens de sortie ont révélé des niveaux très élevés de respect perçu (score moyen de 4,2 sur 5) et de satisfaction (98,5 %) des services reçus par les femmes. Il y avait un consensus sur le fait qu'une femme devait rester isolée et à l'intérieur pendant 40 jours après l'accouchement pour le bien de la santé de l'enfant, à quelques exceptions près.

PF : L'utilisation de méthodes modernes de PF semblait privilégiée, tant qu'elles sont utilisées sur une courte période et pas immédiatement après le mariage ou pour prévenir la grossesse chez les femmes célibataires. Les mythes fréquents concernant les méthodes modernes comprenaient le fait que les pilules contraceptives orales rendent stérile ou que les implants peuvent se perdre dans le corps d'une femme. Il y avait un consensus général sur le fait que l'espacement des naissances permettait une meilleure répartition des ressources familiales, même si le dernier mot sur l'utilisation des contraceptifs revient souvent au mari. Les opinions fréquemment citées contre l'utilisation de la PF comprenaient une tendance à la promiscuité féminine et à ne pas aller à l'encontre de la volonté de Dieu.

Eau, assainissement et hygiène : Le lavage des mains est apparu comme une stratégie clé pour améliorer la nutrition et la croissance des enfants, mais le manque d'eau potable et de latrines avec de l'eau et du savon obligeait souvent les femmes à boire de l'eau sale, aggravant encore plus les problèmes existants.

Paludisme : En général, le traitement et la prévention du paludisme étaient considérés comme des priorités

peu importantes en termes de besoins sanitaires. Malgré les connaissances rapportées sur la transmission et la prévention du paludisme, le coût d'achat d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide était un obstacle à la prévention, en particulier chez les mères et les jeunes enfants. Si de nombreux participants ont déclaré avoir rendu visite à un guérisseur traditionnel pour traiter les cas suspects de paludisme, les cas particulièrement graves étaient souvent orientés vers des centres de santé.

Sécurité alimentaire et nutrition : Les pénuries alimentaires sont fréquentes et particulièrement graves du début de la saison sèche jusqu'au début de la saison des pluies (période de soudure). Elles sont souvent aggravées par le manque de précipitations, la malnutrition infantile et le paludisme. Pendant les périodes de pénurie alimentaire, le chef de famille, les aînés ou le mari décident de la priorité qu'il faut accorder à la nourriture. La plupart des répondants ont convenu que les besoins des enfants, des femmes enceintes et des personnes âgées devaient être prioritaires pendant les périodes d'insécurité alimentaire. Les mécanismes d'adaptation à l'insécurité alimentaire étaient liés au genre ; les femmes pouvaient s'appuyer sur leurs réseaux sociaux, tandis que les hommes comptaient sur un autre emploi, le bétail ou la migration pour emprunter ou acheter de la nourriture. Il a été signalé que les besoins sanitaires, tels qu'un accouchement en établissement, sont souvent compromis en période de forte insécurité alimentaire. Les personnes interrogées ont indiqué que les femmes enceintes devaient privilégier les aliments riches en vitamines, notamment la viande, le poisson, les fruits et les légumes, pour une grossesse saine et la préparation de l'accouchement. Cependant, le coût et l'accès ont été cités comme des obstacles fréquents à leur achat, ainsi que certaines croyances socioculturelles selon lesquelles les femmes enceintes ne devaient pas prendre trop de poids et que de plus grandes portions de nourriture devaient être réservées aux autres membres de la famille qui travaillent. Les participants ont rapporté des connaissances précises sur les pratiques d'alimentation des nourrissons, citant les bénéfices du colostrum pour les nouveau-nés afin de les protéger des maladies, et les avantages de l'allaitement maternel exclusif pendant les six mois suivant la naissance. Cependant, certaines femmes et grands-mères ont déclaré compléter le lait maternel avec de l'eau, en citant sa protection pour l'enfant. L'avis ou l'autorisation du mari était nécessaire pour déterminer quand et comment un enfant reçoit une alimentation complémentaire, compte tenu des coûts

associés. Les belles-mères initiaient généralement le processus de sevrage pour aider l'enfant à s'intégrer dans la famille élargie.

Comportement de recours aux soins pour les enfants de moins de 5 ans : Les préférences pour les soins de santé modernes par rapport aux soins traditionnels ont souvent été déterminées par la perception de la qualité des soins, du coût, de la distance, de l'accès à un établissement, de l'opinion des aînés de la famille (en particulier les belles-mères) et la perception de la confidentialité des soignants modernes par rapport aux soignants traditionnels. Parmi les aidants naturels qui se sont rendus au centre de santé pour des soins préventifs, tous ont indiqué qu'ils se rendaient dans l'établissement pour les vaccinations des nourrissons. Pourtant, les données de l'EDS indiquent qu'une minorité significative d'enfants n'a reçu aucune vaccination (10,5% à Sikasso, 11,2% à Ségou et 19,3% à Mopti). Même si la vaccination des enfants était perçue comme obligatoire par beaucoup, son utilisation était souvent découragée à cause des effets secondaires perçus, des horaires peu pratiques des prestataires, des obligations professionnelles concurrentes des parents, de la distance à parcourir pour se rendre dans un établissement de santé et de la nécessité de se faire accompagner pour des raisons de sécurité.

Matrones et sages-femmes : Les matrones étaient considérées comme la première source d'information auprès des femmes pendant l'accouchement et auprès des femmes et des nourrissons immédiatement après l'accouchement. Dans les EA, les matrones et les sages-femmes ont exprimé bon nombre des mêmes croyances socioculturelles concernant les influences sur la santé maternelle et procréative qui ont été soulevées par les participants aux groupes de discussion : la honte de la grossesse qui empêche les consultations prénatales, la peur de certaines méthodes de PF et le refus de la PF de la part du conjoint. Il est important de noter qu'elles ont également vanté les avantages de l'implication des hommes dans la prise de décision en matière de soins de santé pour leurs femmes et leurs enfants, et ont plaidé en faveur du transport en ambulance payé par les contributions communautaires et le soutien financier des autorités locales pour les femmes souffrant de complications obstétriques.

Guérisseurs traditionnels et accoucheuses traditionnelles : Les guérisseurs traditionnels ont déclaré qu'ils intervenaient pour fournir des services de santé curatifs contre le paludisme et la fièvre, des méthodes

traditionnelles de PF et gérer certains problèmes psychosociaux, le choix de leur traitement étant souvent dicté par le rêve d'une personne. Cependant, les guérisseurs traditionnels ont indiqué que la grossesse et l'accouchement dépassaient leur champ d'action et nécessitaient la médecine moderne. Ils ont également rapporté qu'ils collaboraient étroitement avec les matrones pour promouvoir l'allaitement et une bonne nutrition. Les accoucheuses traditionnelles et les matrones ont également rapporté une relation de collaboration accompagnée d'une hiérarchie implicite. Les matrones ayant des connaissances plus importantes, elles impliquent les accoucheuses traditionnelles dans des actions de sensibilisation, d'orientation ou de suivi postnatal. Toutefois, les matrones et les sages-femmes ont signalé une collaboration limitée avec les prestataires du secteur traditionnel, au-delà des accoucheuses traditionnelles, se limitant dans la plupart à l'orientation des cas très graves.

Opinions des leaders communautaires : Les leaders communautaires ont déclaré avoir effectué un travail important sur le terrain pour le compte des services de santé officiels. Ils ont déclaré avoir assuré le suivi des personnes qui ne s'étaient pas présentées pour se faire vacciner, participé à des séances de sensibilisation, encouragé une bonne hygiène et vérifié le flux des patients et la qualité des soins dans l'établissement local. Ils ont également agi comme intermédiaires dans les cas de litiges entre les agents de santé et les clients.

Points d'intervention potentiels

Les femmes se présentent tardivement aux SPN pour différentes raisons socioculturelles et logistiques, ce qui rend difficile la réalisation des huit visites de SPN recommandées au cours de la grossesse. Les résultats qualitatifs suggèrent qu'il est possible de se présenter plus tôt aux consultations prénatales compte tenu de la confiance que certaines femmes ont dans les prestataires, du fait de savoir que les consultations prénatales peuvent réduire la probabilité de complications ultérieures de la grossesse et de l'accouchement, et des comportements d'épargne communautaire des femmes pour financer les besoins de santé sexuelle et reproductive, y compris les consultations prénatales. Les points d'entrée possibles pour motiver davantage les consultations prénatales plus tôt pendant la grossesse sont l'utilisation de multiples canaux médiatiques, la sensibilisation de la communauté et l'information des chefs de famille pour soutenir l'importance des SPN.

Les soins postnatals étaient faibles, puisque moins de 5 % des femmes interrogées pendant les entretiens de sortie dans les CSCOM les ont signalés comme étant la raison de leur visite et seulement 1,2 % des femmes à Mopti ont consulté. La mauvaise utilisation des soins postnatals est due, dans une certaine mesure, à une croyance religieuse parmi les Musulmans selon laquelle les femmes ne doivent pas sortir de chez elles dans les 40 jours qui suivent l'accouchement, et à la perception que les visites dans les centres de santé ne sont nécessaires et utiles que si la mère ou le bébé sont malades et ont besoin de soins curatifs. Une approche possible pour lutter contre l'isolement du post-partum consiste à offrir des services de soins postnatals aux femmes par l'intermédiaire des structures existantes, comme les agents de santé communautaire (ASC). Une autre étape à franchir dans la lutte contre l'isolement consisterait à impliquer des groupes de femmes, des prestataires de soins obstétriques et des leaders communautaires dans la lutte contre les normes sociales liées à l'isolement.

Le recours à la PF parmi les femmes dans les CSCOM était faible, moins de 10 % des femmes l'ayant déclarée comme étant la raison de leur visite. Les points d'entrée possibles pour accroître l'utilisation de la PF moderne pourraient être l'utilisation de multiples canaux médiatiques pour lutter contre les mythes à l'égard de la PF et l'inclusion des maris, le cas échéant, dans des campagnes de promotion de la PF, en veillant à ce que les prestataires donnent des conseils sur les options de PF volontaire, et en examinant les occasions manquées de bénéficier de la PF, comme les consultations de soins prénatales, postnatals et infantiles.

Les données qualitatives indiquent que les vaccinations sont entravées par des préoccupations relatives à leurs effets secondaires, la distance à parcourir pour se rendre à l'établissement de santé où les vaccinations sont effectuées, les obligations professionnelles des parents, les horaires imprévisibles et rigides des prestataires et la nécessité de se faire accompagner au centre de santé dans un contexte sécuritaire préoccupant. Cependant, les vaccinations étaient encouragées par les normes sociales selon lesquelles la vaccination est obligatoire et par la conviction que les vaccins sont efficaces pour renforcer la résistance des enfants aux maladies. En outre, les données des indicateurs de sortie suggèrent que la vaccination est peu onéreuse ou gratuite. Les stratégies possibles pour accroître l'utilisation de la vaccination pourraient consister à étudier plus en détail les obstacles auxquels se heurtent les aidants naturels, à permettre

des variations selon les régions et les groupes ethniques, à s'attaquer aux mythes entourant la vaccination qui peuvent être spécifiques à certaines communautés, à répondre aux obstacles à la vaccination du côté de l'offre et, une fois que les obstacles sont plus clairement définis, à développer des interventions telles que des interventions de sensibilisation mobiles ou numériques.

Les pénuries alimentaires sont fréquentes et particulièrement graves de la saison sèche jusqu'au début de la saison des pluies, période pendant laquelle le paludisme est également très répandu. La promotion de stratégies d'adaptation liées au genre en termes d'insécurité alimentaire est prometteuse. Les interventions qui construisent les réseaux sociaux des femmes leur permettront de se tourner vers les gens en cas de besoin. Les stratégies possibles pour les hommes comprennent la promotion de moyens de subsistance alternatifs ou la mise en place de réseaux formels de migrants pour promouvoir le transfert de fonds de ceux qui vivent loin de chez eux.

Le traitement et la prévention du paludisme étaient considérés comme des priorités peu importantes en termes de besoins sanitaires. Une approche potentielle pour changer les attitudes et les comportements en matière de soins préventifs consisterait à fournir des moustiquaires imprégnées d'insecticide lorsque les femmes souhaitent recourir à d'autres services. Il est nécessaire de sensibiliser la communauté à l'importance de la prévention et du traitement du paludisme, en particulier pour les enfants et les femmes enceintes. Enfin, étant donné l'importance des guérisseurs traditionnels dans les communautés, il serait utile de s'associer plus activement avec eux pour orienter les cas de paludisme vers un traitement médical moderne. .

Thèmes transversaux

Le coût a été presque unanimement cité comme un obstacle au recours aux services de santé. Les résultats de cette évaluation formative à méthodes mixtes suggèrent que les coûts de maternité dans un pays à forte fécondité, les coûts des soins curatifs et l'interruption des moyens de subsistance en raison de pénuries alimentaires entraînent des contraintes économiques importantes. Les stratégies visant à compenser ces contraintes reposaient souvent sur les activités économiques des femmes, comme l'épargne communautaire pour couvrir leurs besoins en SSR ou les autres besoins de

santé de leurs enfants. Cependant, cette autonomisation économique n'était considérée comme bénéfique pour la famille que lorsque la femme accordait la priorité à l'harmonie familiale par-dessus tout. Les structures des ménages à plusieurs membres au Mali signifient que les femmes doivent naviguer entre plusieurs relations clés dans leur foyer conjugal pour réussir leur mariage et bénéficier d'un soutien financier et social lorsqu'elles ou leurs enfants ont besoin de services de santé.

Limites

Les limites de l'étude sont les suivantes :

- La **revue de la littérature thématique** s'est principalement concentrée sur le Mali, et il serait intéressant d'étendre la portée géographique au Sahel et au reste de l'Afrique subsaharienne. La *mission de cadrage* n'a pas pris en compte les opinions des personnes vivant en dehors de Bamako.
- **Les entretiens de sortie** sont par nature *sélectifs*. Seules les personnes qui se rendent dans les établissements de santé sont incluses, et elles peuvent être différentes des personnes qui ne cherchent pas à obtenir des services, en termes de statut socio-économique, de réseaux sociaux, d'attitudes vis-à-vis du recours aux soins, ou de profils de morbidité et comportementaux. Pour mieux comprendre les comportements de recours aux soins dans la population générale, les données de l'EDS pourraient être ventilées par région afin de combler certaines lacunes. *Ces données n'étaient pas censées examiner les différences régionales ou les différences à un niveau géographique inférieur.*
- La **recherche qualitative** s'est appuyée sur un *échantillonnage raisonné*, qui peut induire certains biais inhérents, notamment le risque d'homogénéité des répondants. En outre, dans quelques communautés de Mopti (commune de Borondougou) et de Ségou (commune de Mafoune), les GDD se sont déroulés en bamanan, de sorte que certains participants qui ne parlaient que le bobo ou le bozo *ont eu du mal à comprendre les questions posées*, car des intervieweurs dans leur langue maternelle n'étaient pas disponibles. Dans ces quelques cas, d'autres participants aux groupes de discussion ont assuré la traduction. Par ailleurs, le calendrier serré de l'analyse a limité la capacité à observer les différences selon les communautés, les groupes d'âge ou les sexes. Enfin, l'expérience et les compétences des

facilitateurs qualitatifs peuvent avoir limité l'approfondissement de certaines réponses.

Orientations futures de la recherche

- Nos conclusions suggèrent un certain nombre d'orientations futures pour la recherche. Compte tenu du volume des données recueillies et des sous-groupes inclus dans la collecte de données, il est possible de fournir une analyse régionale et de sous-groupes plus approfondie pour comprendre comment Sikasso, Ségou et Mopti diffèrent pour chacun des thèmes et pour approfondir l'analyse de chacun des sous-groupes participants inclus dans la collecte de données qualitatives.
- Concernant les analyses régionales, nous proposons un travail de diagnostic comportemental régional, qui peut être utile pour comprendre les différences régionales qui sont souvent négligées dans les analyses qui considèrent le Mali comme un tout. Le travail de diagnostic comportemental régional est particulièrement important compte tenu des différences dans la disponibilité et la qualité des soins de santé dans les trois régions de l'étude. Des analyses supplémentaires axées sur les régions seraient utiles pour adapter les interventions aux contextes régionaux et sous-régionaux, afin d'obtenir un effet optimal.
- Comme certains participants l'ont fait remarquer, les 40 jours de post-partum sont une période cruciale pour la mère et l'enfant, et sont aussi fortement influencés par les normes religieuses et culturelles sur ce qui est considéré comme un comportement acceptable pendant cette période.
- Un autre exemple est la compréhension de l'efficacité des interventions qui impliquent les coépouses dans des contextes d'unions polygames.
- Pour ce qui est du recours aux soins de santé, les entretiens de sortie ont révélé que seul un petit nombre de répondants ne recommanderaient pas l'établissement de santé et que la grande majorité des répondants étaient satisfaits des soins qu'ils avaient reçus. Nous supposons que les réponses relatives à la satisfaction et au respect ont pu être influencées par le biais de la désirabilité sociale et le lieu des entretiens de sortie. Compte tenu du petit nombre de répondants insatisfaits, il peut être important de mener des activités de collecte de données en dehors des autres établissements de santé

ou pas immédiatement après la visite pour tenter de réduire le biais. Parmi le petit nombre de personnes mécontentes, il semble que l'âge et l'éducation puissent être associés à ce mécontentement. Les recherches futures pourront se pencher sur la façon dont l'éducation et l'âge influencent les expériences en matière de soins de santé et si les prestataires traitent les patients différemment selon leur âge et leur éducation.

©2018, Anastasia Sogodogo/USAID



1 Introduction

1.1. Contexte national

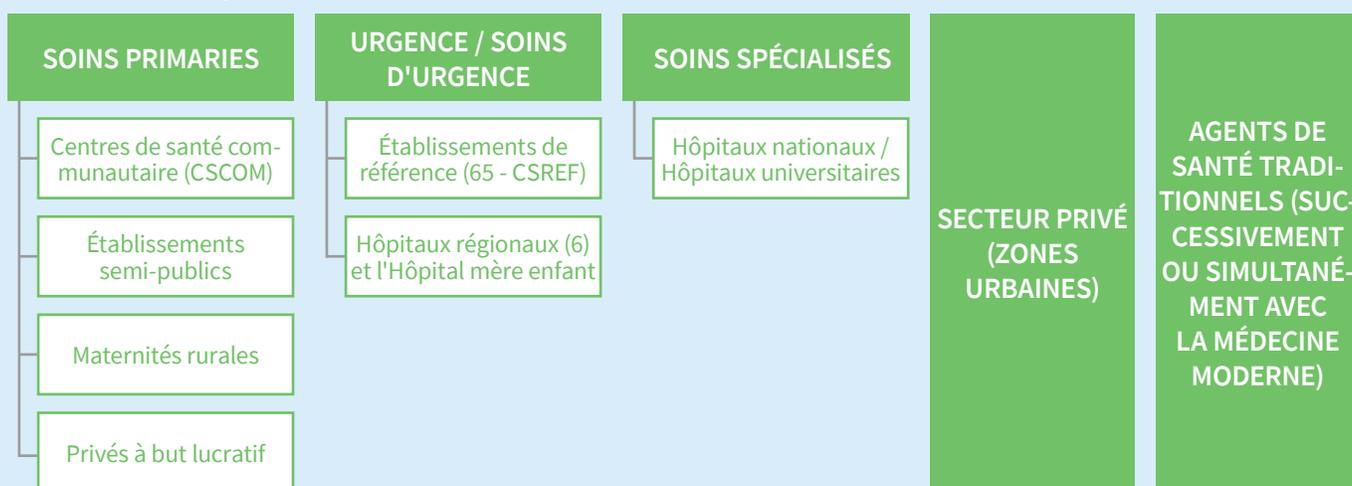
Le Mali est un pays enclavé d'Afrique de l'Ouest, qui compte 18 millions d'habitants de différents groupes ethniques. La capitale, Bamako, est l'une des villes africaines à la croissance la plus rapide, et la population malienne croît en partie grâce à un taux de fécondité total élevé de 6,3 naissances par femme (Banque mondiale-2019; projections démographiques de l'ONU, 2019).

Les soins de santé au Mali sont organisés selon trois niveaux (voir la Figure 1 ci-dessous). Premièrement, les soins de santé primaires sont assurés par les 1 294 centres de santé communautaire (CSCOM), qui sont des organismes privés sans but lucratif sous-contrat avec les communes pour fournir des soins de santé de base par le biais de structures de gestion appelées Associations de santé communautaire (ASACO) (Thiera et coll., 2015). Les services de santé de base appelés le Paquet minimum d'activités (PMA), sont également assurés par des établissements semi-publics, des maternités rurales et des établissements privés à but lucratif. Un deuxième niveau de soins est couvert par les centres de première orientation appelés les Centres de santé de référence (CSRef), qui traitent les soins d'urgence (p. ex. les urgences obstétriques) envoyés par les CSCOM et les hôpitaux régionaux. Troisièmement, les soins spécialisés sont dispensés par l'établissement public hospitalier (EPH) dans

les grandes villes. Le Mali compte également un secteur privé en plein essor, mais il se limite principalement aux zones urbaines. Les Maliens peuvent également compter sur des praticiens traditionnels, auxquels ils peuvent faire appel en partie ou simultanément avec la médecine moderne (Diarra et coll., 2016).

Le Mali a enregistré des améliorations considérables en matière de santé au cours des dix dernières années, notamment en termes de mortalité infantile, d'augmentation de l'utilisation de méthodes contraceptives modernes et d'augmentation du taux de naissances en établissement. L'Enquête démographique et de santé (EDS) (EDS-Mali VI, 2018) la plus récente montre que les taux de mortalité maternelle et infantile restent élevés, malgré l'existence d'un système à plusieurs niveaux et les progrès récents. Les données récentes de l'EDS indiquent que la mortalité infantile demeure un problème important avec 54 décès pour 1 000 naissances vivantes, tout comme la mortalité infantile (des enfants de moins de 5 ans) avec 101 décès pour 1 000 naissances vivantes. Les indicateurs de la santé des enfants concernant le retard de croissance (26,9 % des enfants) et l'émaciation (8,8 %) suggèrent également que le système de santé peut être amélioré, même s'il couvre les besoins de nombreuses personnes. Le taux de mortalité maternelle reste élevé : il s'élevait à 368 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2012-2013 et à 325 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2018 (EDS-Mali 2012-2013 ; EDS-Mali VI,

FIGURE 1 APERÇU DES SOINS DE SANTÉ AU MALI



2018). Le Mali obtient de meilleurs résultats que le Bénin (391/100 000) et le Nigéria (512/100 000), mais de moins bons que le Sénégal voisin (236/100 000) (Compilateur statistique de l'EDS : Gunawardena et coll., 2018). En outre, les recherches sur la santé infantile au Mali et dans le monde entier suggèrent que la mortalité des enfants de moins de 5 ans est due aux lacunes du système de santé, qui ne parvient pas à fournir des solutions fondées sur des preuves de manière équitable à l'ensemble de la population. Les ASC sont un lien essentiel qui doit être élargi au Mali (Johnson et coll., 2014 ; Christopher et coll., 2011).

Le Tableau 1 ci-dessous présente certains indicateurs de santé issus de l'EDS la plus récente (EDS-Mali VI 2018) pour l'ensemble du pays et pour les trois régions où l'étude formative s'est déroulée. Nous nous concentrons sur les indicateurs de santé liés à la santé reproductive (fécondité totale et utilisation de contraceptifs), à la santé maternelle (soins prénatals, accouchement et soins postnatals), à la santé infantile (croissance et vaccination) et au paludisme. Ces statistiques sont utiles pour mieux comprendre la santé des femmes et des enfants au Mali et pour identifier les domaines à améliorer.

Dans le Tableau 1, nous observons des variations considérables d'une région à l'autre concernant les indicateurs relatifs à la santé maternelle, à la santé et à la

nutrition infantiles, et au paludisme. Le tableau indique des différences régionales notables entre certains résultats de santé tels que l'indice synthétique de fécondité, allant d'un minimum de 3,6 à Kidal à un maximum de 7,3 à Tombouctou, et les SPN par un prestataire qualifié (un minimum de 25% à Kidal à des SPN quasi universels à Bamako [96,6%]). Ici et tout au long du rapport, nous utilisons les définitions des soins prénatals et postnatals de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (Encadré 1).

Dans le Tableau 1, les régions incluses dans la recherche formative sont mises en exergue. Bien que ces régions ne soient pas nécessairement les moins performantes du Mali en termes d'indicateurs clés, ce sont des régions qui ont un besoin important d'améliorer la santé maternelle et infantile. Par exemple, Mopti (7,2) et Sikasso (6,9) enregistrent des taux de fécondité totale élevés, associés à des proportions relativement faibles de femmes recevant des soins obstétricaux par un prestataire qualifié (56,1 % à Mopti et 72,5 % à Sikasso). Ségou compte également une faible proportion de femmes recevant des soins obstétricaux par un prestataire qualifié (56,8%). Le pourcentage d'enfants souffrant d'un retard de croissance est également élevé dans ces trois régions, une seule autre région (Gao) ayant une proportion plus élevée d'enfants souffrant d'un retard de croissance que les régions sélectionnées dans cette étude.

TABLEAU 1 INDICATEURS DE SANTÉ PAR RÉGION, EDS MALI 2018

	BAMAKO %	GAO %	KAYES %	KIDAL %	KOULIKORO %	MOPTI %	SÉGOU %	SIKASSO %	TOMBOUCTOU %
Indice synthétique de fécondité	4,8	6,5	6,7	3,6	5,8	7,2	6,4	6,9	7,3
Femmes mariées utilisant actuellement toute méthode moderne de contraception	22,3	3,3	10,5	2,6	19,2	8,7	20,3	19,2	5,6
Soins prénatals dispensés par un prestataire qualifié	96,6	60,6	73,7	25,0	82,8	80,6	75,3	76,4	66,7
Assistance d'un prestataire qualifié pendant l'accouchement	97,7	54,0	60,7	29,6	80,3	56,1	56,8	72,5	30,7
Premier examen postnatal de la mère dans les deux premiers jours suivant la naissance	78,9	51,6	51,1	21,0	59,4	60,3	59,3	41,1	28,7
Pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois qui n'ont pas été vaccinés	2,6	33,1	22,7	78,4	16,9	19,3	11,2	10,5	18,4
Conseils ou traitement de la fièvre auprès d'un établissement de santé ou d'un prestataire	65,6	44,6	35,5	35,9	51,3	54,5	67,8	45,2	19,5
Retard de croissance des enfants	15,4	33,4	26,1	27,3	25,2	30,4	28,6	32,3	29,5
Enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide	63,6	65,0	85,1	20,0	83,4	86,0	83,4	76,1	75,5
Prévalence du paludisme (globale) selon le test de diagnostic rapide	0,9	15,3	12,6	1,6	21,7	24,9	25,9	29,7	2,9
Accouchement dans un établissement de santé (3 ans avant l'enquête)	96,8	57,1	59,2	29,1	79,0	56,3	56,0	72,1	29,8

ENCADRÉ 1 DÉFINITIONS DES SOINS PRÉNATALS ET POSTNATALS

Les soins prénatals se définissent comme étant les soins dispensés par des professionnels de santé compétents aux femmes enceintes et aux adolescentes afin d'assurer les meilleures conditions de santé à la fois pour la mère et le bébé pendant la grossesse. Les composantes des soins prénatals comprennent l'identification des risques; la prévention et la gestion des maladies liées à la grossesse ou des maladies concomitantes; et l'éducation sanitaire et la promotion de la santé.

La période postnatale est définie par l'OMS comme étant les six premières semaines suivant l'accouchement. **Les soins postnatals** se concentrent sur la mère (par exemple, identifier et gérer l'hémorragie, la septicémie et l'infection, ainsi que proposer une PF post-partum) et l'enfant (par exemple, gérer l'insuffisance pondérale à la naissance, soutenir l'allaitement maternel exclusif et prévenir l'infection). Il est recommandé que la première visite (qui pourrait être une visite à domicile) soit effectuée dans un délai d'une semaine (de préférence le 3^e jour), dans un délai de 7 à 14 jours après la naissance et dans un délai de 4 à 6 semaines après la naissance.

Il est bien établi que la pauvreté est associée à de mauvais résultats de santé dans les populations (OMS, 2001 et 2004). Des données provenant de 26 pays africains suggèrent que l'éducation maternelle est associée à une utilisation efficace des services de santé préventifs et curatifs et à des résultats en matière de santé et de nutrition des enfants (Heaton, Crookston, Pierce, et coll., 2016) ; toutefois, un lien de cause à effet entre l'éducation maternelle et l'amélioration des résultats en matière de santé des enfants n'a pas encore été établi (Mensch et coll., 2019). Au niveau de la population, l'augmentation des dépenses de santé publique a été associée à une amélioration générale de la santé (Makuta, 2015) ; au niveau individuel, la richesse des ménages et l'éducation maternelle sont des prédicteurs importants de nombreux résultats de santé, y compris la santé infantile (Boyle et coll., 2015). En 2018, le Mali était classé 182^e sur 188 pays selon l'indice de développement humain des Nations unies (PNUD, 2018). Le revenu national

brut (RNB) par habitant au Mali était de 830 USD en 2018 (Banque mondiale 2019). Au Mali, la pauvreté est beaucoup plus élevée dans les zones rurales (90 % de l'ensemble de la population pauvre vivent dans les zones rurales) et se concentre dans le sud, où la densité de population est la plus élevée. Des recherches récentes ont montré que la sécheresse et les conflits ont augmenté l'incidence de la pauvreté au Mali (Tranchant, Gelli, Blizasghka, et coll., 2019). Il convient également de noter que les résultats en matière de santé et de pauvreté dépendent de, et sont exacerbés par, les très faibles taux d'éducation, en particulier chez les femmes. Dans l'EDS de 2018, près des deux tiers (65,5 %) des femmes ont déclaré n'avoir reçu aucune éducation, contre un peu plus de la moitié des hommes (53,2 %) (EDS-Mali VI 2018).

1.2. But et objectifs de la recherche formative

But de la recherche : Cette recherche formative a été conçue pour générer des preuves complètes sur les croyances, les connaissances, les motivations et les obstacles affectant les comportements de santé dans les zones sanitaires afin d'informer et d'adapter les programmes de santé/nutrition de l'USAID/Mali au cours des 5 prochaines années dans les régions de Ségou, Mopti et Sikasso pour :

- Accroître la demande et l'utilisation de services de santé/nutrition et de services liés à l'eau, l'assainissement et l'hygiène ;
- Accroître l'adoption individuelle et familiale de comportements sains ; et
- Accroître la capacité des ménages et des communautés à planifier, financer et gérer leur propre santé et les services de santé.

Objectifs de la recherche : Les objectifs de recherche spécifiques sont les suivants :

- Comprendre les croyances, les connaissances, les motivations et les obstacles aux comportements souhaités en matière de santé et de nutrition maternelle et infantile, de PF et d'eau, d'assainissement et d'hygiène, y compris les comportements financiers et socio-économiques liés à la santé.

- Comprendre les processus décisionnels liés à l'adoption de comportements de santé et ceux associés à la recherche et au paiement des services de santé.
- Identifier les obstacles à la demande et les facteurs de motivation qui affectent l'accès aux services de santé et de nutrition et identifier les possibilités d'amélioration de la santé maternelle et infantile, de la nutrition, de la PF et des services liés à l'eau, l'assainissement et l'hygiène.
- Mieux comprendre les perceptions et l'engagement des communautés/ménages et leur sentiment d'appropriation des services de santé fournis localement.
- Mieux comprendre les perceptions des communautés/ménages sur la nutrition maternelle et infantile, les pratiques alimentaires, et les informations spécifiques sur les choix alimentaires, ainsi que sur la disponibilité et l'accès à la nourriture.
- Préciser les rôles et les dynamiques de pouvoir des hommes et des femmes dans la prise de décision au niveau du ménage et des individus en ce qui concerne les comportements de santé et l'utilisation des services.

La recherche formative comprenait trois phases de collecte de données :

1. Identification et utilisation des données et de l'expertise disponibles. Une **revue de la littérature thématique** a été réalisée et des **EIC avec des experts locaux en la matière** ont été organisés pour documenter les preuves existantes et faciliter une compréhension plus approfondie des comportements prioritaires dans des zones/régions sélectionnées, et pour en savoir plus sur les interventions réussies qui ont augmenté l'engagement communautaire et le sentiment d'appropriation du système de santé.
2. Une **étude qualitative** consistant en GDD et EA a été réalisée, afin d'identifier les comportements et les systèmes de croyance liés à la santé maternelle et infantile, les comportements de recours aux soins, la santé, la nutrition, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, le paludisme et à la PF, ainsi que les rôles des prestataires et des leaders dans la fourniture des services ou dans leur rôle de modèles des normes communautaires.
3. Une **étude quantitative** menée auprès des femmes des CSCOM et des aidants naturels des enfants de

moins de 5 ans dans les centres de santé afin de recueillir des informations clés sur :

- a. Les connaissances, les croyances, les attitudes et les normes sociales liées à l'allaitement maternel, à l'alimentation complémentaire, à la nutrition maternelle, à la distribution et au partage de la nourriture dans les ménages, à la malnutrition des enfants, à la gestion des enfants malades et aux sources de conseils sur la santé et la nutrition des enfants.
- b. Les facteurs de motivation et les obstacles au recours aux soins
- c. Les processus et les déterminants de la prise de décisions financières au niveau des ménages en rapport avec le recours aux soins de santé.

Collectivement, ces trois phases ont été conçues pour faire la lumière sur le contexte des comportements et des déterminants de la santé, les facteurs de motivation et les possibilités d'améliorer l'accès et l'utilisation des services de santé au Mali, et pour fournir des informations qui contribueront à éclairer les interventions de l'USAID Mali en matière de santé communautaire et de renforcement des systèmes de santé.

2 Résumé des résultats de la revue de la littérature thématique et de la visite de cadrage

Les objectifs et les méthodes de la revue de la littérature thématique et de la visite de cadrage sont détaillés ci-dessous.

2.1. Revue de la littérature thématique

En plus d'examiner globalement les indicateurs de santé et quelques indicateurs de pauvreté connexes de l'EDS, nous avons procédé à une revue de la littérature thématique avec le Centre d'études et de recherche sur l'information en population et santé (CERIPS), partenaire de recherche local, afin de documenter les données existantes et d'identifier les lacunes dans les données sur les comportements de santé et les comportements de recours aux soins de santé au Mali sur les principaux sujets d'intérêt. La revue de la littérature thématique, qui comprend des articles évalués par des pairs et publiés en anglais et en français, a pour but de faire la lumière sur des sujets spécifiques afin de contribuer à l'élaboration d'instruments d'étude, d'aider à interpréter les résultats sur les déterminants des comportements de santé spécifiques au sein des ménages et des communautés, et d'identifier les obstacles, les facteurs de motivation et les opportunités pour améliorer l'accès et l'utilisation de ces services de santé au Mali. Nous présentons ci-dessous quelques résultats clés par domaine thématique.

Santé maternelle

Les recherches de Nordeng et coll. (2013) sur les guérisseurs traditionnels et les soins de santé maternelle au Mali ont révélé que les problèmes non complexes liés à la grossesse pouvaient bénéficier d'une collaboration avec les guérisseurs traditionnels. Ces recherches indiquent qu'il existe un consensus relativement élevé parmi les praticiens traditionnels pour le traitement des femmes enceintes souffrant de maladies et d'affections courantes, notamment les nausées et le traitement du

paludisme pendant la grossesse. Elles suggèrent que la collaboration avec les praticiens traditionnels sur l'utilisation sûre des plantes médicinales pendant la grossesse pourrait promouvoir des grossesses plus sûres et une meilleure santé pour les mères et leurs futurs enfants au Mali.

Il est bien établi que la distance à parcourir pour se rendre dans un établissement de santé constitue un obstacle important à l'utilisation des services de santé (Buor, 2003 ; Tanser et coll., 2006 ; Simkhada et coll., 2008 ; Gage, 2007). Les possibilités de transport constituent un obstacle important pour les femmes qui doivent effectuer les visites prénatales recommandées au Mali (Gage, 2007). Les décisions relatives aux soins sont également liées à la qualité perçue des soins en Afrique de l'Ouest ; le sexe et le statut socio-économique sont des facteurs importants (Thaddeus & Maine, 1994). Selon Thaddeus et Maine (1994), les trois causes de retard affectant l'utilisation et les résultats de la santé maternelle sont 1) le retard dans le recours aux soins ; 2) l'arrivée tardive ; et 3) le retard dans la fourniture des soins adéquats.

ENCADRÉ 2 ALLAITEMENT MATERNEL AU MALI

Bien que l'allaitement maternel soit fréquent au Mali (96,7 % des nourrissons sont allaités, selon l'EDS 2018), des recherches antérieures au Mali ont révélé que l'allaitement maternel exclusif peut être surestimé, car les médicaments traditionnels ne sont pas considérés comme des aliments et sont donc souvent omis dans les questions d'enquête sur la supplémentation des nourrissons (Castle, Yoder et Konate, 2001).

L'allaitement maternel joue un rôle social important dans les liens de parenté au Mali et il consolide les liens de parenté dans la banlieue de Bamako (Dettwyler, 1987).

De plus en plus d'études montrent que le pouvoir et le contrôle personnel sont des facteurs importants dans le recours aux soins de santé maternelle (White et coll., 2013). Le contrôle des ressources financières est un autre aspect important. Des recherches menées au Nigeria ont montré que les considérations financières et le refus des maris étaient tous deux cités comme des raisons pour lesquelles les femmes ne recherchaient pas de soins postnatals dans un établissement de santé (Adamu et Salihy, 2002). Le coût lui-même peut également être catastrophique pour les ménages, quelle que soit la personne qui contrôle les ressources financières. Arsenault, Fournier, Philibert, et coll. (2013) ont constaté que les dépenses élevées pour les soins obstétriques d'urgence ont obligé 44,6% des ménages à réduire leur consommation alimentaire, et 23,2% étaient encore endettés 10 mois à 2,5 ans plus tard. Le fait de vivre dans des zones rurales reculées était associé au risque de dépenses catastrophiques. Cela montre l'incapacité du système d'orientation à éliminer les obstacles financiers pour les ménages éloignés. Les femmes qui ont subi une césarienne ont continué à encourir des dépenses considérables, en particulier lorsque les médicaments prescrits n'étaient pas inclus dans les kits de césarienne fournis par le gouvernement

Des recherches antérieures ont étudié l'importance du respect des patientes pendant les consultations prénatales et les effets néfastes du manque de respect et des abus de la part des prestataires (Freedman et coll., 2014 ; Abuya et coll., 2015a et 2015b). L'expérience directe du manque de respect, ainsi que la réputation du prestataire et de l'établissement sur la façon dont ils traitent les patientes peuvent influencer le choix des femmes d'accoucher dans un établissement de santé. Warren, Beebe, Chase, et coll. (2015) ont constaté que les abus et les agressions de la part des prestataires sont fréquents pendant l'accouchement et ont également noté que les participantes à l'étude ont signalé des comportements abusifs et irrespectueux envers les femmes pendant le travail, en particulier des cris, des insultes et une attitude hostile ou agressive.

Concernant les soins prénatals, y compris les vaccins, les recherches de Sangho, Keita, Diallo et coll. (2016) sur l'utilisation maternelle du tétanos néonatal ont montré que le manque de connaissances des mères, les contraintes de temps et les ruptures de stock de vaccins empêchent l'utilisation des vaccins. Les chercheurs ont constaté que parmi les femmes en âge de procréer, 27,4 % ne savaient pas que le vaccin antitétanique était

utilisé pour prévenir le tétanos maternel et néonatal. La majorité d'entre elles (61,8 %) pensaient qu'une seule dose d'anatoxine tétanique suffisait pour les protéger. Les principales raisons invoquées par les femmes qui n'avaient pas été vaccinées étaient le manque de connaissances (47,6 %), le manque de temps (14,3 %) et la négligence (23,8 %).

PF et SSR

Ce rapport se concentre sur des questions spécifiques au Mali liées aux comportements de recours aux soins de santé. D'une manière générale, la PF au Mali est orientée autour de messages « d'espacement » plutôt que « d'arrêt », car ce dernier n'est pas socialement acceptable pour beaucoup, y compris pour les chefs religieux (Plan d'action national pour la planification familiale, 2014).

Des recherches antérieures menées par Castle, Konate et Ulin (1999) ont montré que la collaboration au sein du ménage entre les femmes peut faciliter l'utilisation cachée de la contraception : les belles-sœurs peuvent s'entraider pour obtenir et cacher les méthodes de PF et pour garder leur utilisation secrète à leurs conjoints et aux membres mariés de leur famille plus âgés. Cela peut s'avérer nécessaire car l'opposition des conjoints et les mythes et rumeurs conduisent à la non-utilisation des MLDAR. Burke, Dakouo, Glish, et coll. (2018) observent que les prestataires ont rapporté que les raisons les plus courantes de non-utilisation du dispositif intra-utérin du post-partum (DIU) étaient l'opposition du mari à la PF, le fait que les femmes changent d'avis après l'accouchement de peur d'avoir des douleurs ou parce qu'elles veulent en discuter d'abord avec leur mari, le fait que les femmes préfèrent attendre 40 jours pour reprendre leur activité sexuelle et envisager toutes les méthodes de PF, et les mythes et perceptions négatives concernant les dispositifs intra-utérins (DIU).

En ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive des adolescentes, l'inégalité des sexes, les normes pronatalistes et les comportements inadaptés des prestataires sont des obstacles aux droits reproductifs des adolescentes au Mali. Les normes sociales en vigueur, profondément ancrées dans le patriarcat et les inégalités entre les sexes, constituent des obstacles aux droits et aux résultats en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescentes au Mali. Les tabous sur l'activité sexuelle avant et après le mariage, ainsi que l'attitude pronataliste de la belle-famille lorsqu'une jeune femme se marie, font que de nombreuses jeunes femmes hésitent à recourir à la PF. En outre, les attitudes négatives

des prestataires découragent également les adolescentes de recourir aux services de santé reproductive (FNUAP 2017).

Paludisme

Graz et coll. (2015) ont constaté que le comportement de recherche de traitement pour le paludisme a changé de 2003 à 2013, le traitement traditionnel étant recherché en premier recours dans les cas non compliqués ; pour les cas plus graves de paludisme, le traitement est plus souvent recherché dans un centre de santé moderne. Ils ont constaté que pour le paludisme sévère, le premier traitement était moins souvent demandé à un guérisseur traditionnel qu'il y a dix ans (4% vs. 32%) et plus souvent à un centre de santé moderne (29% contre 17%). Ils notent également que les centres de santé modernes sont davantage utilisés pour le traitement du paludisme grave et que la médecine traditionnelle est davantage utilisée pour le traitement du paludisme sans complications. En termes de prévention du paludisme, la distribution de moustiquaires via les soins prénatals est efficace, mais la mauvaise compréhension du TPIg par les agents de santé nuit à la prévention pendant la grossesse (Hill et coll., 2014). Les auteurs notent que l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) chez les femmes était sensiblement plus élevée que chez les autres membres du ménage, en grande partie en raison de la distribution pendant les soins prénatals dans les CSCOM. Un rapport élevé entre les personnes du ménage et les moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée (MILD) permettait de prévoir une faible utilisation des MII chez les femmes enceintes

Comme pour la santé maternelle, les obstacles financiers sont également des facteurs importants pour comprendre les soins et la prévention du paludisme. Klein, Harvey, Diarra et coll. (2016) notent que les coûts réels et perçus sont actuellement des obstacles à l'adoption du TPIg. Certains hommes apportent un soutien financier en accompagnant leur femme à l'établissement de santé et en s'occupant directement des aspects financiers. Bien que les MII soient fournies gratuitement dans les centres de soins prénatals, certains centres appliquent un tarif unique pour les soins prénatals, englobant les services gratuits et les services payants, ce qui entraîne une confusion entre le prestataire et le patient sur ce qui est gratuit et ce qui ne l'est pas. Par conséquent, de nombreuses femmes enceintes renoncent au TPIg.

Eau, assainissement et hygiène

Pour les adolescentes, le manque d'établissements permettant de gérer l'hygiène menstruelle à l'école entraîne l'abandon scolaire /l'absentéisme des filles. Les recherches de Trinies, Caruso, Sogoré et coll. (2015) ont révélé que les filles discutaient peu avec leurs mères, leurs sœurs ou leurs amies sur la façon de gérer pratiquement leurs menstruations. Seule la moitié des filles ont déclaré avoir eu connaissance de leurs menstruations avant les règles. En dehors du fait de parler des menstruations aux filles, ces premières conversations ne les y préparaient guère et couvraient rarement les pratiques de gestion. Malgré la présence de latrines et d'installations d'eau, les filles estimaient généralement que l'environnement scolaire était insuffisant pour soutenir leurs pratiques de gestion et préféraient quitter l'école pour gérer leurs menstruations à la maison. Les recherches de Pickering, Djebbari et Lopez (2015) suggèrent que les interventions scolaires dans le cadre de l'eau, l'assainissement et l'hygiène peuvent avoir un impact socio-économique significatif. La diminution du nombre d'infections chez les enfants d'âge scolaire peut entraîner une baisse de l'absentéisme lié à la maladie, qui peut à son tour modifier la répartition du temps des enfants plus âgés et des mères à mesure que le temps passé à s'occuper des membres malades de la communauté est libéré. L'offre de main-d'œuvre et la participation scolaire peuvent s'en trouver augmentées. D'autres recherches ont noté l'importance de la participation et de l'adhésion de la communauté aux interventions liées à l'eau, l'assainissement et l'hygiène. La participation communautaire améliore la durabilité des interventions liées à l'eau, l'assainissement et l'hygiène, et des comportements en matière de santé : Bery, Traore et Shafritz (2016) ont noté que le fait de faciliter les discussions communautaires en utilisant une approche décisionnelle participative avec les parties prenantes locales a permis de développer des systèmes locaux durables pour financer les coûts d'exploitation et de maintenance des points d'eau, et a déclenché des activités génératrices de revenus qui améliorent également les comportements en matière de santé.

Santé infantile

Dans notre examen de la santé de l'enfant au Mali, nous nous sommes concentrés sur la compréhension de la dynamique familiale et sociale qui contribue à la santé de l'enfant pour comprendre les obstacles aux soins et les facteurs les encourageant. Les recherches de Baxter, Barac, Davidson, et coll. (2016) ont conclu que ce sont

souvent les femmes plus âgées du ménage qui introduisent très tôt les médicaments traditionnels. Ils notent que les croyances, les connaissances et les pratiques traditionnelles concernant l'alimentation des nourrissons et les attentes liées au rôle du sexe et de l'âge se sont avérées être des défis importants pour le changement de comportement en matière d'allaitement exclusif, notamment en ce qui concerne l'administration de médicaments traditionnels. Des études qualitatives antérieures du Mali suggèrent que de nombreuses mères et grand-mères donnaient une variété de suppléments (notamment des céréales et des médicaments traditionnels) aux nourrissons de moins de 6 mois, lesquels n'étaient pas considérés comme de la nourriture (Castle, Yoder et Konate, 2001). Ellis et coll. (2012) ont constaté que la plupart des familles utilisaient à la fois des traitements traditionnels et modernes administrés soit à domicile par des membres de la famille, soit par des guérisseurs traditionnels. L'obstacle le plus souvent cité au recours aux soins dans les établissements de santé était le coût, surtout pendant la saison des pluies. Les contraintes financières ont souvent poussé les familles à recourir aux traitements traditionnels.

En plus de fournir aux enfants des formes alternatives de médecine, d'autres recherches ont montré que la concurrence des ménages pour des ressources alimentaires rares est associée à la malnutrition des enfants. Ces recherches de Sobgui, Makamto, Kamedjie et coll. (2018) ont conclu que les facteurs associés de manière significative à la malnutrition aiguë chez les enfants étaient le fait d'être de sexe masculin, les naissances prématurées, l'âge inférieur de l'enfant, un nombre élevé de frères et sœurs et le fait de vivre dans un ménage dont l'approvisionnement alimentaire était insuffisant pendant un plus grand nombre de mois.

Les recherches sur la mortalité infantile ont montré que, à l'instar de la mortalité maternelle, les retards dans le recours aux soins et la mauvaise qualité des soins précèdent les décès d'enfants. Les recherches de Willcox, Kumbakumba, Diallo, et coll. (2018) sur les facteurs contribuant à la mortalité infantile ont révélé que 84 % des familles avaient consulté un prestataire de soins de santé pour la maladie mortelle, mais que la qualité des soins était souvent insuffisante. Même dans les centres officiels de soins primaires, les signes de danger étaient souvent négligés (43%), les traitements essentiels n'étaient pas administrés (39%) et plus de la moitié (51%) des enfants gravement malades n'étaient pas orientés vers l'hôpital dans les délais.

2.2. Visite de cadrage

En plus de la revue de la littérature, une mission de cadrage a eu lieu à Bamako du 6 au 15 mai 2019, afin d'éclairer l'évaluation globale et, en particulier, l'élaboration d'instruments pour la recherche formative. Des entretiens avec des informateurs clé (EIC) se sont déroulés avec des personnes représentant 17 organisations distinctes et ont été identifiées à partir : 1) des auteurs des articles identifiés dans la revue de la littérature thématique ; 2) des suggestions de l'USAID quant aux acteurs importants basés à Bamako dans les domaines concernés ; et 3) des connaissances du CERIPS et des consultants sur la situation sanitaire au Mali et les acteurs clés. Des informateurs clés, parmi lesquels des chercheurs locaux, des responsables de la mise en œuvre de programmes et d'autres parties prenantes travaillant sur le terrain, ont été interrogés sur les obstacles et les facteurs de facilitation au niveau des ménages dans un certain nombre de domaines de la santé (notamment la santé maternelle, néonatale et infantile, le paludisme, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, la PF et la nutrition). Il s'agissait notamment de préoccupations relatives à la qualité des services, à leur disponibilité et à leur coût, mais surtout de la manière dont les facteurs au niveau des ménages déterminent le comportement lié à l'utilisation des soins préventifs et curatifs.

3 Méthodologie de recherche formative

La recherche formative à méthodes mixtes visait à générer des preuves complètes sur les goulots d'étranglement et les facilitateurs potentiels de changement de comportement dans les domaines de la santé pour 1) augmenter la demande et l'utilisation des services de santé et des services liés à l'eau, l'assainissement et l'hygiène ; 2) augmenter l'adoption de comportements sains par les individus et les ménages ; et 3) augmenter la capacité des ménages et des communautés à planifier, financer et gérer leur propre santé.

3.1. Sélection des sites

Des données ont été recueillies dans les régions considérées comme représentant les 27 districts sanitaires) dans les régions de Mopti, Ségou et Sikasso. Ces régions ont été sélectionnées comme zones à besoins élevés sur la base d'indicateurs spécifiques dans l'EDS 2018 (Tableau 2 ci-dessous), pour la stabilité et la sécurité relatives des équipes de recherche, et parce qu'elles disposaient d'une infrastructure suffisante pour soutenir la collecte de données proposée. Dans chaque zone d'étude, les lieux qui offraient une représentation maximale de la diversité et ceux qui avaient tendance à être marginalisés en raison de leur inaccessibilité ont été sélectionnés pour la collecte des données. En raison de problèmes de sécurité permanents dans les zones d'étude, les membres de l'équipe d'étude ne se sont rendus que dans les districts/zones dont l'accès était jugé sûr. Lorsque/si la sécurité devenait un problème dans une zone sélectionnée, cette zone était remplacée par une autre zone considérée comme identique.

Les méthodes quantitatives et qualitatives, décrites plus loin, ont été employées dans des zones spécifiques dans les régions de Ségou, Sikasso et Mopti. Les communautés ont été sélectionnées de manière à permettre la diversité des systèmes de production, des groupes linguistiques et des systèmes de croyance socioculturels. Dans ces communautés, trois villages ont été choisis au hasard. Toutefois, sept communautés des régions de Mopti et de Ségou qui figuraient dans l'échantillon initial pour la

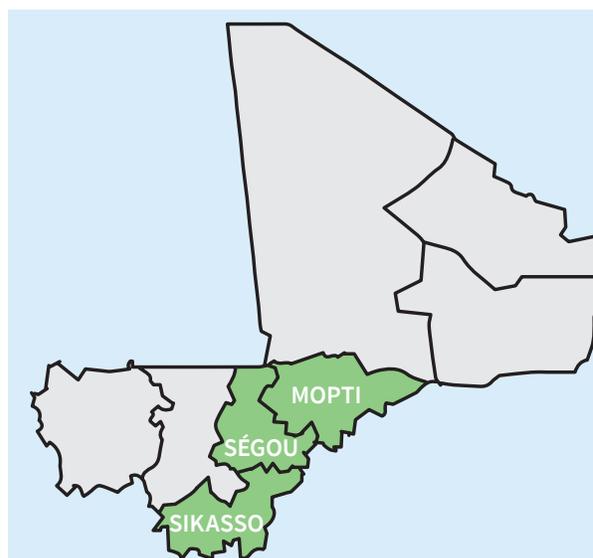


FIGURE 2 CARTE DU MALI PRÉSENTANT LES LIEUX D'ÉTUDE SÉLECTIONNÉS

recherche qualitative et l'un des centres de santé de la région de Ségou ont dû être remplacés pour des raisons de sécurité ou d'inaccessibilité. Trente-six villages ont été visités pour la recherche qualitative et 40 établissements de santé (CSCOM) ont été inscrits dans la recherche quantitative.

Le Tableau 2 ci-dessous présente les caractéristiques des communautés échantillonnées pour la recherche qualitative; un tableau plus détaillé est disponible à l'Annexe 20.1.

TABLEAU 2 CARACTÉRISTIQUES DES COMMUNAUTÉS D'ÉTUDE

	CERCLES	VILLAGES	GROUPES ETHNIQUES REPRÉSENTÉS	ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE PRÉDOMINANTE	DISTANCE MOYENNE POUR ALLER AU CSCOM (KM)	POURCENTAGE MOYEN DE MÉNAGES DANS LE QUINTILE LE PLUS PAUVRE (NIVEAU DU CERCLE)
Mopti	Mopti, Youwarou, Badiagara	12	Peulh, Marka, Bozo, Songhai, Dogon	Élevage, pêche, agriculture	11,1	23,0
Ségou	Macina, Tominian, Baroueli, Bla	12	Peulh, Bobo, Soninke, Minianka	Élevage, agriculture	10,7	10,8
Sikasso	Kolondieba, Yorosso, Yanfolila, Sikasso	12	Bamanan, Minianka, Peulh (Wassalou), Ganandougou	Agriculture	9,9	5,2

3.2. Collecte des données qualitatives : Entretiens de sortie des femmes et des aidants naturels des enfants dans les CSCOM

Des entretiens quantitatifs de sortie ont été menés à la fois avec des femmes cherchant des soins et avec des personnes s'occupant d'enfants de moins de 5 ans dans les CSCOM. Une équipe de 20 enquêteurs (8 hommes et 12 femmes) a interrogé 1 342 femmes venues pour leurs propres besoins de santé (y compris les SPN), ainsi que 1 310 femmes et 153 hommes de 18 ans et plus cherchant des services préventifs ou curatifs pour les enfants de moins de 5 ans. Les personnes interrogées ont été sélectionnées à dessein au moment où elles quittaient le centre de santé et ont été interrogées sur des questions telles que leur décision de recourir aux services, la distance parcourue et le mode de transport, les autorisations ou les orientations données, la perception de la qualité et le coût des soins ou des traitements reçus. Les données ont été saisies en temps réel à l'aide de tablettes et du logiciel Survey CTO, puis analysées avec Stata 15.0. L'analyse s'est concentrée sur les statistiques descriptives des indicateurs clefs par catégorie (femmes dans les CSCOM ; aidants naturels des enfants de moins de 5 ans), région géographique, âge et sexe. Les résultats sont présentés parallèlement aux résultats qualitatifs afin d'élargir la compréhension des facteurs spécifiques associés aux comportements de recours aux soins. D'autres tableaux et figures basés sur les entretiens de sortie sont fournis en annexes.

3.3 Collecte des données qualitatives

Le Tableau 3 présente le nombre et le type d'activités de recherche qualitative par région. Les activités qualitatives visaient à examiner les comportements de recours aux soins chez les femmes en âge de procréer et pour les enfants de moins de 5 ans. Parmi les sujets d'intérêt figuraient la grossesse, les SPN, l'accouchement (y compris les urgences obstétriques), l'allaitement maternel, les soins postnatals, la vaccination, la gestion des maladies infantiles, la nutrition et la sécurité alimentaire des ménages. Des GDD ont eu lieu avec des mères d'enfants de moins de 5 ans (20-29 ans et 30-44 ans), des pères, des grands-mères, des grands-pères, des adolescents et des adolescentes mariés et célibataires. Les participants qui répondaient à nos critères d'inclusion ont été identifiés avec l'aide des chefs de village.

Des EA ont été réalisés avec des chefs communautaires, des guérisseurs traditionnels et des accoucheuses traditionnelles, ainsi qu'avec des sages-femmes et des matrones.* Les participants à l'étude ont été sélectionnés en utilisant un échantillonnage raisonné avec l'aide de gardiens de la communauté comme les chefs de village et les aînés.

*Une matrone est une femme titulaire d'un DEF (diplôme d'études fondamentales) qui a suivi 6 mois de formation théorique et pratique dans le domaine de l'obstétrique. Elles se situent au niveau le plus bas des prestataires de soins, suivies par l'infirmière obstétricienne, qui reçoit une formation de 3 ans en obstétrique après le DEF, et la sage-femme, qui a 3 ans de formation après le baccalauréat.

TABLEAU 3 NOMBRE ET TYPE DE GDD ET D'EA PAR RÉGION

	SÉGOU n	SIKASSO n	MOPTI n	TOTAL n
GGD				
Adolescentes célibataires âgées de 15 à 19 ans	3	4	4	11
Adolescentes mariées (15-19 ans)	4	5	4	13
Adolescents (âgés de 15 à 19 ans)	5	6	4	15
Grands-mères vivant avec des petits-enfants âgés de moins de 5 ans	4	5	4	13
Grands-pères vivant avec des petits-enfants âgés de moins de 5 ans	4	5	4	13
Mères (âgées de 20 à 29 ans) d'enfants de moins de 5 ans	4	5	4	13
Mères (âgées de 30 à 44 ans) d'enfants de moins de 5 ans	4	5	4	13
Pères d'enfants de moins de 5 ans	4	5	4	13
<i>Total des GDD</i>	32	40	32	104
EA				
Leaders communautaires	4	5	4	13
Guérisseurs traditionnels et accoucheuses traditionnelles	4	5	4	13
Sages-femmes et matrones	4	5	4	13
<i>Nombre total d'EA</i>	12	15	12	39
Nombre total de transcriptions	44	55	44	143

3.3.1 Élaboration des instruments

L'approche méthodologique ainsi que les guides des GDD s'inspirent de travaux antérieurs réalisés par l'USAID au Népal, qui a utilisé avec succès une technique de narration d'histoires pour susciter des normes et des comportements (Save the Children/USAID Népal, 2016). Les données qualitatives ont ensuite été utilisées pour informer les programmes de santé népalais sur la base d'observations significatives au niveau local sur la manière dont la dynamique des ménages influence la santé. S'inspirant de cette approche d'interview, les discussions au Mali étaient basées sur des personnages fictifs - par exemple, les mères âgées de 20 à 29 ans ont été invitées à réagir à une vignette sur un personnage fictif (Djeneba) au cours des premiers mois de la grossesse. Les informateurs devaient imaginer les expériences de ce personnage et les décisions qu'elle prenait en matière de procréation, de santé, de nutrition et de PF, pour elle-même et pour ses enfants. Les instruments comprenaient également des techniques de discussions dirigées standard pour susciter des conversations et des commentaires sur différents thèmes liés aux comportements de recours aux soins. D'autres groupes de répondants ont été présentés à d'autres personnages

fictifs ; par exemple, les femmes mariées de 30 à 44 ans ont été présentées à Fatoumata, qui vit avec son mari, sa belle-famille et ses coépouses. Les entretiens individuels ont utilisé une approche plus directe pour obtenir l'avis des personnes interrogées, compte tenu de leur rôle dans la fourniture de services ou en tant que modèles ou loci de normes communautaires.

3.3.2. Formation à la collecte de données

Les instruments de recherche qualitative ont été traduits en français et dans les six langues locales : Bamanan, Dogon, Peul, Songhaï, Senoufo et Minianka. Une formation de deux semaines de 18 enquêteurs (7 hommes et 11 femmes) a eu lieu à Bamako, au cours de laquelle les instruments ont été préalablement testés dans et autour de la capitale, puis affinés et finalisés. Un outil de sélection qui enregistrait l'éligibilité des participants à l'étude et recueillait des informations de base sur leur âge, leur statut marital, leur niveau d'éducation et leur profession a également été développé.

3.3.3. Collecte de données

Les discussions ont été menées par un modérateur qui était assisté d'un preneur de notes dans la langue maternelle et préférée du participant. Les GDD ont duré environ 1 heure ; les entretiens individuels ont duré 1,5 heure. Le consentement éclairé écrit de tous les participants a été obtenu avant le recrutement dans l'étude. Toutes les discussions ont été enregistrées, puis retranscrites mot à mot en français par le preneur de notes ou le modérateur. La qualité des transcriptions a été vérifiée par les superviseurs de l'étude au CERIPS.

3.3.4. Analyse des données

Les transcriptions ont été téléchargées dans Dedoose v. 8.3.10, un programme d'analyse qualitative en ligne. L'analyse qualitative a suivi une approche thématique, en utilisant d'abord les thèmes des instruments et les comptes rendus des enquêteurs, puis en ajoutant des sous-codes plus détaillés et de nouveaux codes qui ont émergé des transcriptions. Un manuel de codes de référence a préalablement été développé par le CERIPS, puis élargi après examen par un consultant de l'étude et Breakthrough RESEARCH pour englober tous les sujets souhaités, avant d'être regroupé en thèmes principaux plus larges avec des sous-codes selon les besoins. Ceux-ci se rapportaient à certaines normes, pratiques et prises de décision en matière de santé, ainsi qu'aux obstacles et facteurs favorables associés au recours aux soins et aux traitements. Après une deuxième révision du manuel de codes, chaque codeur qualitatif a codé la même transcription afin de comparer le codage entre les individus. Un test de fiabilité inter-évaluateur (IRR) a été effectué après qu'environ 15% des transcriptions aient été initialement codées et après la troisième révision du manuel de codes. Les résultats du test IRR ont varié entre un kappa de 0,6 et 0,8 avec une moyenne de 0,7 entre les codeurs sur les principaux thèmes. Après l'examen du test IRR, des discussions avec les membres de l'équipe ont eu lieu pour examiner les divergences de codage, puis le codage a repris après que les modifications nécessaires aient été apportées au manuel de codes.

Le codage a été séquencé de manière à inclure plusieurs groupes de répondants au fur et à mesure de sa progression, plutôt que de compléter un sous-ensemble de transcriptions (par exemple, les GDD avec les chefs de famille) avant de passer à un autre groupe. Cette approche a permis à l'équipe de l'étude d'examiner des extraits représentatifs pendant que le codage était en cours et de commencer à analyser les extraits en

fonction de thèmes et de phénomènes plus larges. Les chercheurs du Royaume-Uni et du Mali ont effectué les premières analyses ensemble à Bamako, puis ont continué à travailler ensemble à distance. L'analyse qualitative s'est concentrée sur la mise en lumière de multiples points de vue autour des comportements de recours aux soins dans le but de comprendre les comportements typiques et atypiques et les comportements socialement acceptables et inacceptables, afin d'éclairer les programmes et les politiques susceptibles d'avoir l'impact le plus élevé.

3.4 Éthique de la recherche

Pour la collecte de données quantitatives et qualitatives, le consentement éclairé a été obtenu avant la participation à un entretien de sortie, à un GDD ou à un EA. Un document de consentement éclairé a été lu à chaque participant pour expliquer le processus de collecte des données, l'utilisation des données et les droits des participants. Les personnes ont été invitées à signer un formulaire de consentement lorsqu'elles acceptaient de participer à la recherche et ont reçu une copie de la version signée à conserver. Pour les personnes âgées de moins de 18 ans, l'autorisation parentale a été obtenue avant l'assentiment des adolescents. Les participants ont été indemnisés, comme il est d'usage pour des études similaires au Mali. Le protocole de recherche a été approuvé par le Population Council Institutional Review Board à New York et le Comité national d'éthique pour la santé et les sciences de la vie à Bamako.

RÉSULTATS

Les principales conclusions des entretiens quantitatifs de sortie et les résultats qualitatifs des GDD et des EA sont présentés ci-dessous de manière thématique, en commençant par le contexte du ménage, puis en passant à la santé maternelle et reproductive, aux autres facteurs environnementaux affectant la santé, à la nutrition maternelle et infantile, au comportement de recours aux soins des enfants de moins de 5 ans et aux points de vue des prestataires et des dirigeants communautaires. Nous présentons des résultats quantitatifs et qualitatifs intégrés chaque fois que cela est possible, et au début de chaque sous-section, nous identifions les données qui sont présentées.

Les résultats quantitatifs proviennent de femmes cherchant des soins pour elles-mêmes (n=1 342) ainsi que de celles cherchant des soins pour un enfant de moins de 5 ans (n=1463 ; n=153 hommes et n=1 310 femmes).

Nous établissons, le cas échéant, des parallèles et des différences entre les personnes interrogées lors des entretiens de sortie. Des citations textuelles illustrées des GDD et des EA sont présentées pour illustrer des points clés.

Notre analyse qualitative présente des points de vue normatifs. Bien que nous puissions présenter une citation qui représente le mieux le point de vue normatif et qui provient d'un participant au GDD (en reconnaissant la difficulté d'attribuer de manière fiable les citations à des personnes particulières), il existe d'autres citations de ce groupe de discussion qui soutiennent les mêmes points. À la fin de chaque chapitre, nous présentons un problème lié au sujet du chapitre qui se prête aux stratégies et aux interventions en matière de santé, et nous résumons les obstacles et les facilitateurs liés à ce problème.

©2013 Jane Silcock



4 Profil démographique des participants à l'étude

Les caractéristiques démographiques des composantes quantitatives et qualitatives sont décrites ci-dessous.

4.1. Profils démographiques des participants interrogés pendant les entretiens de sortie (composante qualitative)

Cette section et les tableaux qui l'accompagnent présentent les profils démographiques des participants de la composante quantitative. Le Tableau 4 ci-dessous présente les caractéristiques démographiques des participants aux entretiens de sortie. Tant les femmes cherchant des soins dans les CSCOM que les personnes s'occupant d'enfants de moins de 5 ans avaient en moyenne 28 ans, et presque toutes étaient mariées. Beaucoup ont déclaré avoir eu une naissance vivante antérieure (moyenne de 3,7 naissances vivantes antérieures parmi les femmes cherchant des soins dans les CSCOM), et environ 1 sur 4 avait été scolarisée. Parmi les personnes s'occupant d'enfants de moins de 5 ans, la majorité étaient des femmes (89,5 %) ; parmi celles-ci, presque toutes ont déclaré être la mère biologique de l'enfant (95,2 %). Parmi les aidants masculins (n=152, soit 10,5 %), 69,3 % ont déclaré être le père biologique de l'enfant. Les personnes s'occupant de l'enfant qui n'étaient pas les parents biologiques de l'enfant qu'ils conduisaient au centre de santé étaient les grands-parents maternels (23,6 %), les grands-parents paternels (9,1 %), les tantes ou les oncles (46,4 %), les frères et sœurs (12,7 %), les tuteurs (2,7 %) ou d'autres personnes (5,5 %). Les aidants ont déclaré avoir cherché des soins pour des enfants âgés en moyenne de 14,3 mois, avec des âges allant de 1 mois à 5 ans. L'âge le plus souvent indiqué était de 12 mois (n=246 enfants ou 18,0 %), ce qui peut être dû en partie aux calendriers de vaccination.

TABLEAU 4 EXEMPLES DE CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ISSUES DES DONNÉES QUANTITATIVES

	FEMMES DANS LES CSCOM N = 1 342	AIDANT NATUREL À LA RECHERCHE DE SOINS POUR UN ENFANT DE MOINS DE 5 ANS N = 1 463
Âge (moyen ; médian)	28,3 ; 26	28,1 ; 27
Femmes (%)	100	89,5
Déjà mariées (%)	98,8	97,8
Nombre de naissances vivantes (moyenne ; médiane) chez les femmes	3,7 ; 3	4,2 ; 4
Nombre d'enfants vivants (moyenne, médiane)	3,4 ; 3	3,5 ; 3
Âge de l'enfant en mois (moyenne)	S/O	14,3
Sexe de l'enfant (% masculin)	S/O	51,1
Déjà scolarisé (%)	27,1	24,3
Membre d'un régime informel d'assurance (%)	2,5	1,0
Sikasso (%)	32,5	39,7
Ségou (%)	48,4	43,0
Mopti (%)	19,1	17,3

Dans le Tableau 5a ci-dessous, nous examinons certains modèles démographiques par région pour chaque ensemble de données. De façon générale, nous observons que les femmes dans tous les échantillons sont semblables en termes d'âge, de nombre de naissances vivantes et de fréquentation scolaire. Il est intéressant de noter que l'âge moyen le plus jeune des enfants amenés pour des soins ce jour-là était enregistré à Mopti (17,1 mois, en moyenne), par rapport à Ségou (20,0 mois) et Sikasso (23,5 mois).

TABLEAU 5A EXEMPLES DE CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ISSUES DES DONNÉES QUANTITATIVES

LES FEMMES CHERCHANT DES SOINS POUR ELLES-MÊMES DANS LES CSCOM			
	SIKASSO	SÉGOU	MOPTI
Âge (moyen ; médian)	28,8 ; 27	28,4 ; 25	27,2 ; 26
Nombre de naissances vivantes	3,9 ; 4	3,6 ; 3	3,5 ; 3
Déjà scolarisé (%)	27,7	28,3	23,0
PERSONNES CHERCHANT DES SOINS POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS DANS LES CSCOM			
	SIKASSO	SÉGOU	MOPTI
Âge (moyen ; médian)	28,5 ; 27	28,0 ; 27	27,7 ; 27
Femmes (%)	84,5	93,3	91,7
Âge moyen de l'enfant en mois	23,5	20,0	17,1

4.2. Profils démographiques des participants aux GDD (composante qualitative)

Les caractéristiques démographiques des participants aux groupes de discussion sont présentées au Tableau 5 ci-dessous. Les profils démographiques des participants aux groupes de discussion selon chacune des trois régions étudiées sont présentés dans les tableaux en annexes.

TABLEAU 5B CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS AUX GROUPES DE DISCUSSION

	ÂGE (MOYEN)	NOMBRE D'ENFANTS (MOYEN)	NOMBRE D'ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS (MOYEN)	NOMBRE DE PETITS-ENFANTS (MOYEN)	NOMBRE DE PETITS ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS (MOYEN)	N
Adolescents non mariés						
Hommes	17,7	0,0	0,0			91
Femmes	16,5	0,0	0,0			89
Adolescentes mariées (femmes)						
Mères 20–29	24,4	3,2	1,7	0,0		90
Mères 30–44	35,2	5,3	1,8	0,1	0,0	97
Pères 25–44	35,8	4,8	1,9	0,1	0,0	92
Grands-pères	59,9	9,3	0,0	5,3	2,5	92
Grands-mères	53,3	5,6	0,0	5,0	2,6	92

5 Contexte familial

Le présent chapitre s'appuie largement sur les résultats qualitatifs et comprend des données démographiques provenant des participants des groupes de discussion qui sont pertinents pour le contexte familial.

5.1. Espoirs pour les couples nouvellement mariés

Les guides des EA et des GDD ont été conçus pour recueillir des informations sur le contexte familial et les dynamiques basées sur les genres et intra-générationnelles qui s'y rapportent. Dans les GDD, les participants ont été invités à discuter de thèmes basés sur un personnage fictif dans une vignette, comme on le voit ci-dessous. Les vignettes ont été utilisées pour réduire la stigmatisation associée au fait de parler de soi et pour comprendre les normes sociales sur les thèmes présentés. Un exemple de vignette est présenté ci-dessous.

“ C'est l'histoire d'Amadou et de Djeneba, un jeune couple comme tant d'autres dans ce village. Djeneba a 17 ans. Elle n'a pas été à l'école et elle cultive des cacahuètes qu'elle vend au marché local. Amadou et Djeneba se sont mariés il y a quatre mois. La cérémonie a eu lieu dans le village d'Amadou. Bon nombre de membres de la famille, d'amis, de voisins et d'autres personnes étaient présents. Après avoir passé une semaine dans le kononso (isolement/retraite après le mariage).

Djeneba s'est installée dans le domicile conjugal avec son mari, sa belle-mère et sa famille conjugale. Pouvons-nous commencer à imaginer à quoi ressemblerait leur vie ? À présent, qui souhaite poursuivre l'histoire à partir de ce moment-là ? Rappelez-vous que nous sommes ici pour discuter de scénarios ou de choix éventuels auxquels peuvent être confrontés Amadou et Djeneba. Dès lors, il n'y a pas de mauvaise réponse. Il ne s'agit que d'opinions sur différentes situations susceptibles de se produire. Nous aimerions que vous imaginiez ce qui pourrait arriver si vous étiez un

des personnages dans cette histoire.

Lorsque les participants au GDD ont été interrogés sur les aspirations du couple nouvellement marié, la plupart des répondants ont cité l'importance de la santé, de la procréation, de l'entente entre le mari et la femme, et du bonheur. Leurs aspirations étaient donc subordonnées à la réalisation des objectifs de fécondité, tout en étant étroitement liées, comme cela est indiqué ci-dessous, au respect de la belle-famille et à la préservation de l'harmonie collective au sein de la famille.

“ D : Leurs aspirations [du couple] concernent la santé parce que tout est lié à la santé.

C : C'est l'entente [paix] et la santé.

B : C'est l'entente [paix] et la santé parce que pour moi tout dépend de leur entente [le couple].

—GDD, pères, Sikasso

“ Leurs aspirations sont celles de trouver le bonheur qu'ils recherchent dans leur famille. Il faut espérer que la femme respecte la mère et le père de son mari et que le couple aura des enfants qui apporteront du bonheur à tout le monde.

—GDD, grands-mères, Ségou

“ Lorsqu'une femme vit avec sa belle-famille, elle doit se comporter comme une aiguille et un fil qui réunissent tout le monde et non pas comme une lame de rasoir qui les séparerait. [Pour y parvenir] elle doit prendre soin de son mari et de ses proches, comme son beau-père et ses beaux-frères.

—GDD, grands-mères, Sikasso

Les espoirs de respect au sein du nouveau mariage ont été repris dans tous les groupes de répondants, y compris les grands-mères, les jeunes mères et les adolescentes mariées, les grands-pères et les maris.

En général, les belles-mères étaient considérées comme des guides importants dans la transition d'une femme mariée vers la famille conjugale. Les belles-mères auraient montré à la jeune mariée comment se comporter et faire preuve de maîtrise de soi pour s'entendre avec son mari.

“ Les premiers mois d'un mariage sont difficiles avant qu'elle ne s'adapte à sa famille conjugale—ce n'est pas facile, car il y aura de petites querelles, mais sa belle-mère lui conseillera de ne pas se mettre en colère et d'être patiente avec les gens. Si elle écoute sa belle-mère, tout ira bien, mais si elle aime les disputes et qu'elle n'écoute pas sa belle-mère, elle sera toujours en désaccord avec son mari. Mais si elle sait se maîtriser, elle s'entendra avec lui.

—GDD, grands-mères, Sikasso

5.2. Espoirs pour les enfants

Concernant leurs aspirations pour leurs enfants, les répondants ont exprimé des espoirs à long terme concernant la productivité de leurs enfants, ainsi que leur éducation. Les mères estimaient que l'éducation était importante pour permettre aux enfants de changer leur propre situation et de soutenir leurs parents et ont exprimé la nécessité pour les parents de mettre de l'argent de côté pour l'éducation de leurs enfants.

“ Ils vont cultiver la terre, mais ils feront également des études pour pouvoir gagner de l'argent plus tard et nourrir leurs parents.

—GDD, mères 20-29, Ségou

“ Ils voudront avoir des enfants qui sont bénis et précieux. Ils espèrent que leurs enfants auront un bon comportement. En matière d'éducation, les parents doivent se serrer la ceinture pour que les enfants puissent étudier. De nos jours, il est difficile de sortir de certaines situations si vous n'êtes pas instruit. Même nous, qui avons abandonné nos études, nous le regrettons maintenant. S'ils ont des enfants, ils doivent s'assurer qu'ils réussissent leurs études.

—GDD, mères 30-44, Sikasso

Tout comme leurs espoirs pour le couple nouvellement marié, les participants ont exprimé l'espoir que les filles entreraient dans de nouvelles familles conjugales et seraient prêtes à s'adapter à leur rôle de belles-filles et à établir l'harmonie familiale. Il était considéré que la responsabilité des parents était de les former à cet effet.

“ Quand leurs filles seront mariées, si elles veulent quitter notre famille, nous les éduquerons pour qu'elles sachent cuisiner, faire le ménage et chercher de l'eau, elles sauront tout faire. Une fois dans leur foyer conjugal, lorsqu'on leur demandera de préparer les repas, elles sauront déjà le faire. Mais si elles ne savent pas cuisiner ou préparer le riz comme il faut, qui mangera leur repas ?

—GDD, mères 30-44, Mopti

5.3. Dynamique sociale et de pouvoir au sein du ménage

Les jeunes femmes étaient considérées comme essentielles pour faire preuve de respect et maintenir l'harmonie familiale dans leur foyer. Les données démographiques recueillies lors des groupes de discussion donnent un aperçu d'une structure sociale où les unions polygames sont fréquentes. Comme le montre le Tableau 6 ci-dessous, il existe une variabilité régionale et par âge dans la proportion d'unions polygames dans notre échantillon, atteignant trois sur quatre des 30-44 ans à Ségou.

Grâce aux vignettes, les femmes mariées âgées de 30 à 44 ans ont été présentées à Fatoumata, une femme qui s'est mariée à 17 ans et vit avec son mari, sa belle-famille et deux coépouses. Certaines femmes ont indiqué que la relation entre les coépouses dépendait du mari. Par exemple, s'il en traite une mieux qu'une autre, les autres pourraient agir collectivement contre celle qui a été favorisée.

“ Q : Que pensent les coépouses de Fatoumata ?

B : Les coépouses diront que Fatoumata est mieux traitée qu'elles.

F : Elle est très appréciée, elle est au-dessus [des autres] à cause de ses bonnes actions. Fatoumata n'est pas du tout appréciée parce qu'elle se distingue des autres.

TABLEAU 6 PROPORTION DE PARTICIPANTES AUX GROUPES DE DISCUSSION FÉMININS EN UNION POLYGAME, PAR RÉGION

	SÉGOU	SIKASSO	MOPTI	TOTAL
GDD (n=376)				
Adolescentes mariées	17	28	34	27
Mères 20-29	38	53	23	40
Mères 30-44	75	56	70	66
Grands-mères 45+	57	59	33	51
Femmes dans les (n=1 342)				
Femmes de moins de 30 ans	30	36	26	31
Femmes 30-44	55	73	35	57
Femmes 45+	42	65	33	51

B : Les beaux-parents surveillent Fatoumata pour vérifier qu'elle ne vole pas et qu'elle respecte les gens de la communauté.

Q : Quelle est l'attitude des coépouses envers Fatoumata ?

A : Fatoumata ne s'entend pas avec les coépouses lorsqu'elle se sent supérieure et ne les respecte pas.

—GDD, mères 30-44, Ségou

Les femmes de différentes générations ont déclaré que les coépouses pouvaient être des conseillères utiles dans différentes situations; par exemple, leurs coépouses peuvent les conseiller sur ce qu'il faut faire lorsque leur enfant tombe malade. En outre, lorsqu'une belle-mère donne des conseils sur le traitement d'un problème de santé qui est contraire avec ce que veut la jeune femme, elle peut s'adresser à la coépouse de sa belle-mère, en plus de son mari, pour convaincre sa belle-mère du contraire.

F : Une femme peut discuter du recours aux soins avec son mari, afin qu'il puisse parler à sa mère.

G : Elle peut demander à la coépouse de sa belle-mère de parler avec sa belle-mère.

—GDD, adolescentes non mariées, Ségou

Les adolescentes célibataires ont discuté de la façon dont les coépouses de leur mère peuvent être une ressource pour les aider à recourir aux soins contre la volonté de leurs parents ou à parler à leur père en leur nom.

C : Elle informera la coépouse de sa mère de dire à sa propre mère qu'elle devrait pouvoir prendre soin d'elle-même ailleurs.

D : C'est la femme de mon père qui est la mieux placée pour donner des informations à mon père.

F : La coépouse de la mère peut lui conseiller de parler avec son père ou sa mère.

—GDD, adolescentes non mariées, Ségou

L'exemple le plus évident de coépouses apportant un soutien social est peut-être le fait de s'occuper de tâches ménagères, comme préparer les repas, tandis qu'une autre coépouse emmène son enfant pour des services de santé ou aide à trouver une autre personne qui peut le faire.

Q : Qui prépare les repas lorsque Djeneba est absente ?

E : Djeneba a peut-être une coépouse qui peut préparer le repas avant que Djeneba ne revienne ou ne trouve quelqu'un d'autre pour le faire.

—GDD, mères 20-29, Ségou

Les réponses étaient mitigées quant à savoir si le fait d'avoir une coépouse influençait l'utilisation de la PF. De nombreuses personnes interrogées ont déclaré que le fait d'avoir une coépouse n'était pas important pour influencer le choix d'une femme de recourir à la PF ou que les maris étaient les principaux responsables de cette décision. D'autres ont déclaré que la PF était bénéfique pour la famille dans son ensemble, parce qu'elle améliore les finances et la santé des enfants, suggérant qu'il pourrait y avoir un soutien parmi les coépouses pour utiliser la PF.

Q : Si elle a des coépouses qui ne veulent pas [qu'elle utilise la PF], est-ce là une raison pour ne pas utiliser de contraceptifs ?

H : Pas du tout, c'est le mari.

A : Les coépouses n'ont aucune influence sur vous.

—GDD, mères 30-44, Mopti

“ M : Le fait que Fatoumata ait deux coépouses influence-t-il la décision d'utiliser une méthode ?

A : Non, cela ne l'en empêche pas.

C : Non, l'espacement entre les naissances réduit les dépenses familiales.

F : Avec des naissances rapprochées, la femme est toujours malade et les enfants aussi.

—GDD, mères 30-44, Mopti

Les adolescentes estimaient que la pression due au fait d'avoir des enfants immédiatement après le mariage était exacerbée par la menace du mari de prendre une autre femme. Les adolescentes célibataires ont déclaré que si une femme nouvellement mariée (Oumou, le personnage fictif utilisé dans les discussions avec les adolescents pour obtenir des réponses) disait à son mari qu'elle ne voulait pas tomber enceinte immédiatement, il la quitterait et trouverait une autre femme.

“ Q : Quand Oumou se mariera, que se passera-t-il si elle suggérerait à son mari qu'elle ne veut pas tomber enceinte immédiatement ? Comment réagirait son mari ?

A : Son mari trouverait une autre femme pour avoir des enfants.

D : Son mari épouserait une deuxième femme avant qu'Oumou ne se décide.

H : Son mari la quitterait et prendrait une autre femme.

—GDD, adolescentes non mariées, Sikasso

5.4. Épargne pour les urgences de santé

Les répondants qualitatifs ont signalé une variété de situations d'urgence sanitaire dans leur communauté, y compris les urgences obstétriques ainsi que d'autres maladies liées aux adultes et aux enfants. Certains répondants ont indiqué que, dans le cas de ces urgences sanitaires, les villageois épargnent collectivement au niveau de la communauté pour aider à payer le transport vers les centres de santé et pour couvrir le coût des soins. Le troisième commentaire ci-dessous, tiré d'un entretien avec un leader de la communauté, indique que les membres de la communauté mettent de l'argent de côté pendant la saison des pluies, ce qui suggère

l'influence de la productivité agricole sur le bien-être économique.

“ Q : En cas d'urgence obstétrique, que faites-vous ?

R : Si une femme enceinte ne peut pas accoucher ici, j'appelle le DTC [directeur technique du centre de santé] et le DTC appelle l'ambulance à Barouéli et ils viennent la chercher pour l'emmener au CSRef [centre de santé référent]. Les coûts de cette évacuation sont déjà payés annuellement par les communautés, le maire et l'association de santé communautaire, de sorte que le jour de l'évacuation, la famille de la personne enceinte ne paie rien pour l'essence.

—EA, matrone, Ségou

“ Q : Quelles sont les conditions pour obtenir l'ambulance ?

R : Pour cela, ils collectent de l'argent chaque année.

C : Quel est le montant collecté ?

R : Chaque personne du village paie 25 CFA. Les fonds sont mis en commun. Chaque village a droit à un montant fixe.

Q : C'est vous qui gérez l'argent ?

R : Non, ce sont les agents de santé communautaire qui le gèrent. Ils l'apportent à Bla.

Q : Les 25 CFA sont-ils payés chaque mois ?

R : Non, une fois par an.

—EA, Matrone, Ségou

“ Q : Qui paie le coût de l'ambulance ?

R : C'est le mari [de la femme qui a besoin de soins] qui doit payer. À cet effet, nous avons mis en place une tontine [un groupe de microfinance], dans lequel chaque homme contribue entre 100 à 200 CFA pendant la saison des pluies. Nous amassons les pièces de monnaie pour régler les coûts de l'ambulance quand la femme de l'un d'entre nous doit être évacuée.

—EA, leader communautaire, Sikasso

Toutefois, les rapports sur les économies réalisées dans les situations d'urgence sanitaire étaient mitigés, certains répondants indiquant pourquoi les mécanismes d'épargne ne fonctionnaient pas dans leur communauté.

Q : Disposez-vous d'une assurance médicale ou d'un centre d'épargne pour vous aider à faire face aux traitements des maladies ?
E : Non, nous n'en avons pas pour le moment.

C : Nous n'avons pas cela

B : Nous n'avons pas cela

F : Ce à quoi vous faites allusion existe dans les villes. Même si nous introduisons ce genre d'initiatives ici, elles ne fonctionneraient pas.

Q : Pourquoi ?

F : La pauvreté les détruiraient... Dans les grandes villes, il est possible de planifier son argent entre les dépenses, mais ici on ne peut pas.

—GDD, grands-pères, Ségou

—GDD, grands-mères, Ségou

Certaines femmes ont pu utiliser leurs économies pour partager les coûts des SPN avec leur mari.

Q : Quand elle est enceinte de deux mois, elle devrait dire à son mari qu'elle est enceinte et qu'elle ne peut pas arrêter de vomir. Le mari lui dira : « Va au centre de santé et consulte un agent de santé ». Certaines femmes diront qu'elles n'ont pas d'argent. Mais si la femme a quelques économies, elle peut les ajouter à ce que son mari peut lui donner, et se rendre aux visites.

—GDD, mères 30-44, Sikasso

5.5. Autonomisation économique des femmes

L'autonomisation économique des femmes est constamment apparue comme un thème dans différentes parties de la discussion sur l'utilisation des services de santé pour les femmes et les enfants. Les personnes interrogées ont indiqué qu'un mari est censé couvrir les coûts des visites dans les centres de santé. Toutefois, s'il ne parvient pas à trouver l'argent nécessaire, une femme peut utiliser ses économies pour couvrir les frais liés aux soins prénatals, à l'accouchement ou aux soins postnatals pour elle-même, ainsi que les frais de santé de son enfant. Dans les exemples ci-dessous, les grands-mères et les mères âgées de 30 à 44 ans ont exprimé les avantages dus au fait que les femmes utilisent leurs systèmes traditionnels d'épargne et de crédit pour financer leurs besoins en matière de santé reproductive.

Q : Nous avons une tontine et chaque mercredi nous contribuons et gardons cet argent dans une caisse. Si l'une de nos membres a des difficultés, elle peut venir nous demander un crédit et nous rembourser plus tard quand elle aura de l'argent.

Q : Les membres peuvent donc contracter des prêts ?

F : Oui.

Q : Et cela peut résoudre les problèmes financiers liés aux soins prénatals ?

F : Oui, cela peut aider à supporter les coûts des soins prénatals et de l'accouchement.

Les résultats indiquent que lorsqu'une femme gagne de l'argent, son accès aux soins de santé est amélioré grâce à sa capacité à consacrer ses gains à ses propres soins et à ceux de ses enfants. Plus important encore et indirectement, ses contributions à la famille peuvent renforcer sa position dans le ménage si elles sont faites d'une manière jugée appropriée. De nombreux participants ont souligné que l'amélioration de ce statut dépendait du comportement de la femme au sein du ménage.

Q : Si vous arrivez dans la famille en adoptant un comportement hautain parce que c'est vous qui avez apporté l'argent, lorsque les autres le répèteront, ils ne l'apprécieront pas et ne vous voudront pas du bien.

E : Si vous travaillez, vous gagnez de l'argent et peut-être serez-vous entendue dans le village, mais dans la famille, vous ne serez pas entendue.

Q : Pourquoi est-ce ainsi ?

E : Votre comportement. Vous travaillez et gagnez de l'argent. Si vous montrez que c'est pour toute la famille, vous êtes considérée comme faisant partie de la famille, mais si vous montrez que c'est pour vous seulement ou que vous préférez le dépenser pour des personnes extérieures à la famille, vous ne serez pas considérée comme faisant partie de cette famille.

—GDD, mères 30-44, Mopti

Cela peut, à son tour, accroître le rôle de la femme dans les décisions du ménage concernant les ressources. De nombreux répondants ont indiqué qu'une femme qui

gagne de l'argent l'utilise pour aider son mari à prendre soin de ses besoins domestiques (par exemple, nourriture et vêtements) et pour acheter des cadeaux pour ses beaux-parents, ce qui améliore leur relation et leur harmonie dans la famille. Le fait de verser des contributions financières au ménage tout en étant généreuse donne aux jeunes femmes un statut accru au sein du ménage.

“ Le revenu de Djeneba peut renforcer son statut dans la famille et dans la communauté, mais tout dépend de sa générosité. Avec de la générosité et de la patience, nous pouvons tout avoir dans ce monde. Mais si vous avez un revenu [et] que vous n'êtes pas généreuse, vous n'êtes pas patiente, vous n'aurez rien. Si elle est généreuse et patiente, elle aura le dessus sur son mari, et même sur ses beaux-parents.

—GDD, grands-mères, Mopti

Toutefois, certaines personnes interrogées ont estimé que le fait de subvenir aux besoins de sa famille est considéré comme une responsabilité masculine et qu'une femme qui contribue financièrement à la famille devrait le faire avec soin pour préserver la vie privée autour de cela. Un groupe de grands-mères a appelé cela « l'un des secrets du mariage » (GDD, grands-mères, Sikasso).

“ Elle devrait savoir que l'argent qu'elle possède appartient à tout le monde. Elle ne devrait pas faire comme si l'argent lui appartenait. Elle ne devrait pas favoriser l'argent. Si elle trouve le bonheur, c'est comme si son mari et son beau-père le trouvaient.

—GDD, grands-pères, Ségou

6 Recours aux soins de santé par les femmes, y compris les SPN

Ce chapitre sur le recours aux soins de santé par les femmes (principalement pour les soins prénatals) s'appuie à la fois sur l'entretien de sortie et sur des données qualitatives. L'OMS définit les SPN comme étant « les soins dispensés par des professionnels de santé compétents aux femmes enceintes et aux adolescentes afin d'assurer les meilleures conditions de santé à la fois pour la mère et le bébé pendant la grossesse ». Ses composantes comprennent l'identification des risques, la prévention et la gestion des maladies liées à la grossesse ou concomitantes, ainsi que l'éducation à la santé et la promotion de la santé (OMS, 2018).

6.1. Comportements de recours aux soins d'après les résultats des entretiens de sortie

Parmi les femmes cherchant des soins dans les CSCOM, nous avons entendu dire que la plupart d'entre elles connaissaient le système de santé : Seulement 10,6 % ont déclaré ne pas s'être rendues dans un établissement de santé pour se faire soigner au cours de l'année écoulée. Le nombre moyen de fois où les femmes se sont rendues dans un établissement de santé l'année dernière (pour leur propre santé) était de 2,8 fois, avec une médiane de 2 visites. Les femmes n'ayant pas déclaré de naissances vivantes ont consulté moins de fois au cours de l'année écoulée (moyenne de 1,8 fois, médiane de 1 visite). Un âge plus avancé était positivement associé à un plus grand nombre de visites dans un établissement de santé ($p < 0,001$) ; les femmes de 40 ans et plus ont effectué en moyenne 3,5 visites au cours de l'année écoulée, et les femmes de moins de 40 ans 2,7 visites en moyenne. Les femmes consultant dans les CSCOM ont également été interrogées sur le nombre de fois où elles avaient consulté dans un établissement de santé pour un enfant ; elles ont déclaré avoir consulté un établissement de santé en moyenne 2,8 fois pour des soins de santé pour leur(s) enfant(s).

Bien que, dans toutes les régions les SPN et les soins curatifs étaient les deux premiers motifs du recours aux soins parmi les femmes dans les CSCOM, il existe quelques différences régionales qui méritent d'être prises en compte (Tableau 7 ci-dessous). Sikasso a enregistré plus de répondantes recherchant des soins curatifs (40,8 %) que Ségou (32,3 %) ou Mopti (23,9 %), alors que Mopti comptait la plus forte proportion de consultations prénatales (64,4 %, comparativement à 47,8 % à Ségou et 37,8 % à Sikasso). Il convient de noter que la proportion plus élevée de personnes cherchant à bénéficier de soins prénatals à Mopti peut être due au taux de fécondité total plus élevé dans cette ville (comme le montre le Tableau 1 dans l'introduction). Les soins postnatals et préventifs représentaient une faible proportion des soins dans toutes les régions (1,3 % de soins préventifs et 2,7 % de soins postnatals dans l'ensemble), mais, surtout, aucune patiente de Mopti n'a déclaré avoir recherché des soins préventifs et seulement 1,2 % ont recherché des consultations postnatals.

TABLEAU 7 RAISON PRINCIPALE DE LA VISITE DES FEMMES DANS LES CSCOM, PAR RÉGION

	TOTAL (N=1,342) %	SIKASSO (N=436) %	SÉGOU (N=650) %	MOPTI (N=256) %
Soins préventifs	1,3	2,9	0,6	0,0
Soins prénatals	47,8	37,8	47,8	64,4
Soins postnatals	2,7	3,2	2,9	1,2
Planification familiale	9,8	10,1	11,1	5,9
Soins curatifs	33,3	40,8	32,3	23,0
Autre	5,2	5,0	5,2	5,5

La majorité (85 %) de la catégorie « autres » ont indiqué qu'il s'agissait de l'accouchement lorsqu'elles ont été invitées à préciser.

Soins préventifs : Parmi les rares femmes à recourir aux soins préventifs (n=17 ou 1,3 %), la majorité d'entre elles cherchaient à se faire vacciner contre le tétanos (n=15) ; les autres ont indiqué qu'elles cherchaient à obtenir une prophylaxie antipaludique (n=2). Aucune autre raison n'a été donnée concernant les soins préventifs.

Dans la Figure 3 ci-dessous, nous examinons l'utilisation des catégories de soins par groupe d'âge chez les femmes dans les CSCOM. Nous constatons que les femmes plus jeunes (<20 ans) représentent la majorité des visites de soins préventifs (64,7%), tandis que les femmes plus âgées représentent une part plus importante des visites de soins curatifs (37,3% de ces visites sont effectuées par des femmes de 35 ans et plus). Les visites liées à la grossesse et à l'accouchement étaient réparties plus uniformément entre les groupes d'âge, les 20-34 ans représentant la plus grande part de ces visites, comme cela était prévu.

Les participantes comprenaient bien les connaissances et les avantages des soins prénatals assurés par un prestataire formé. Les femmes interrogées ont parlé des contrôles de routine effectués lors des visites de soins prénatals, ainsi que de l'identification des risques pour les personnes dont les bébés n'étaient pas dans la bonne position et ceux qui présentent une carence en fer.

6.2. Justification et calendrier du recours aux soins prénatals : Résultats qualitatifs

“ Ils pèsent la femme et placent un instrument sur son estomac pour voir si le bébé est dans la bonne position.

—GDD, mères 20-29, Ségou

“ Il est possible que le bébé ne soit pas dans la bonne position dans le ventre, et les médecins peuvent y remédier. Puis elle reviendra dans sa famille et si tout se passe bien et que la grossesse arrive à terme, cela facilitera l'accouchement.

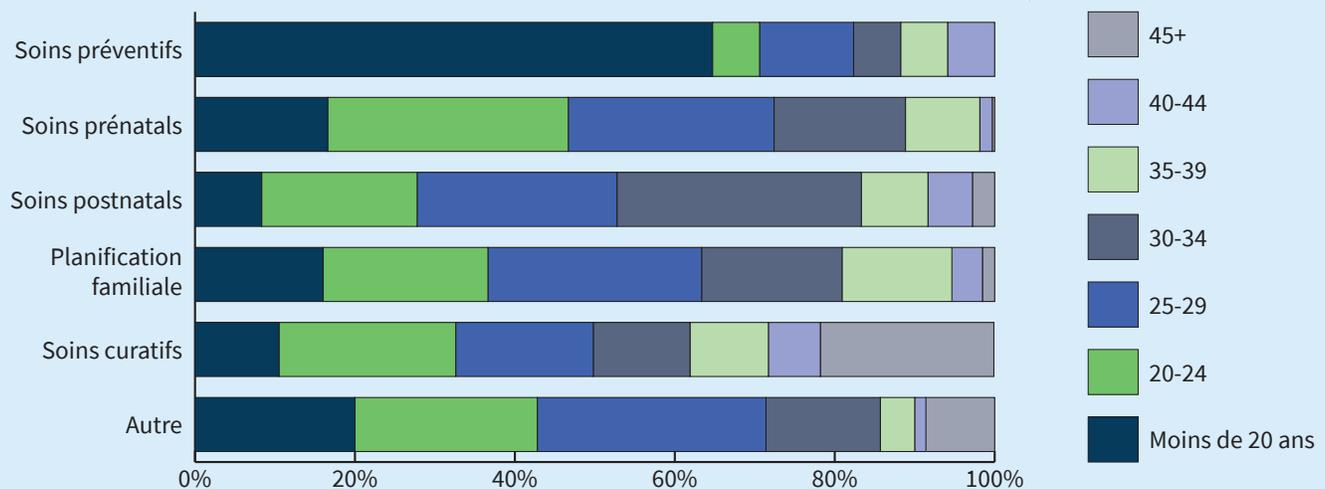
—GDD, grands-mères, Mopti

Tant les hommes que les femmes se sont montrés favorables aux SPN et ont compris que leur objectif était d'aider les mères à avoir une grossesse saine et à éviter les complications plus tard pendant la grossesse ou après l'accouchement.

“ Si vous tombez enceinte, vous devez recourir aux soins prénatals pour que l'accouchement soit facile. Et si le bébé a des problèmes, les agents de santé le sauront et ils prescriront des médicaments pour cela.

—GDD, adolescentes mariées, Ségou

FIGURE 3 TYPES DE SOINS RECHERCHÉS PAR LES FEMMES DANS LES CSCOM, PAR TRANCHE D'ÂGE



“ C’est pour sa propre santé et celle de l’enfant—elle ira au centre de santé pour éviter les problèmes avant et après la naissance.

—GDD, pères, Mopti

L’initiation aux soins prénatals aurait commencé plus tard dans la grossesse, généralement vers le deuxième trimestre. On peut supposer qu’en retardant la première réunion de consultation, il serait difficile de réaliser les huit visites recommandées.

“ Certaines femmes laisseront passer le troisième, quatrième, cinquième, sixième et même septième mois avant de commencer les soins prénatals.

—GDD, grands-mères, Sikasso

6.3. Facteurs de prise décision concernant les comportements de recours aux soins prénatals

Les décisions concernant les comportements de recours aux soins prénatals étaient influencées par une combinaison de la dynamique des ménages et des croyances socioculturelles, ainsi que par des questions logistiques et pratiques.

6.3.1 Dynamique des ménages et facteurs et croyances socioculturels : Résultats de la méthode mixte

La dynamique des ménages existante était telle que la majorité des femmes (81,9%) interrogées lors des entretiens de sortie ont déclaré qu’elles devaient demander la permission à quelqu’un pour se rendre au centre de santé ce jour-là. Parmi celles qui ont demandé la permission, les réponses les plus fréquentes étaient leur mari (n=936, 85,3 %), suivi de la belle-mère (n=74, 6,7 %) et du beau-père (n=48, 4,4 %). Les femmes de la catégorie d’âge la plus âgée (>44 ans) avaient la plus faible fréquence de demande de permission par rapport à tous les autres groupes d’âge (64,8%).

La répartition régionale des personnes interrogées était assez uniforme, comme le montre le Tableau 8 : 83,2 % des femmes à Sikasso, 81,5 % à Ségou et 80,5 % à Mopti ont déclaré avoir demandé l’autorisation. Il y

TABLEAU 8 DEMANDE D'AUTORISATION PARMIL LES FEMMES CHERCHANT DES SOINS DANS LES CSCOM

	SIKASSO N=434	SÉGOU N=650	MOPTI N=265
Autorisation non demandée	16,8	18,5	19,5
Autorisation demandée	83,2	81,5	80,5
Mari	69,1	68,6	74,2
Belle-mère	5,8	6,1	3,5
Beau-père	5,3	3,7	0,4
Autres	3,0	3,1	2,8

avait des variations selon les régions dans lesquelles les femmes ont déclaré avoir demandé une autorisation. Le pourcentage de femmes interrogées par Mopti était le plus élevé (92,2 % des femmes demandant l’autorisation ; 74,2 % des femmes dans l’ensemble), suivi par Ségou (84,2 %) et Sikasso (84,1 %).

Les données qualitatives montrent que la dynamique des ménages et l’effet de levier des relations sociales au sein de la famille étaient perçus comme ayant une forte influence sur les décisions du recours aux SPN, peut-être parce que le jeune couple n’était pas encore financièrement indépendant. Malgré les données quantitatives issues des entretiens de sortie qui montrent que l’autorisation des maris est beaucoup plus fréquente que celle des belles-mères, les participantes aux groupes de discussion considèrent que les maris et les belles-mères sont essentiels pour aider une femme à recourir aux soins prénatals lorsque les coûts sont limités (voir les questions logistiques et pratiques ci-dessous). Certains répondants ont décrit comment la belle-mère d’une femme peut demander à son fils de payer les SPN ou contribuer elle-même pour que sa belle-fille puisse se rendre au centre de santé.

“ Q : À qui doit-elle demander la permission ?

A : Celle de son mari, pour voir s’il peut l’emmener [à la recherche de soins prénatals]. Sinon, c’est le frère cadet de son mari qui peut l’emmener.

Q : Doit-elle emprunter de l’argent à quelqu’un ?

A : Elle doit demander de l’argent à son mari.

—GDD, mères 30-44, Mopti

“ La belle-mère parlera à son fils pour lui demander de donner à Djeneba de

L'argent pour les soins prénatals—elle l'aidera même si son fils n'en a pas.

—GDD, grands-mères, Mopti

La mobilisation du soutien du mari ou des aînés du foyer pour payer les services dépendait de la question de savoir si la femme enceinte privilégiait l'harmonie familiale et faisait passer ses propres besoins avant ceux de la famille. S'il y avait des tensions avec son conjoint ou sa belle-famille ou la poursuite perçue d'un gain individuel plutôt que collectif, l'autorisation d'accéder aux SPN et la couverture des frais par ces personnes étaient peu probables.

Q : Qu'est-ce qui pourrait empêcher Djeneba de rechercher des soins prénatals ? [...]

E : Un désaccord—si elle ne s'entend pas avec son mari, il pourrait refuser [de lui donner la permission d'y aller].

—GDD, adolescentes mariées, Mopti

Les entretiens de sortie ont permis de mieux comprendre les aiguillages vers les centres de santé. Une majorité des femmes interrogées dans les CSCOM (60,5 %) ont déclaré que quelqu'un les avait orientées vers le centre ce jour-là. Parmi les personnes rapportant des aiguillages, 69,8 % ont été envoyées par leur mari et 11,8 % par les ASC. Le nombre d'aiguillages diminuait avec l'âge, les trois quarts (76,6 %) des femmes les plus jeunes citant un aiguillage et moins de la moitié (39,8 %) des femmes les plus âgées citant un aiguillage dans leur décision de se rendre au centre de santé. De même, les femmes ayant plus de naissances vivantes étaient moins susceptibles d'avoir demandé l'autorisation que les femmes ayant moins de naissances vivantes (4,3 contre 3,3). Ces résultats sont semblables à ceux que d'autres ont trouvés au sujet de l'âge et de la probabilité d'accoucher dans un établissement de santé : les femmes plus âgées (30 ans et plus) sont plus susceptibles d'utiliser les services de santé pour accoucher que celles qui sont âgées de 20-29 ans au Kenya et au Malawi. Toutefois, cette étude a révélé que la parité plus élevée était associée à une probabilité plus faible d'utiliser les services de santé maternelle (Stephenson et coll., 2006).

Les données issues des entretiens de sortie éclairent également l'accompagnement des femmes dans les centres de santé. La Figure A4 dans l'annexe des tableaux et

des figures supplémentaires montre l'accompagnement des femmes dans les CSCOM et les soins aux enfants de moins de 5 ans. Environ la moitié des femmes étaient non accompagnées pendant la visite (46,9 %). Parmi les personnes qui étaient accompagnées (n=712) présentées dans le Tableau 9 ci-dessous, la plupart étaient accompagnées par un autre membre de la famille (45,1 %) ou un mari (39,5 %). Nous avons également examiné les scores de respect moyens (décrits plus loin) pour les femmes qui s'étaient rendues au centre de santé avec un accompagnateur pour voir si la présence d'un homme influençait la façon dont elles ont vécu la visite. Les scores de respect ne différaient pas entre celles qui étaient venues au centre de santé avec une accompagnatrice par rapport à celles qui étaient venues avec un accompagnateur (moyenne = 4,19, 4,15, respectivement). Les femmes qui étaient venues seules au centre de santé avaient un indice de respect de 4,22.

TABLEAU 9 VARIATIONS RÉGIONALES DANS L'ACCOMPAGNATEUR DE LA FEMME AUX CSCOM

ACCOMPAGNATEUR	SIKASSO N=252 %	SÉGOU N=330 %	MOPTI N=130 %	TOTAL N=712 %
Autre membre de la famille	41,6	47,6	45,4	39,5
Mari	42,1	38,4	36,9	45,4
Autres	16,3	14,0	17,7	15,1

La catégorie « Autre » était le plus souvent une amie (n=29) ou la belle-mère (n=27).

Les répondants qualitatifs ont fourni des explications socioculturelles sur les raisons pour lesquelles les femmes ont retardé l'initiation aux SPN, suggérant que la grossesse est considérée comme privée. Bien que notre étude n'ait pas cherché à déterminer la source des réticences dues à une confirmation de l'initiation sexuelle de la femme, ce thème est apparu dans la littérature (voir Holten 2013, par exemple). Les participantes ont laissé entendre que le malaise lié à la grossesse avait une influence négative sur la divulgation de la grossesse, tant au sein qu'en dehors de la famille de la femme.

Oui, la réticence et la timidité peuvent les empêcher d'aller au centre de santé parce qu'elles ne veulent pas que les gens découvrent leur grossesse plus tôt.

—GDD, grands-mères, Sikasso

Les femmes choisissent donc de retarder l'annonce de leur grossesse ou de trouver un moyen discret de l'annoncer aux membres de leur famille, en commençant généralement par leur mari, qui en informe ensuite ses propres parents. Sinon, la communication sur l'état de grossesse était non verbale et reposait sur les observations des membres de la famille ou de la communauté de la femme.

“ Elle le dira d'abord à son mari ; elle lui dira que quelque chose « se passe », qu'elle ne sait pas quoi. Le mari lui dira que c'est une bonne chose—il n'aura pas d'autre réaction parce qu'il aura deviné [qu'elle est enceinte]. Ensuite, le mari informera sa mère, en lui disant que sa femme montre des « signes de quelque chose » et qu'il veut l'envoyer au centre de santé. Sa mère dira, « ta femme est enceinte. »

—GDD, mères 20-29, Ségou

“ Elle dira qu'elle ne se sent pas bien et les gens lui demanderont ce qui ne va pas. Elle dira qu'elle est malade et qu'elle ne peut pas travailler.

—GDD, grands-mères, Sikasso

La première citation ci-dessus indique que la communication sur la grossesse repose parfois sur l'utilisation d'intermédiaires, thème qui a été repris dans certaines des conclusions sur la manière dont les femmes ont finalement convaincu les maris de la nécessité des soins postnatals et de soins curatifs pour les enfants, souvent par l'intermédiaire des coépouses.

TABLEAU 10 POURCENTAGE DE FEMMES DÉCLARANT S'ÊTRE RENDUES AU CENTRE DE SANTÉ EN RAISON DES MESSAGES ENTENDUS, FEMMES AUX CSCOM

	SIKASSO %	SÉGOU %	MOPTI %	TOTAL %
Télévision	23,4	9,9	9,4	14,2
Radio	39,9	17,4	12,5	23,8
Applications téléphoniques / médias sociaux	4,4	0,0	0,0	1,4
Sensibilisation de la communauté	31,4	24,2	19,5	25,6

Remarque : les catégories ne s'excluent pas mutuellement

Les données des entretiens de sortie sur les messages indiquent également des facteurs socioculturels qui influencent le recours aux soins. On a demandé aux femmes qui fréquentaient les établissements de santé si elles étaient venues au centre de santé à cause des messages qu'elles avaient entendus dans différents médias. Ces catégories de réponses n'étaient pas mutuellement exclusives; les répondantes pouvaient signaler avoir entendu des messages dans plusieurs médias. Dans l'ensemble, la sensibilisation de la communauté était la plus fréquente (25,6 % des répondantes ont répondu oui), suivi de la radio (23,8 %) et de la télévision (14,2 %) (Tableau 10). Les applications de téléphonie mobile et les médias sociaux se sont classés au bas de l'échelle en termes d'influence des mères sur le recours aux soins, moins de 2% de l'échantillon déclarant que les messages via ce média étaient un facteur dans leur décision d'aller au centre de santé. Fait intéressant, nous ne voyons pas de différences selon l'âge ou le niveau d'éducation (Tableau 11 ci-dessous).

TABLEAU 11 POURCENTAGE EXPOSÉ AUX MESSAGES PAR TRANCHE D'ÂGE ET NIVEAU D'ÉDUCATION, FEMMES DANS LES CSCOM

	TÉLÉVISION	RADIO	APPLICATIONS TÉLÉPHONIQUES/ MÉDIAS SOCIAUX	SENSIBILISATION DE LA COMMUNAUTÉ
Tranche d'âge				
Moins de 20 ans	12,9	21,9	2,0	25,4
20-24	11,9	24,7	0,0	25,3
25-29	16,9	22,4	2,6	25,0
30-34	12,7	25,8	1,5	26,8
35-39	18,7	25,0	1,5	28,9
40-44	14,6	22,9	0,0	29,2
45+	13,0	23,1	1,8	21,3
Éducation				
Pas d'éducation	13,3	23,0	0,5	26,0
Un certain niveau d'éducation	16,5	25,8	3,8	24,7
Total	14,1	23,8	1,4	25,6

Ces distributions variaient selon les régions, ce qui indique peut-être une plus grande portée des messages à Sikasso et la nécessité d'intensifier les efforts pour déterminer d'autres points d'entrée pour les femmes à Mopti en particulier.

Les répondantes qualitatives ont déclaré que le fait de revenir du centre de santé avec une moustiquaire (donnée à toutes les femmes enceintes) était un signe pour les autres qu'elle était enceinte. Ce signe au public a peut-être dissuadé les femmes de recourir aux soins prénatals.

“ Lorsque vous êtes enceinte de 4 mois, vous direz à votre mari que vous allez au centre de santé pour les soins prénatals. Les agents de santé vous donneront une moustiquaire et vous reviendrez à la maison avec et tout le monde le saura.

—GDD, Mères 20-29, Mopti

Pour les jeunes femmes enceintes, la valeur socioculturelle accordée à la fertilité était considérée comme contribuant à l'amélioration de leur statut auprès de leur mari et de leur belle-famille et à faciliter leur accès aux ressources et aux soins de santé pendant la grossesse.

“ E : Pendant la grossesse, le mari s'occupera de Djeneba. Il lui apportera de la bonne nourriture et surtout des fruits pour le bien-être de l'enfant. Il l'emmènera au centre de santé pour que la mère et l'enfant se portent bien.

G : Grâce à cette grossesse, Djeneba et ses beaux-parents s'entendront bien.

—GDD, mères 20-29, Sikasso

Les participantes aux groupes de discussion ont introduit les croyances socioculturelles sur les soins traditionnels par rapport aux soins modernes dans la discussion sur la prise de décision concernant les comportements de recours aux soins prénatals. Les participantes ont indiqué que la génération plus âgée, en particulier, considérait les avantages des deux types de soins pour les femmes enceintes.

“ Lorsque vous revenez du centre de santé, elle [votre belle-mère] préparera une concoction à partir de plantes appelées « mizin » ou « nonchii » -ce qui facilite l'accouchement. Elle combinera les traitements traditionnels et modernes.

—GDD, grands-mères, Ségou

“ Les vieilles femmes lui diront de prendre des traitements traditionnels - alors quand elle prendra le traitement moderne, elle le combinera avec le traitement traditionnel et en utilisant les deux, elle sera en bonne santé.

—GDD, mères 30-44, Sikasso

Toutefois, certaines participantes au groupe de discussion ont exprimé la conviction que les soins traditionnels

étaient préjudiciables à la grossesse, causant des dommages ou même des fausses couches. Cette réticence à recourir aux guérisseurs traditionnels pendant la grossesse a été reprise par l'un des informateurs clés lors de la visite de cadrage.

“ Les médicaments donnés par les guérisseurs traditionnels peuvent provoquer des fausses couches—c’est au centre de santé que vous pouvez trouver les bons médicaments.

—GDD, grands-mères, Ségou

Un autre facteur qui découragerait le recours aux soins prénatals est l'incompétence perçue du prestataire, notamment en ce qui concerne l'estimation du nombre de mois de gestation.

“ Lorsque vous vous rendez aux consultations de soins prénatals pour la première fois alors que vous êtes enceinte de six mois, l'agent de santé vous dira que vous n'êtes plus qu'à trois ou quatre mois. Il y a un manque de compétence parmi nos agents de santé. Cela peut empêcher les femmes de recourir aux soins prénatals.

—GDD, mères 30-44, Mopti

Les participantes ont indiqué que l'attitude des prestataires de soins, selon laquelle les grossesses précoces sont inappropriées, apparaît souvent lorsque les mères adolescentes se rendent aux consultations prénatales. Cependant, les participantes n'ont pas établi de lien explicite entre ces attitudes des prestataires et une utilisation plus limitée des soins prénatals.

“ Certains [prestataires] disent que les [jeunes femmes] sont tombées enceintes très jeunes, à l'âge de 15 ou 16 ans et si elles se rendent aux soins prénatals, les prestataires les insulteront.

—GDD, mères 30-44, Sikasso

Toutefois, les données issues des entretiens de sortie en matière de respect montrent que les femmes qui se sont rendues dans les établissements de santé ont généralement senti avoir été traitées avec respect par leur prestataire pendant cette visite. Comme cela est indiqué plus haut, nous avons élaboré un indice de

respect en nous fondant sur les réponses à un certain nombre d'éléments présentés dans le Tableau 12 ci-dessous. Les scores allaient de 1 à 5 avec une moyenne de 4,2 (écart type 0,5) et une médiane de 4, les scores plus élevés indiquant une expérience plus positive des soins respectueux. Nous avons examiné les perceptions du respect par groupe d'âge et par richesse pour voir si les expériences différaient selon l'âge ou le statut social. Dans le Tableau 13 ci-dessous, nous examinons la fourchette des scores par âge. Nous constatons que le plus jeune (<20) affiche les résultats les plus élevés, ce qui reflète peut-être des attentes plus faibles avant la visite.

Nous avons également examiné les résultats de l'indice de respect par groupe d'âge et constaté que ces

TABLEAU 12 RÉPONSES AUX QUESTIONS INCLUSES DANS L'INDICE DE RESPECT, FEMMES DANS LES CSCOM ET AIDANTS NATURELS

INDICATEUR	FEMMES DANS LES CSCOM N=1 247	AIDANTS NATURELS DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS N=1 070
Comment avez-vous été accueillie par le prestataire qui a effectué la consultation? (% ayant répondu avoir été accueillies de manière amicale)	98,6	98,4
Vous a-t-on demandé si vous aviez des questions? (% ayant répondu oui)	27,8	13,8
Le prestataire a-t-il demandé votre permission avant l'examen (de la femme elle-même ou de l'enfant)? (% ayant répondu oui)	90,1	63,9
Le prestataire a-t-il toujours été poli avec vous/votre enfant? (% ayant répondu oui)	99,2	98,9
À un moment donné pendant la consultation, avez-vous eu le sentiment que vous/votre enfant avez été méprisée ou humiliée? (% ayant répondu oui)	3,4	3,1

Remarque : La taille réduite des échantillons reflète le fait que chaque question doit avoir eu une réponse (à l'exception de « je ne sais pas ») pour être incluse dans l'indice global.

TABLEAU 13 SCORES DE RESPECT PAR CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES, FEMMES AUX CSCOM

ÂGE	TOTAL N=1,247 MOYENNE (ÉCART TYPE)	SÉGOU N=605 MOYENNE (ÉCART TYPE)	SIKASSO N=401 MOYENNE (ÉCART TYPE)	MOPTI N=241 MOYENNE (ÉCART TYPE)
Moins de 20 ans	4,26 (0,5)	4,28 (0,5)	4,21 (0,4)	4,31 (0,5)
20-24	4,14 (0,6)	4,17 (0,5)	4,13 (0,6)	4,08 (0,5)
25-29	4,22 (0,5)	4,16 (0,4)	4,27 (0,5)	4,25 (0,6)
30-34	4,24 (0,5)	4,21 (0,4)	4,37 (0,5)	4,09 (0,6)
35-39	4,25 (0,6)	4,25 (0,5)	4,17 (0,6)	4,43 (0,5)
40-44	4,19 (0,4)	4,19 (0,4)	4,17 (0,4)	4,25 (0,7)
45+	4,15 (0,5)	4,08 (0,4)	4,30 (0,5)	3,67 (0,8)

variables n'étaient pas fortement corrélées. Le groupe le plus jeune (<20) a obtenu le score moyen le plus élevé (4,26), ce qui contraste avec la conclusion qualitative selon laquelle les prestataires stigmatisent les grossesses chez les adolescentes. Les femmes âgées de 35-39 ans ont obtenu les scores de respect les plus élevés (4,25); cependant, d'autres groupes ont obtenu des scores moyens similaires (le plus bas était de 4,14 chez les femmes âgées de 20-24 ans).

En plus de l'indice de respect, les entretiens de sortie ont également porté sur la satisfaction propre à l'expérience de la patiente au cours de la visite. Nous observons que la grande majorité des répondantes (98,5 %) ont déclaré être très satisfaites ou satisfaites des services qu'elles ont reçus. Parmi celles qui étaient neutres (n=17), il n'y avait pas de modèle discernable. À la question de savoir si elles étaient satisfaites de la consultation au centre de santé, 98,2 % des femmes (n=1 318) ont répondu qu'elles étaient soit très satisfaites, soit assez satisfaites. Comme seulement trois répondantes ont déclaré leur mécontentement, il n'y a pas assez d'observations pour fournir une analyse adéquate de celles qui n'étaient pas satisfaites.

La plupart des femmes sortant des CSCOM ont déclaré que le prestataire était une femme (70,8 %) et presque toutes les personnes interrogées ont déclaré avoir été examinées ce jour-là (92,9 %). Cela ne variait pas selon le sexe du prestataire : 92,3 % des femmes ayant un prestataire féminin (n=950) et 94,4 % (n=392) des

femmes ayant un prestataire masculin ont déclaré avoir été examinées ce jour-là.

Les répondantes ont été invitées à dire si elles recommanderaient le centre de santé à d'autres personnes en fonction de leur expérience générale. Presque toutes les femmes cherchant des soins prénatals (n=1 329 ou 99,0% des répondantes) recommanderaient le centre à d'autres. Parmi celles qui ont donné des raisons de recommander l'établissement (n=1.329), plus de la moitié ont cité la « bonne qualité des soins » (63,7%) comme raison principale. Un petit nombre de répondantes (n=13) ne recommanderaient pas l'établissement. Nous avons examiné si l'âge, le coût des soins, la parité, le niveau d'éducation ou la richesse étaient associés à leur insatisfaction. Bien que leur nombre soit assez faible, nous constatons que celles qui ne recommanderaient pas l'établissement sont pour la plupart âgées de moins de 30 ans et ont reçu une éducation élémentaire.

6.4. Questions logistiques et pratiques : Résultats de la méthode mixte

Outre la dynamique des ménages et les influences socioculturelles sur le comportement de recours aux soins prénatals, les entretiens de sortie et les résultats qualitatifs indiquent que des préoccupations logistiques et pratiques affectent l'utilisation des services de SPN.

Coûts : Dans les entretiens de sortie, le coût des soins prénatals à eux-seuls et le coût du transport vers le centre de santé étaient les principaux facteurs à prendre en compte dans le recours aux SPN. Nous avons demandé aux patientes de SPN et aux aidants naturels recherchant des soins pour leur enfant de moins de 5 ans quel était le coût pour se rendre à la visite ce jour-là. Il s'agit des coûts liés au déplacement vers l'établissement et peuvent inclure les frais de transport, de garde d'enfants, les indemnités journalières si elle a voyagé pendant la nuit et/ou les coûts liés à la perte de travail. Dans cette question, nous n'avons pas précisé chacun de ces éléments, mais nous avons permis aux répondantes de faire elles-mêmes la somme des coûts. Par souci de simplicité, nous désignons ces coûts comme étant les frais de déplacement vers l'établissement de soins, tout en reconnaissant que les déplacements peuvent inclure des éléments qui ne sont pas spécifiquement des frais de transport. Plus loin dans cette section, nous présentons directement le

coût de la visite, y compris les coûts liés à la consultation et les coûts des médicaments.

Les données qualitatives reflètent les limites que les difficultés financières imposent au recours aux soins prénatals, comme le montre la citation suivante d'une mère adolescente montrant des difficultés financières et la priorité accordée à l'alimentation de la famille avant de payer les soins de santé.

“ L'obstacle [à l'accès aux SPN] est dû aux difficultés financières. Djeneba et son mari n'ont pas les moyens et ils ne peuvent pas emprunter à une autre personne. Le peu [d'argent] qu'ils ont est consacré à nourrir leur famille.

—GDD, adolescentes mariées, Mopti

Les entretiens de sortie visaient à savoir si les personnes interrogées perdraient de l'argent (par exemple, en raison de la perte de salaire) à cause de la visite, et 9,3 % des femmes cherchant des soins ont déclaré avoir perdu de l'argent à cause de la visite. Plus de femmes à Mopti (11,3 %) ont déclaré avoir perdu de l'argent que celles de Sikasso (6,4 %) ou de Ségou (10,3 %).

En plus de demander quels étaient les coûts associés au déplacement pour la visite, nous avons également demandé quels étaient les coûts découlant de la visite, y compris la consultation, les médicaments, les méthodes de PF et/ou les matériaux tels qu'une moustiquaire.

Nous avons constaté que parmi les femmes se rendant aux SPN, 10 % (n=134) n'ont déclaré aucun coût associé aux soins médicaux qu'elles avaient reçus. Cependant, la majorité des femmes (90 %) ont déclaré certains coûts, avec une moyenne de 4 000 CFA (6,76 USD) (ET 7 080) et une médiane de 2 480 CFA. Parmi celles qui ont déclaré des coûts, les totaux donnés variaient de 100 CFA à plus de 140 000 CFA. Les femmes de Sikasso ont déclaré le coût moyen le plus élevé (5 257 CFA ; médiane de 4 000), celles de Ségou le coût le moins élevée (3 140 CFA ; médiane de 1 975), et celles de Mopti un coût intermédiaire (4 040 CFA ; médiane (2 000). Lorsque nous examinons le coût par type de soins (Tableau A15), nous constatons que les soins curatifs et les autres (prestations majoritaires) sont les plus coûteux en moyenne, et qu'ils comportent aussi une gamme plus large de coûts possibles par rapport à la prévention (coûts très faibles ou nuls) et à la PF (coûts plus faibles et plus uniformes).

Chez les femmes dans les CSCOM, nous avons examiné le coût total par type de soins, y compris les frais de voyage et de visite. Le coût total moyen pour les femmes cherchant des soins était de 4 153 CFA (7,02 USD) et la médiane était de 2 530. Seulement 8,3 % des femmes ont déclaré n'avoir rien payé. Les femmes de Sikasso ont déclaré le coût total moyen le plus élevé (5 425 CFA), suivies par celles de Mopti (4 288 CFA) et de Ségou (3 245 CFA). La proportion de femmes ayant déclaré aucun coût était relativement uniforme d'une région à l'autre.

Nous avons constaté que les soins curatifs et « autres » étaient parmi les coûts les plus élevés des soins totaux. Parmi celles qui ont indiqué d'autres raisons de se rendre au centre de santé, 85,3 % étaient venues pour accoucher, ce qui représente 4,8 % de l'échantillon global. Il s'agit de l'un des services disponibles les plus coûteux, avec un coût moyen de 8 569 CFA (14,49 USD) et un coût médian de 7 500 CFA.

Les données qualitatives indiquent que la capacité d'une femme à financer les soins de santé est susceptible d'être saisonnière, en fonction du moment où les recettes des cultures commerciales sont disponibles.

“ [En ce qui concerne les soins prénatals si elle peut obtenir de l'argent dès le début auprès de son mari ou trouver un moyen d'obtenir son propre argent, alors ces obstacles peuvent être surmontés... Pendant la saison des pluies, toutes les femmes sont dans leurs champs de cacahuètes et... s'il y a un problème, vous pouvez vendre vos cacahuètes et vous n'avez pas besoin de demander de l'argent à votre mari.

—EA, Matrone, Sikasso

Accessibilité géographique, transport et temps de déplacement : Même dans les cas où le coût n'était pas un facteur prohibitif dans le recours aux soins de santé, l'inaccessibilité géographique était un facteur limitant le recours aux soins prénatals. Les répondantes qualitatives de la région de Mopti, en particulier, ont évoqué la façon dont la saison des pluies et d'autres conditions météorologiques empêchaient l'accès aux centres de santé.

“ Nous devons parler du problème de la saison des pluies. Pendant la saison des pluies, il peut tellement pleuvoir que nous ne pouvons pas venir [au centre de santé]. Même si vous avez de l'argent, vous ne pouvez pas vous y rendre.

—GDD, mères 20-29, Mopti

“ Oui, il peut y avoir différents types d'obstacles- pluie, tempêtes sur la rivière, ou absence de pirogue [bateau].

—GDD, adolescentes mariées, Mopti

Nous savons, grâce aux recherches antérieures, que l'accès aux services de santé dépend en partie de la distance qui sépare l'établissement le plus proche, et nous avons souhaité étudier l'accès à cet établissement pendant les entretiens de sortie. Dans les Tableaux A9 et A10, nous examinons la façon dont les répondantes ont voyagé et la durée du voyage pour comprendre comment la distance géographique influence le comportement de recours aux soins.

En général, nous observons que le temps de déplacement n'est pas très long pour accéder à l'établissement. Dans le Tableau 14 ci-dessous, nous examinons le temps de déplacement par région et constatons que plus de la moitié des répondantes de chaque région déclarent des temps de déplacement inférieurs à 30 minutes. Un résultat notable est que, parmi les femmes cherchant des soins dans les centres de soins prénatals, environ 1 sur 5 (20,7 %) a déclaré des temps de déplacement allant de 1-2 heures et 5,3 % ont déclaré plus de 2 heures pour se faire soigner à Mopti, alors que ces chiffres étaient beaucoup plus faibles dans d'autres régions.

TABLEAU 14 TEMPS DE DÉPLACEMENT VERS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, FEMMES DANS LES CENTRES DE SPN

TEMPS DE DÉPLACEMENT VERS L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS	SÉGOU	SIKASSO	MOPTI
0-30 min	66,9	77,8	55,9
30 min-1 heure	26,8	19,0	18,5
1-2 heures	6,0	3,0	20,7
>2 heures	0,3	0,2	5,3

Comme le montre le Tableau 15 ci-dessous, les méthodes de déplacement les plus courantes pour se rendre à l'établissement étaient la marche (42,8 %), suivies de la moto (39,1 %). D'autres ont déclaré utiliser une charrette (10,0 %) ou un vélo (4,1 %). Notamment, 14,8 % des répondants ont déclaré utiliser « autre », le type le plus courant étant le pirogue.

TABLEAU 15 MODE DE TRANSPORT, FEMMES AUX CSCOM

	TOTAL (N=1 342) %	SÉGOU (N=650) %	SIKASSO (N=436) %	MOPTI (N=256) %
Marche	42,8	40,8	42,1	48,0
Vélo	4,1	5,7	4,6	0,0
Charette tirée	10,0	0,2	15,7	12,1
Moto	39,1	51,8	36,1	25,0
Autre	4,0	1,5	1,5	14,8

Remarque : Pour les réponses « autre » à Mopti, la réponse la plus fréquemment donnée a été la pirogue (n = 28)

TABLEAU 16 RÉSUMÉ DES OBSTACLES ET DES FACTEURS ENCOURAGEANT LA PRÉSENTATION TARDIVE À LA PREMIÈRE CONSULTATION DE SOINS PRÉNATALS (D'APRÈS LES RÉSULTATS QUALITATIFS)

COMPORTEMENT DE RECOURS AUX SOINS	OBSTACLE	FACILITATEUR
Présentation tardive au premier rendez-vous de SPN	<ul style="list-style-type: none"> ● Réticence à annoncer la grossesse ● Coût des soins ● Coût du transport ● Absence d'autorisation du mari ● Inaccessibilité des routes pendant la saison des pluies 	<ul style="list-style-type: none"> ● Confiance dans le prestataire ● Connaissance du fait que les SPN peuvent réduire la probabilité d'évacuer les femmes souffrant de complications obstétriques dues à l'accouchement à domicile ● Caisse d'épargne communale pour financer les besoins en SSR des femmes, y compris les SPN

7 Accouchement

Ce chapitre comprend des données qualitatives provenant des GDD et des EA sur l'accouchement. Nous présentons également quelques résultats des entretiens de sortie sur les coûts de l'accouchement

7.1. Connaissance des signes de danger pendant l'accouchement et des comportements connexes de recours aux soins

Les participantes aux groupes de discussion ont indiqué que, bien que de nombreuses femmes commencent le travail à la maison, un accouchement plus compliqué obligeait une femme à quitter sa maison et à accoucher dans un centre de santé. Les signes spécifiques d'un accouchement problématique étaient les douleurs à l'estomac, au dos ou aux pieds et exigeaient souvent une visite de l'accoucheuse traditionnelle.

“ Si le travail commence, alors elle essaiera d'accoucher à la maison. Si l'accouchement n'est pas simple, elle ira au centre de santé.

—GDD, mères 30-44, Mopti

“ Pendant l'accouchement, si Djeneba a des douleurs à l'estomac ou des douleurs dorsales ou des crampes aux pieds, nous appellerons l'accoucheuse traditionnelle-elle l'observera et lui dira d'aller au centre de santé. C'est donc seulement lorsque le travail est difficile que nous allons dans un centre de santé.

—GDD, grands-mères, Ségou

7.2. Facteurs de prise de décisions concernant l'accouchement

La prise de décisions concernant l'accouchement était influencée par la dynamique des ménages et les facteurs

et croyances socioculturels, ainsi que par des questions logistiques et pratiques.

7.2.1 Dynamique des ménages et facteurs et croyances socioculturels

La dynamique des ménages peut influencer la prise de décisions concernant l'accouchement, la belle-mère exerçant une influence considérable sur la décision finale de savoir si la femme qui entre en travail doit accoucher à la maison ou dans un centre de santé. Si la femme ne s'entend pas bien avec sa belle-mère, elle n'aura pas l'appui de sa belle-famille et ne sera donc pas autorisée à accoucher dans un établissement.

“ Il est possible qu'à ce moment-là [l'accouchement], elle se dispute avec sa belle-famille. Pendant cette période de désaccord, si elle dit à sa belle-mère qu'elle veut accoucher dans un établissement, celle-ci refusera et pendant ce temps Djeneba accouchera à la maison.

—GDD, Adolescentes mariées, Mopti

Le lieu où les femmes accouchent est influencé par les croyances socioculturelles sur la médecine traditionnelle par rapport à la médecine moderne. Dans l'ensemble, les femmes interrogées étaient favorables à l'idée d'accoucher dans un établissement de santé. Les avantages perçus étaient que l'accouchement était plus rapide et plus sûr, que les complications étaient évitées et que la femme bénéficierait par la suite de SPN, notamment en vérifiant que le placenta avait été expulsé.

“ Accoucher dans un centre de santé présente beaucoup d'avantages car si les choses se compliquent, elles vous donneront une injection. Et vous accoucherez en toute sécurité, donc c'est bien mieux que d'accoucher à la maison.

—GDD, grands-mères, Sikasso

Les répondants ont estimé que l'accouchement dans un centre de santé était avantageux parce qu'il permettait aux femmes d'être orientées vers un établissement de

plus haut niveau, peut-être pour une césarienne ou pour les cas d'hémorragie post-partum, qui auraient des répercussions plus graves sur les jeunes femmes. Les répondants se sont dits préoccupés par le fait que les prestataires de soins s'en prenaient aux jeunes femmes qui n'avaient pas eu recours aux SPN, et soupçonnaient que ces femmes seraient maltraitées lorsqu'elles viendraient pour accoucher ou qu'elles devront déboursier davantage que celles qui avaient effectué des visites prénatales. Cependant, on ne sait pas si cette croyance a changé la décision sur le lieu de l'accouchement. De nombreux hommes interrogés étaient favorables aux accouchements en établissement, notant qu'il était plus facile d'obtenir un certificat de naissance pour l'enfant si la mère accouchait dans un centre de santé. Ils semblaient également penser qu'ils pourraient être tenus pour responsables si quelque chose tournait mal en cas d'accouchement à la maison.

“ Si le travail est difficile, elle accouchera au centre de santé. Mais si elle va au centre de santé et qu'ils lui demandent si elle a participé aux soins prénatals et qu'elle ne l'a pas fait, ils ne baisseront pas leurs prix.

—GDD, mères 20-29, Ségou

“ Le centre de santé présente de nombreux avantages. Par exemple, les bébés qui naissent à la maison et ceux qui naissent au centre de santé ne sont pas les mêmes. À l'hôpital, tout est très précis—l'heure, la date et le mois (de naissance) sont bien connus et il est très facile d'obtenir le certificat de naissance.

—GDD, pères, Mopti

7.2.2. Questions logistiques et pratiques

La rapidité du travail était une préoccupation pratique qui influençait la décision d'accoucher à domicile ou dans un établissement de santé. Les participants ont fait valoir que si une femme accouche rapidement et n'est pas à proximité du centre de santé, elle est alors peu susceptible de pouvoir se rendre à l'établissement pour obtenir une assistance spécialisée.

“ Si vous êtes loin du centre de santé et que l'accouchement s'accélère, vous accoucherez à la maison.

—GDD, mères 20-29, Ségou

Le manque de temps pour se rendre et accoucher dans un centre de santé semblait être exacerbé par les médicaments traditionnels. Dans les cas où les femmes avaient pris des médicaments traditionnels, elles semblaient plus enclines à accoucher chez elles et à se rendre au centre de santé après l'accouchement pour y recevoir des soins postnatals formels.

“ Si vous lui donnez un médicament efficace au début des contractions, ce qui accélère le processus, cela signifie qu'elle accouchera à la maison—vous pourrez l'emmener ensuite au centre de santé pour qu'elle puisse obtenir une sorte de soins [formels].

—GDD, grands-mères, Sikasso

En plus du temps, les questions d'accès et de distance ont souvent été citées comme des obstacles à l'utilisation des services modernes pendant l'accouchement.

“ Pendant la saison des pluies, vous ne pouvez pas passer sur cette route avec une moto. Mais vous pouvez à peu près gérer avec une charrette à âne. L'année dernière, j'ai accompagné une femme en travail sur une charrette à âne et nous nous sommes retrouvés coincés dans l'eau. Nous avons été bloquées pendant des heures et la femme a accouché au bord de la route.

—GDD, grands-mères, Ségou

Pour les femmes nécessitant une urgence obstétrique et qui avaient besoin d'une ambulance pour les transporter au centre de santé, la disponibilité de l'ambulance représentait souvent un problème.

“ En ce qui concerne le centre de santé, la difficulté que nous avons, c'est que si nous avons besoin de l'ambulance, nous constatons à chaque fois qu'elle est utilisée ailleurs.

—GDD, mères 30-44, Sikasso

La sécurité représentait une autre préoccupation pour les répondants et aurait influencé à la fois les décisions concernant le lieu d'accouchement et la disponibilité des travailleurs des centres de santé à travailler tard.

“ Les femmes accouchent à la maison—c'est le conflit qui en a résulté—auparavant, beaucoup de gens venaient ici pour accoucher. Mais avec la crise de 2012, les agents de santé ont eu peur et ils sont partis. Ils étaient absents de 2012 à 2014, mais ils ont commencé à revenir. Cependant, les femmes avaient pris l'habitude d'accoucher à la maison, et il est difficile de rompre avec cette habitude...mais nous n'avons toujours pas les taux que nous avons. Sur 10 femmes qui viennent pour des soins prénatals, sept n'accoucheront pas ici.

—EA, sage-femme, région de Mopti

“ Certaines femmes ne viennent pas lorsque leurs contractions commencent—elles restent à la maison un bon moment, et quand elles arrivent à la maternité, les choses deviennent très compliquées. Avec l'insécurité actuelle, les agents de santé n'aiment pas rester au centre de santé à la fin de la journée et si une femme arrive la nuit, il faut aller chercher la sage-femme.

—EA, matrone, Mopti

En se fondant sur les données de l'entretien de sortie, nous constatons que le coût de l'accouchement au centre de santé a également été perçu comme ayant des conséquences sur la décision du lieu d'accouchement. Dans les entretiens de sortie des CSCOM, les femmes qui étaient venues pour accoucher ont déclaré le coût moyen le plus élevé (8 569 CFA ou 14,11 USD) et le coût médian (7 500 CFA ou 12,35 USD) pour le type de soins dispensés, 15,6 % des services étant fournis gratuitement. Dans un pays où la fécondité totale est élevée comme au Mali, le coût de plusieurs accouchements pendant les années de reproduction d'une femme est une considération très pratique pour décider du lieu d'accouchement.

D'après les données qualitatives, il ne semble pas qu'il y ait un coût absolu qui interdise l'accouchement dans un centre de santé. Au lieu de cela, le coût était considéré comme relatif aux moyens de chacun, comme le montre la citation ci-dessous, tirée d'une discussion de groupe avec les pères. La citation d'un groupe de discussion avec des adolescents mariés suggère que les membres de la communauté étaient prêts à s'entraider s'ils pensaient avoir à leur tour besoin d'être aidés à l'avenir.

“ Le montant [pour accoucher dans un centre de santé] varie. Vous devez payer entre 7 500 CFA et 9 000 CFA. C'est pourquoi certaines personnes préfèrent consulter les accoucheuses traditionnelles. La situation financière des gens diffère : pour certaines personnes, 10 000 CFA ne pose pas de problème et pour d'autres, 5 000 CFA est trop élevé. Si les gens n'ont pas les moyens d'aller à l'hôpital, ils sont obligés d'aller ailleurs.

—GDD, pères, Sikasso

“ Tout se résume à un manque d'argent. Parce que si vous avez de l'argent, vous pouvez faire face à tous ces problèmes—par exemple, vous pouvez emprunter une moto et payer l'essence. De plus, si les gens savent que vous avez de l'argent, il est naturel qu'ils viennent vous aider car ils savent qu'eux-mêmes pourraient avoir besoin de vous à l'avenir.

—GDD, adolescentes mariées, Sikasso

À l'identique, un certain nombre de répondants masculins plus âgés ont mentionné les avantages de l'accouchement à la maison ou avec une accoucheuse traditionnelle. Les raisons invoquées étaient financières et concernaient les frais de transport et les coûts de l'accouchement, ainsi que les frais de baptême en découlant.

“ Vous savez que lorsque vous accouchez à la maison ou avec une accoucheuse traditionnelle, il n'y a pas trop de dépenses—mais si vous allez au centre de santé, il y a des coûts et si vous n'avez pas les moyens, c'est un problème—vous ne pourrez même pas faire le baptême de l'enfant, parce que ce que vous auriez dépensé pour le baptême, vous l'avez dépensé au centre de santé.

—GGD, grands-pères, Mopti

Les femmes elles-mêmes percevaient d'autres obstacles liés aux coûts associés au temps passé dans l'établissement après l'accouchement. Les articles que les sages-femmes leur ont demandé d'amener étaient coûteux et dissuadaient certaines d'accoucher dans le centre de santé. En particulier, une sorte d'étole épaisse

en coton destinée à être utilisée après l'accouchement a été jugée coûteuse.

“ Elle ne peut pas accoucher [dans le centre de santé] sans un [type particulier] de pagne. Il n’y a pas ce genre d’exigences lorsque vous accouchez à la maison. Le fait d’accoucher au centre de santé signifie qu’il faut apporter un pagne neuf et de l’argent—avant l’accouchement, la matrone demande à la future maman de préparer tout cela. Donc, si la femme ne parvient pas à rassembler ces choses, elle est découragée d’accoucher dans le centre de santé, car elle n’a pas pu se préparer correctement... la matrone demande aux femmes enceintes d’apporter ce type de pagne artisanal en coton épais - c’est ce qu’elles préfèrent lorsqu’une femme accouche.

—GDD, mères 30-44, Sikasso

Dans certains contextes, les membres de la communauté ont mentionné que des coûts seraient encourus si les femmes n'accouchaient pas dans un centre de santé.

Dans ces domaines, la prise de décisions au niveau communautaire a mis l'accent sur l'importance des accouchements en milieu hospitalier, reconnaissant les avantages pour les femmes et les nourrissons. Certains villages auraient imposé une amende aux familles dont les femmes accouchent à domicile, donnant ainsi la priorité aux accouchements dans les centres de santé et sanctionnant celles qui accouchaient ailleurs.

“ S’il y a un centre de santé dans le village et que vous accouchez à domicile, vous serez sanctionnée et devrez payer une somme d’argent car vous n’avez pas été conduite dans un centre de santé même si votre accouchement a été rapide.

—GDD, adolescentes mariées, Ségou

Cependant, ce thème n'a pas été suffisamment étudié et des témoignages anecdotiques de collègues maliens suggèrent que l'amende est imposée à celles qui ne recourent pas aux SPN.

TABLEAU 17 RÉSUMÉ DES OBSTACLES ET DES FACTEURS EXPLIQUANT LA FAIBLE UTILISATION DES SOINS EN ÉTABLISSEMENT (À PARTIR DES RÉSULTATS QUALITATIFS)

COMPORTEMENT DE RECOURS AUX SOINS	OBSTACLES	FACILITATEURS
Faible recours aux soins en établissement	<ul style="list-style-type: none"> ● Les femmes ne se rendent pas à l'établissement après le début des contractions et les agents de santé sont susceptibles de ne pas travailler à ce moment pour des raisons de sécurité ● Perception que l'accouchement en établissement est un signe de complications ● Il est demandé aux femmes d'apporter du linge de lit coûteux ● Manque de transport pour se rendre à l'établissement ● Les hommes estiment que le coût de l'accouchement en établissement est élevé 	<ul style="list-style-type: none"> ● L'accouchement en établissement est perçu comme plus rapide, plus sûr et plus précis ● Complications gérées plus efficacement dans un établissement ● Facilité d'accès au certificat de naissance ● Amende imposée aux femmes qui accouchent à la maison ● Participation et encouragement des hommes à l'accouchement en établissement de santé ● L'obtention de documents utiles peut inciter à l'accouchement en établissement

8 Soins postnatals

Les volets quantitatifs et qualitatifs de l'étude ont permis de recueillir des informations sur la prise en charge de la mère et de l'enfant pendant la période postnatale. Dans les entretiens de sortie, seulement 2,7 % des femmes ont déclaré s'être rendues au CSCOM pour les soins postnatals, avec la plus forte proportion à Sikasso (3,2 %) et la plus faible proportion à Mopti (1,2 %). Parmi les personnes qui s'occupent d'enfants de moins de 5 ans, 20,8 % des visites ont été effectuées pour des enfants de 3 mois ou moins (Tableau A23 en annexe).

8.1. Appui social et mobilité après l'accouchement

Les participants au groupe de discussion ont exprimé une opinion partagée par beaucoup de personnes vivant dans le Sahel : qu'une femme doit rester isolée dans sa maison ou son immeuble pendant les 40 jours suivant l'accouchement (voir par exemple Vanderwall & Maiga, 1991 ; Brady & Winikoff, 1993). Pour certains participants, cette période d'isolement était une exigence sans exception, tandis que d'autres croyaient que la nouvelle mère pouvait quitter la maison, et d'autres encore croyaient qu'elle pouvait partir tant qu'elle ne voyageait pas loin de chez elle pendant les 40 premiers jours suivant l'accouchement.

Q : Djeneba est-elle libre de quitter sa maison pendant les 40 jours qui suivent son accouchement ?

F : Oui, elle est libre de partir.

Q : Oui A ?

A : Elle ne peut pas sortir, même si elle souffre pendant les 40 jours, elle ne peut pas sortir. Elle doit toujours rester à la maison.

—GDD, pères, Sikasso

La période d'isolement était motivée par la conviction que si un enfant sortait à l'extérieur, il pourrait rencontrer des sorciers, et pour certaines personnes interrogées, la période d'isolement pour les enfants était considérée comme supérieure à 40 jours.

B : Djeneba ne peut sortir pendant 3 ou 4 mois parce que si elle rencontre un certain type de personne, son enfant tombera malade.

Q : Quel genre de personne ?

D : Le fouratigui- une personne née dans le village natal de la mère de l'enfant mais qui ne l'a jamais quitté.

B : Le fouratigui ne doit jamais prendre l'enfant dans ses bras - s'il le fait, l'enfant pourrait tousser et même mourir.

Q : Combien de mois [isolement] dis-tu que c'est pour un garçon et combien pour une fille ?

D : Si l'enfant est un garçon, c'est 3 mois et si c'est une fille, alors 4.

—GDD, adolescentes mariées, Ségou

Pour certains répondants plus âgés, la tradition de 40 jours d'isolement était une coutume du passé, qui n'était plus de mise aujourd'hui.

Dans le passé, la tradition interdisait à [la femme de sortir dans les 40 premiers jours]... mais maintenant ce n'est plus le cas... Dans le passé, lorsqu'une femme quittait la maison avec un nouveau-né avant les 40 premiers jours, elle ne pouvait pas parler aux gens. Si elle essayait de le faire, le bébé tomberait malade.

—GDD, grands-mères, Ségou

Il existait des exceptions à la période de 40 jours, notamment lorsque la femme semblait avoir besoin d'un traitement médical.

Elle devrait rester dans la maison pendant les 40 premiers jours suivant son accouchement. Cependant, elle peut sortir pour se faire soigner ou aller dans des endroits peu éloignés. Mais elle ne doit jamais aller dans des endroits éloignés [pendant cette période].

—GDD, Mères 20-29, Sikasso

Les autres exceptions à la durée de l'isolement d'une femme après l'accouchement étaient le fait de ne pas avoir de soutien social et familial supplémentaire.

“ Oui, elle peut aller chercher de l'eau, cuisiner et piler le mil. Mais si vous avez de l'aide dans la cuisine, certaines femmes peuvent passer 40 jours sans préparer la nourriture pour la famille. Mais si vous n'avez pas d'aide, vous pouvez recommencer à préparer la nourriture après une semaine.

—GDD, grands-mères, Ségou

8.2. Motivations et recours aux soins

Les soins postnatals proposés dans l'établissement de santé tant à la mère qu'à l'enfant étaient perçus de manière positive par les répondants et considérés comme un moyen d'identifier et de traiter les problèmes de santé. Les participants aux groupes de discussion ont mentionné la connaissance des cas de maternité nécessitant des interventions postnatales, comme l'hémorragie, l'œdème, les troubles de l'allaitement ou les douleurs des seins.

“ Oui, elle ira faire une visite postnatale après le baptême du bébé, c'est-à-dire le 7e jour après l'accouchement. À la fin de la visite, la matrone lui parlera de sa propre santé et de celle de son bébé. La matrone peut aussi lui indiquer si son lait maternel s'écoule bien. Elle l'encouragera et la sensibilisera au sujet du bébé.

—GDD, mères 3-44, Ségou

“ Les visites postnatales sont obligatoires. Si vous ne faites pas de visite postnatale, ce n'est pas bien. Parce qu'après l'accouchement, vous pourriez avoir une hémorragie ou un œdème. Si vous ne faites pas de visite postnatale, ce n'est pas bon pour vous... elle pourrait faire trois ou quatre visites postnatales. C'est ce qui est bien.

—GDD, mères 30-44, Sikasso

“ Chez certaines femmes, l'enfant n'est pas mis au monde dans la bonne position, ce

qui peut entraîner des problèmes pour l'enfant. D'autres enfants peuvent souffrir de ballonnements ou vomir après avoir été allaités. Après l'accouchement, certaines femmes ont des seins douloureux et ne peuvent pas allaiter le bébé. Si cela se produit, la femme retournera au centre de santé et expliquera ce qui se passe aux agents de santé.

—GDD, adolescentes mariées, Ségou

Les répondantes qui ont recherché des SPN et qui ont accouché au centre de santé seraient plus susceptibles d'assister aux visites postnatales. La citation suivante d'un père implique que celles qui sont susceptibles de suivre un ensemble de directives de traitement sur les soins prénatals sont susceptibles de poursuivre cette adhésion pendant la période postnatale également.

“ Si elle a accouché au centre de santé, il est évident qu'elle y retournera pour une consultation postnatale. Elle a [déjà] suivi les traitements au centre de santé, elle ira donc à la visite postnatale, 40 jours après la naissance. Si quelque chose ne va pas, elle sera traitée au centre de santé.

—GDD, pères, Sikasso

8.3. Facteurs dans la prise de décisions concernant les soins postnatals

La prise de décision concernant les soins postnatals était influencée par la dynamique des ménages et les facteurs et croyances socioculturels, comme le montrent les données qualitatives, et par des questions logistiques et pratiques, comme le montrent l'entretien de sortie et les données qualitatives.

8.3.1 Dynamique des ménages et facteurs et croyances socioculturels

Les données qualitatives indiquent que les maris étaient les premiers à décider si les femmes devaient ou non recourir aux soins postnatals. Lorsque des questions pratiques, telles que des coûts prohibitifs, se posent, une chaîne de communication remontant jusqu'au chef

de famille peut être catalysée afin que la nouvelle mère puisse avoir de l'argent pour la visite.

“ Donc, elle va d'abord [demander la permission] à son mari. Le mari lui demandera alors d'informer la belle-mère et elle lui dira. Ensuite, la belle-mère lui demandera d'informer son beau-père et puis ils [les beaux-parents] chercheront de l'argent pour la conduire au centre de santé.

—GDD, adolescentes mariées, Ségou

Les personnes interrogées ont exprimé la conviction que les jeunes mères et les nouveaux pères ne sont probablement pas conscients de l'importance du suivi postnatal, malgré le fait que les hommes peuvent souvent trouver l'argent pour payer les soins postnatals.

“ [Si la mère est nouvellement mariée] elle adoptera les idées d'une personne jeune. Mais si elle est mature ou si elle a appris en observant ses proches, elle pourrait accepter l'idée d'aller en consultation postnatale au centre de santé.

—GDD, adolescentes mariées, Sikasso

“ En ce qui concerne les soins postnatals, au début [de sa vie de père], il ne connaît pas grand-chose, car c'est tout nouveau.

—GDD, pères, Sikasso

De même, les hommes plus âgés du ménage dont les propres épouses (désormais grands-mères) n'avaient jamais suivi de soins postnatals pendant leurs années de maternité n'étaient pas certains de leur utilité.

**“ A : Le grand-père ne connaît rien des soins postnatals. Nous ne savons pas ce que c'est.
B : Si le mari a les moyens, le grand-père ne saura rien des soins postnatals. Mais si le mari n'a pas les moyens de payer, alors le grand-père doit savoir de quoi il s'agit.**

—GDD, grands-pères, Mopti

Conformément à la perception selon laquelle l'accouchement dans un établissement de santé est un signe de

gravité, les participants ont exprimé la conviction que si une femme est victime d'une hémorragie post-partum, elle peut avoir honte que les autres membres de sa communauté l'apprennent si elle demande de l'aide, même si c'est une condition qui puisse nécessiter une prise en charge urgente.

“ La chose qui pourrait empêcher certaines femmes d'aller se faire soigner après l'accouchement, c'est que certaines ont des saignements après l'accouchement et qu'elles ne veulent pas que d'autres personnes le sachent ou le voient..

—GDD, adolescentes mariées, Mopti

8.3.2 Questions logistiques et pratiques

Les données des entretiens de sortie montrent que le coût médian pour les femmes cherchant des soins postnatals dans les CSCOM était de 1 605 CFA (2,64 USD) et que la médiane était de 500 CFA (0,82 USD). Plus d'un tiers (36,1 %) des services de soins postnatals étaient fournis gratuitement.

Dans les données qualitatives, à l'instar des influences sur les soins prénatals et l'accouchement, il a été signalé que les soins postnatals étaient influencés par leur coût.

“ Nous n'y allons pas [aux soins postnatals], car nos maris ne sont pas d'accord. Ils diront qu'ils n'ont pas d'argent et que nous sommes en bonne santé [donc c'est inutile].

—GDD, mères 30-44, Ségou

Cependant, les participants ont indiqué que si une femme avait accès à une caisse (fonds d'épargne et de crédit), elle pouvait faire un emprunt dans cette caisse pour faire face aux consultations postnatales et rembourser plus tard.

“ Il faut vraiment avoir de l'argent pour aller au centre de santé. Si vous ne pouvez pas payer, ils vous diront de rentrer chez vous. Mais vous pouvez aller chercher de l'argent à la caisse et le rembourser ensuite. De cette façon, vous pouvez aller au centre de santé.

—GDD, grands-mères, Ségou

TABLEAU 18 RÉSUMÉ DES OBSTACLES ET DES FACTEURS QUI FAVORISENT UNE FAIBLE UTILISATION DES SOINS POSTNATALS (D'APRÈS LES RÉSULTATS QUALITATIFS)

COMPORTEMENT DE RECOURS AUX SOINS	OBSTACLES	FACILITATEURS
Utilisation insuffisante des soins postnatals	<ul style="list-style-type: none"> ● L'isolement post-partum empêche les femmes de sortir de chez elles ● Uniquement nécessaire si la mère ou le bébé est malade ● Les maris refusent de payer si la mère et l'enfant semblent bien se porter ● Les nouveaux pères ne sont pas conscients de leur importance 	<ul style="list-style-type: none"> ● Peut obtenir un certificat de naissance ● Peut obtenir des conseils sur l'allaitement maternel (exclusif) ● Occasion manquée de PF post-partum

Dans certains cas, les soins postnatals étaient recherchés après le baptême du bébé, car la cérémonie générait des revenus pour payer les services et le transport pour s'y rendre.

“ Elle peut sortir pendant la deuxième semaine suivant l'accouchement pour se faire soigner, elle ou son enfant, car pendant le baptême, les gens lui donneront de l'argent - .

—GDD, adolescentes mariées, Mopti

9 Planification familiale

Ce chapitre sur la PF s'appuie sur les résultats des entretiens de sortie et des GDD. Lors des entretiens de sortie, un peu moins d'une femme sur dix (9,8 %) s'étant rendue dans le CSCOM a déclaré l'avoir fait pour une consultation de PF. Cette proportion variait selon les régions, avec la plus forte proportion à Ségou (11,1 %), suivie par Sikasso (10,1 %) et Mopti (5,9 %). La connaissance et l'utilisation de la PF, ainsi que les facteurs qui influencent son utilisation (ou non), ont été examinés dans l'étude qualitative.

9.1. Connaissances sur la planification familiale

Les méthodes modernes de PF étaient considérées favorablement par les répondants qualitatifs comme un moyen d'espacer les naissances.

“ Si les naissances sont rapprochées, l'une après l'autre, elle peut aller au centre de santé. Les agents de santé lui donneront des pilules ou une injection pour l'aider à espacer ses naissances. Elle peut ensuite passer 2, 3 ou 4 ans sans tomber enceinte.

—GDD, adolescentes mariées, Mopti

L'espacement des naissances présenterait des avantages considérables—par exemple, il améliore la santé, le bien-être et l'état nutritionnel des mères et des enfants, et apporte des avantages financiers à toute la famille.

“ Si les enfants sont espacés, c'est une bonne chose pour vous tous. S'ils sont espacés, les élever est facile car la mère se sentira à l'aise, le mari et toute la famille seront libres de tout souci. S'ils sont espacés, les enfants grandiront en paix et vous pourrez économiser de l'argent et ce sera bon pour l'économie du ménage.

—GDD, pères, Sikasso

“ La planification familiale est une bonne chose non seulement d'un point de vue financier, mais aussi en termes d'éducation des enfants, car vous pouvez alors bien vous occuper d'eux. Si les naissances sont rapprochées, cela peut provoquer une malnutrition

—GDD, grands-mères, Sikasso

Les répondants ont soulevé des connaissances spécifiques à la méthode, qui ont exprimé des attitudes généralement favorables à une variété de méthodes.

“ L'implant est bon car il dure longtemps mais lorsque vous le retirez, vous pouvez tomber enceinte.

—GDD mères, 30-44, Ségou

Les pilules étaient considérées comme compliquées à prendre et plus adaptées aux personnes ayant un certain niveau d'éducation qui pouvaient se souvenir de les prendre quotidiennement. Les femmes interrogées craignaient de tomber enceintes si elles oubliaient d'en prendre une.

“ Les femmes ont peur d'utiliser la pilule parce que certains disent que si vous oubliez de la prendre [ne serait-ce qu'une], vous tomberez enceinte.

—GDD, mères 20-29, Ségou

“ Il y a des pilules, mais les pilules sont destinées aux personnes intelligentes.

—GDD, adolescentes mariées, Sikasso

Les injectables sont réputés pour permettre un retour rapide à la fertilité dès qu'une femme cesse de les utiliser.

“ Elle aime l'injectable car lorsque la date de péremption arrive, l'injection n'est plus efficace et lorsque vous retournez voir votre mari, vous tomberez enceinte.

—GDD, filles célibataires, Mopti

Les personnes interrogées ont mentionné l'utilisation de méthodes traditionnelles, comme le *tafo* (corde nouée portée autour de la taille pour soi-disant prévenir la grossesse), en faisant référence au passé.

“ Autrefois, si vous aviez des naissances très rapprochées, vous alliez voir une vieille dame qui vous offrait un remède pour vous-même et pour l'enfant afin que l'enfant puisse grandir sans que la mère ne retombe enceinte rapidement. Pour la mère, le remède était un tafo qu'elle attachait à sa taille.

—GDD, grands-mères, Ségou

La désapprobation des hommes de la PF pousserait les femmes à utiliser une méthode en secret. Les personnes interrogées ont parlé d'une utilisation secrète reposant sur la confidentialité des agents de santé qui ne divulguent pas les raisons des consultations de leurs clientes. Les personnes interrogées qui ont fait référence à l'utilisation secrète n'ont pas toujours été précises sur le choix de la méthode, mais la deuxième citation ci-dessous d'une femme mariée de 30-44 ans montre une préférence pour l'implant, qui peut être utilisé à l'insu du mari.

“ Il y a des maris qui refusent donc vous l'utilisez en secret [la planification familiale]... votre mari ne le découvrira que si vous lui dites la vérité. Avec l'aide des agents de santé, personne ne le saura.

—GDD, mères 30-44, Ségou

“ Elle préférera l'implant en raison de sa discrétion. Tant que vous ne le direz à personne, et tant que personne ne vous aura vu l'insérer, personne ne le saura.

—GDD, mères 30-44, Ségou

Les membres de la famille des femmes plus âgées seraient favorables à l'utilisation secrète de la PF tant qu'elle est utilisée sur une période plus courte, ce qui suggère que les femmes plus âgées préféreraient peut-être que leurs belles-filles utilisent des méthodes à court terme.

“ [La grand-mère] acceptera d'aider Djeneba tant que [son utilisation de la planification familiale] ne dépassera pas 1 ou 2 ans. Si elle dépasse cette durée, elle n'acceptera plus de l'aider.

—GDD, grands-mères, Ségou

Dans certains groupes de femmes mariées, les participantes ont exprimé la conviction que les coépouses pouvaient jouer un rôle potentiel dans l'utilisation de la PF par les femmes, mais cette croyance semblait hypothétique plutôt que réelle.

**“ G : Les coépouses peuvent soutenir son utilisation de la planification familiale, sauf si elles sont en compétition les unes avec les autres en ce qui concerne le nombre d'enfants qu'elles produisent (rires).
D : Vous ne pouvez pas gagner un concours sur le nombre d'enfants si vos naissances trop rapprochées.**

—GDD, mères 30-44, Ségou

La citation ci-dessus implique que les coépouses sont en concurrence avec la fréquence de la grossesse, étant donné que le nombre d'enfants qu'une femme a peut définir son statut social.

La connaissance de la PF a été entravée par un certain nombre de mythes et d'idées fausses sur les effets de différents types de contraceptifs sur la fertilité d'une femme et sur sa santé en général.

“ Il est préférable d'utiliser l'implant, car certaines personnes disent que les pilules peuvent s'accumuler dans votre estomac et vous rendre stérile.

—GDD, adolescentes mariées, Sikasso

“ Pour moi, l'injectable est meilleur parce que certaines personnes disent que

l'implant peut se perdre dans votre corps, et pour éviter cela, il vaut mieux utiliser quelque chose de liquide.

—GDD, adolescentes mariées, Ségou

“ L'injectable est meilleur parce que lorsque le moment est venu et que vous arrêtez de l'utiliser et que vous vous mariez, vous pouvez tomber enceinte, mais si vous utilisez l'implant, il peut se perdre dans votre corps et vous ne le retrouverez jamais... et vous mourrez sans jamais avoir donné naissance à des enfants.

—GDD, Filles célibataires, Mopti

9.2. Utilisation de la planification familiale

Nous avons également examiné la recherche de soins par parité dans les entretiens de sortie pour déterminer si l'expérience d'une naissance vivante était associée à un comportement de recours aux soins. Nous avons constaté qu'à 16,0 %, les femmes ayant trois naissances vivantes étaient les plus souvent à la recherche de services de PF, tandis que 6,1 % des femmes n'ayant pas encore accouché cherchaient des services de PF.

Les résultats qualitatifs indiquent des opinions mitigées sur le meilleur moment pour commencer à utiliser la PF. Certaines personnes interrogées pensaient que cela pouvait se faire immédiatement après la naissance si une femme et son mari étaient d'accord, tandis que d'autres ont indiqué que cela ne fonctionnerait pas immédiatement après le mariage. Les personnes interrogées partageaient également l'idée que la femme doit d'abord prouver sa fertilité par quelques naissances avant de commencer la PF.

“ Elle ne peut recourir à la planification familiale immédiatement après son mariage que si elle et son mari sont d'accord pour ne pas avoir d'enfants immédiatement - s'ils ne sont pas d'accord, elle ne doit pas y recourir, car la force d'un mariage est accrue par le fait d'avoir des enfants. Il s'agit d'avoir des enfants et même si elle ne s'est pas mariée pour avoir des enfants, elle ne devrait pas s'en servir pour le moment.

—GDD, grands-pères, Mopti

“ Vous ne devriez pas l'utiliser immédiatement après le mariage - vous devez donner naissance à au moins un enfant avant de l'utiliser.

—GDD, mères 30-44, Sikasso

Malgré l'accent mis sur la PF pour espacer les naissances, certaines femmes ont également déclaré que la PF pouvait être utilisée dès qu'elles estimaient avoir eu assez d'enfants et/ou qu'elles étaient physiquement épuisées par des grossesses répétées.

“ Une femme qui sait sincèrement qu'elle est vieille mais qu'elle est encore fertile [peut utiliser la planification familiale]. Elle sait qu'elle n'a plus la force d'accoucher à nouveau. C'est la raison pour laquelle elle l'utilise parce qu'elle sait qu'elle n'aura pas la force pour un autre accouchement.

—GDD, adolescentes mariées, Mopti

D'autres répondants ont souligné les raisons de commencer à utiliser la PF avant le mariage, d'éviter les grossesses prémaritales et de ne pas abandonner les études.

“ Une jeune femme devrait utiliser une méthode avant le mariage—il y a des filles qui sont tout simplement trop informées [du sexe] et il y a certains parents qui reconnaissent que leurs filles sont tout simplement trop conscientes et donc ils leur obtiennent des gris-gris [talismans] qu'elles mettent autour de leur taille.

—GDD, mères 30-44, Mopti

“ Il existe des méthodes que les femmes peuvent utiliser avant le mariage. La planification familiale est utilisée par les écolières qui ont un petit ami, mais qui ne veulent pas tomber enceinte parce qu'elles peuvent être forcées d'abandonner leur scolarité.

—GDD, adolescentes mariées, Sikasso

Les adolescents non mariés ont également montré qu'ils connaissaient les méthodes modernes de PF comme moyen acceptable de prévenir la grossesse, en particulier avant le mariage.

“ A : Si elle veut passer du bon temps avec son copain et éviter de tomber enceinte, elle doit aller voir les agents de santé. Mais le rapport sexuel ne doit pas durer, sinon les préservatifs peuvent [rompre]. [...] Les hommes et les femmes devraient éviter les relations constantes [relations sexuelles] parce que toutes les méthodes de planification [familiale] échouent. Que ce soit des injections ou un préservatif, le temps de l'intimité ne doit pas durer trop longtemps.

M: « Échec », cela signifie ?

A : L'échec est de tomber enceinte, malgré les méthodes contraceptives parce que c'est Dieu qui donne l'enfant.

—GDD, adolescents célibataires, Mopti

9.3. Facteurs influençant l'utilisation et le non-recours à la planification familiale

Les décisions relatives à la PF seraient influencées par la dynamique des ménages et les facteurs et croyances socioculturels, comme le montrent les données qualitatives et les questions logistiques et pratiques illustrées dans les entretiens de sortie et les GDD.

9.3.1 Dynamique des ménages et facteurs et croyances socioculturels

Les données qualitatives montrent que la décision d'utiliser ou non la PF impliquait la participation des maris, de la belle-famille et des chefs de famille. On pensait que l'autorité du mari l'emportait sur celle des autres membres de la famille dans les décisions concernant la PF.

“ Après avoir accouché, si elle veut utiliser une méthode de planification familiale, alors elle peut en parler à son mari. S'il est d'accord, alors elle peut l'utiliser.

—GDD, mères 20-29, Sikasso

“ Q : La désapprobation des autres membres de la famille conjugale peut-elle empêcher Djeneba d'utiliser une méthode ? Non, pas tant que le mari est d'accord, alors elle peut commencer à l'utiliser.

—GDD, mères 30-44, Sikasso

Les groupes composés des grands-mères étaient favorables à la PF, étant donné que ne pas l'utiliser entraînerait des responsabilités supplémentaires en matière de garde d'enfants pour les grands-mères qui devaient subvenir aux besoins de leurs belles-filles.

“ Elle [la belle-mère] sera favorable à la planification familiale car elle sait que si Djeneba [sa belle-fille] a des naissances rapprochées, elle ne pourra pas l'aider dans les tâches ménagères. Par conséquent, pour que la belle-mère puisse se reposer, elle sera d'accord pour que Djeneba utilise une méthode de planification familiale.

—GDD, adolescentes mariées, Sikasso

Selon certains répondants masculins plus âgés, la PF prive les familles de la possibilité d'avoir des membres potentiellement utiles qui pourraient contribuer à l'économie familiale et au bien-être des ménages. La PF étaient également jugée comme une interférence avec la volonté de Dieu sur le nombre d'enfants à avoir.

“ Nous, et moi en particulier, vous ne pouvez même pas me parler de planification familiale. Un homme n'est jamais satisfait du nombre d'enfants qu'il a. Nous préférons traiter la maladie de nos enfants plutôt que d'empêcher les femmes d'avoir des enfants. La planification familiale est inefficace car certaines femmes peuvent avoir sept enfants et d'autres n'ont pas cette chance. Parfois, on va étudier et devenir très riche et si vous pratiquez la planification familiale, vous y mettez un terme. Comment allez-vous avoir un enfant chanceux ? C'est pourquoi vous devez avoir autant d'enfants que ce que Dieu a décidé. Vous ne pouvez pas me parler d'arrêter.

—GDD, grands-pères, Sikasso

Les hommes ont également exprimé des convictions socioculturelles sur ce que l'utilisation de la PF signifiait - un manque de fidélité et un désintérêt pour sa partenaire - mais ces répondants n'ont pas fait de lien entre ces convictions et la (non-) utilisation de la PF.

“ Si une femme utilise la planification familiale, un homme peut penser que sa femme est volage

—GDD, adolescentes mariées, Ségou

“ Certains hommes pensent que si la femme a recours à la planification familiale, c'est pour éviter d'avoir des enfants avec lui et pour lui être infidèle aussi.

—GDD, adolescentes mariées, Ségou

“ L'implant est plus simple. Si vous voulez l'utiliser, cela coûte 300 CFA, certains disent même que c'est gratuit et si vous voulez l'enlever, cela coûte 1000 CFA. Même si les pilules sont moins chères, si vous voulez attendre 5 ans avant d'avoir votre prochain enfant, vous dépenserez plus en pilules que l'implant parce que chaque paquet se terminera et vous devrez le remplacer...mais avec l'implant, vous l'insérez une fois et le retirez quand vous le voulez.

—GDD, mères 20-29, Ségou

9.3.2 Questions logistiques et pratiques

Parmi les répondants à l'entretien de sortie à la recherche de PF, la moyenne était de 500 CFA (0,82 USD). Près d'un cinquième (18,3 %) des services ont été fournis gratuitement. Les coûts de PF étaient inférieurs et plus uniformes que les autres catégories de coûts.

Les données qualitatives suggèrent que le calcul de la prise de décision autour du choix de la méthode est influencé non seulement par le coût, mais aussi par la perception de l'optimisation de chaque méthode. Certains répondants des groupes de discussion ont mentionné les incidences financières pluriannuelles. Ces considérations démontrent que les opinions des répondants au sujet des méthodes à choisir sont influencées par des considérations à long terme.

“ Elle utilisera un implant car, si elle utilise des injectables, il y aura des moments où elle n'aura pas assez d'argent pour renouveler l'injection. Les implants durent des années et bien que les injectables ne soient pas coûteux, il y aura des moments où vous ne pourrez pas acheter la prochaine dose même si c'est obligatoire, et c'est pourquoi elle utilisera des implants.

—GDD, mères 30-44, Sikasso

TABLEAU 19 RÉSUMÉ DES OBSTACLES ET DES FACTEURS QUI FAVORISENT L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION MODERNE (D'APRÈS LES RÉSULTATS QUALITATIFS)

COMPORTEMENT DE RECOURS AUX SOINS	OBSTACLES	FACILITATEURS
Faible recours à la contraception moderne	<ul style="list-style-type: none"> Les femmes doivent démontrer leur fertilité Les hommes fournissent souvent une aide financière pour payer les soins de santé Les mythes et les perceptions erronées persistent 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation cachée facilitée par les belles-mères et les coépouses qui peuvent apporter une aide financière Les femmes et les hommes reconnaissent l'importance de l'espacement des naissances Les hommes reconnaissent les avantages économiques qu'apporte l'utilisation de la PF

10 Eau, assainissement et hygiène

Ce chapitre traite des résultats qualitatifs sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène. Bien que les révisions des instruments de l'étude aient éliminé certaines des questions sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène, les participants à l'étude et les personnes interrogées ont abordé ce thème dans leurs commentaires concernant le lavage des mains, les latrines, la potabilité de l'eau et le lavage des nourrissons par les grands-parents.

À la question de savoir ce qui pourrait être fait pour améliorer la nutrition et la croissance des enfants, le lavage des mains est ressorti comme une stratégie clé. La citation suivante d'un dirigeant communautaire démontre que les agents de santé ont encouragé le lavage universel des mains après l'utilisation des toilettes pour éviter que les enfants ne tombent malades.

“ Les agents de santé nous disent que tout le monde doit adopter un comportement de lavage des mains lorsqu'il quitte les toilettes avec du savon ou de la cendre. Ils nous disent que celui qui enseigne ce comportement à ses enfants ne verra pas ses enfants tomber malades.

—EA, leader communautaire, Sikasso

Les participants aux groupes de discussion ont été invités à jouer à un jeu pour les aider à citer les obstacles communs aux comportements souhaités en matière de santé. Les facilitateurs ont demandé aux participants des groupes de discussion de commenter ce qui faisait obstacle à un comportement donné en matière de santé. Dans la citation suivante, le manque de produits et de moyens liés à l'eau, l'assainissement et l'hygiène pour obtenir ces produits était un obstacle évident

“ Q : Tous les ménages doivent avoir une latrine pour se laver les mains avec du savon. Oui, c'est vrai, mais....

C : Oui, c'est vrai.

Q : Quel est l'obstacle à cela ?

C : Le manque de moyens.

Q : Comment ?

C : Construire des latrines et acheter du savon pour le lavage des mains.

Q : Quelle solution proposez-vous ?

C : L'assistance.

Q : Quel genre ?

C : Faciliter la construction de latrines et de dons de savon.

—GDD, garçons célibataires, Mopti

Le manque d'eau potable a été signalé comme une préoccupation grave, entraînant la consommation d'eau sale et exacerbant les problèmes existants. Dans la citation suivante, il a été rapporté qu'il s'agissait d'un problème pour les femmes, mais cette question pourrait être due au fait que les femmes sont traditionnellement celles qui vont chercher l'eau. Il est probable que boire de l'eau sale serait à l'origine de problèmes pour tout le monde.

“ Pour les femmes [dans cette communauté], le principal problème de santé est le manque d'eau potable après la saison des pluies. Quand il n'y a pas d'eau potable, cela peut entraîner d'autres problèmes car ils boivent de l'eau sale et c'est le plus gros problème... Si [l'eau potable] n'est pas disponible, cela aggrave les problèmes.

—EA, guérisseur traditionnel, Sikasso

Lors des discussions sur la période postnatale et le rôle des grands-mères paternelles, les participants ont décrit les décisions et les tâches accomplies par la belle-mère au cours des premiers jours, y compris le lavage du bébé.

“ Il n'est pas facile de laver un bébé. Le bébé est doux et fragile et Djeneba devrait demander à sa belle-mère de le/la laver pour elle.

—GDD, adolescentes mariées, Sikasso

11 Paludisme

Le paludisme était un domaine de santé essentiel couvert par les données quantitatives et qualitatives, bien que peu de personnes interrogées lors des entretiens de sortie aient déclaré que la prévention ou le traitement du paludisme étaient une raison principale du recours aux soins. Les données des entretiens de sortie montrent que parmi les quelques femmes qui ont demandé des soins préventifs aux CSCOM (n=17 ou 1,3 %), la majorité d'entre elles ont demandé à se faire vacciner contre le tétanos (n=15) et les autres ont déclaré avoir demandé une prophylaxie contre le paludisme (n=2). Parmi les aidants naturels d'enfants de moins de 5 ans qui se sont rendus au centre de santé pour des soins préventifs (n=593), tous ont indiqué qu'ils étaient venus pour des vaccinations infantiles. Si personne n'a indiqué la prophylaxie du paludisme comme principale raison de sa visite, n=8 répondants ont mentionné le traitement du paludisme dans la catégorie « autre ».

11.1. Connaissance du paludisme

Bien que les participants aux groupes de discussion n'aient pas été explicitement interrogés sur leur connaissance du paludisme, ils ont montré qu'ils savaient comment il se transmet et connaissaient la période de l'année où le paludisme était le plus répandu et ont cité les dépenses connexes pour les familles.

“ Du mois de septembre, octobre jusqu'en novembre, pendant cette période, il y a beaucoup de paludisme dans notre village. Il y a des familles qui peuvent dépenser jusqu'à 50 000 CFA pour le traitement, certaines familles dépensent jusqu'à 100 000 CFA en un mois.

—GDD, grands-pères, Mopti

Les personnes interrogées ont montré qu'elles savaient que les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans devaient dormir sous une moustiquaire pour prévenir le paludisme, mais ont cité les difficultés qui empêchent de le faire. La principale préoccupation était l'argent nécessaire à l'achat d'une moustiquaire. Certaines femmes ont indiqué qu'elles pouvaient aller au centre de santé pour recevoir une moustiquaire, notamment lors

des consultations postnatales ou des visites de vaccination, mais l'argent était toujours considéré comme un problème majeur.

“ A : Oui, c'est bien de dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide, mais c'est la pauvreté qui rend cela impossible.

F : Oui, mais le refus des consultations prénatales pendant la grossesse peut signifier qu'elle n'aura pas de moustiquaire imprégnée d'insecticide.

C : Elle peut emprunter de l'argent pour acheter une moustiquaire imprégnée d'insecticide.

—GDD, adolescentes non mariées, Sikasso

Les entretiens avec les guérisseurs traditionnels et les dirigeants communautaires ont montré leur connaissance des soins préventifs et leur participation aux activités communautaires de prévention du paludisme et de promotion de l'hygiène. Ils possédaient des informations précises, par exemple, sur la nécessité d'éliminer les eaux stagnantes pour prévenir le paludisme.

“ Le principal problème est celui du paludisme chez les femmes, les enfants et les adultes — c'est un problème particulier pour les enfants. Le problème vient du fait que nous sommes près de la rivière et que nos villages ne sont pas propres, donc nous conseillons à chacun de dormir sous des moustiquaires, de nettoyer les lieux, d'éviter l'eau sale, et d'arrêter de déféquer en plein air.

—EA, leader communautaire, Sikasso

11.2. Facteurs affectant les services liés au paludisme

Les résultats qualitatifs semblent correspondre à la conclusion quantitative selon laquelle le traitement et la prophylaxie du paludisme ne sont pas des priorités élevées et sont plutôt considérés comme des considérations secondaires en matière de santé. Dans l'ensemble, les répondants qualitatifs n'ont pas centré

leurs commentaires sur le paludisme, sauf en citant des cas particulièrement graves, comme le montre la citation ci-dessous d'un guérisseur traditionnel. Les aiguillages vers les centres de santé étaient particulièrement fréquents pour les cas suspects de paludisme, peut-être parce qu'ils étaient perçus comme potentiellement mortels.

“ Après avoir donné des médicaments aux gens qui viennent me voir pour le traitement du paludisme, je leur demande d'aller au centre de santé, car une seule personne ne peut pas guérir quelqu'un. Je ne retiens personne. Je vais vous donner le médicament mais je vous demande aussi d'aller au centre de santé.

—EA, guérisseur traditionnel, Sikasso

En tant que membres de la communauté, les guérisseurs ont peut-être aussi participé à des activités communautaires sur la prévention du paludisme et la potabilité de l'eau. Dans la citation qui suit, il n'est pas évident que les connaissances du guérisseur traditionnel aient été diffusées à d'autres.

“ Selon les informations que nous avons reçues, le paludisme est lié à la saleté. Lorsque l'environnement est sale, le paludisme peut s'installer dans le quartier. Pour prévenir le paludisme, vous devez dormir sous une moustiquaire, ainsi que vos enfants.

—EA, guérisseur traditionnel, Sikasso

TABLEAU 20 RÉSUMÉ DES OBSTACLES ET DES FACTEURS QUI FAVORISENT LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DU PALUDISME (D'APRÈS LES RÉSULTATS QUALITATIFS)

COMPORTEMENT DE RECOURS AUX SOINS	OBSTACLES	FACILITATEURS
Le traitement et la prévention du paludisme ne sont pas des priorités majeures, bien que plus d'un quart des femmes de l'EDS dans ces régions aient contracté le paludisme au moment de l'enquête.	<ul style="list-style-type: none"> ● Considéré comme une faible priorité en termes de besoins de santé ● Coût perçu des moustiquaires imprégnées d'insecticide 	<ul style="list-style-type: none"> ● Connaissance de la nécessité de prévenir l'exposition élevée des femmes enceintes ● Les patients des soins prénatals peuvent recevoir des moustiquaires gratuites ● Le savoir traditionnel des guérisseurs est transmis à d'autres ● Les guérisseurs traditionnels ont indiqué qu'ils orientaient leurs patients vers des centres de santé pour le traitement du paludisme

12 Sécurité alimentaire et nutrition

Étant donné l'intérêt que suscite l'apprentissage de la nutrition maternelle et infantile, l'étude qualitative explore la question connexe de la sécurité alimentaire.

12.1. Moments clés de la sécurité alimentaire tout au long de l'année

La période de pénurie alimentaire survient lorsque les stocks de nourriture de la récolte précédente sont épuisés et que la récolte suivante n'a pas encore commencé. Les personnes interrogées et les participants aux groupes de discussion dans les trois régions étudiées ont indiqué que les pénuries alimentaires sont courantes et reflètent les conclusions de l'enquête sur la nutrition et la sécurité alimentaire (ENSAN) concernant les pénuries particulières survenant entre le milieu ou la fin de la saison sèche et la première récolte suivant le début de la saison des pluies (la période de soudure).

« [La période la plus difficile] est maintenant, quel mois est-ce ? Juillet, septembre, octobre, novembre. Tous ces mois sont difficiles pour les femmes. Et pour les hommes aussi parce que c'est la période d'insécurité alimentaire. Les anciens stocks alimentaires sont vides et il n'y en a pas de nouveaux pour le moment. Actuellement, tout ce que les hommes trouvent, ils l'apportent dans les champs. La femme du ménage se débrouille pour que son mari mange quand il va au champ. Juillet et août sont une période très difficile.

—EA, sage-femme, Mopti

Il convient de noter le chevauchement entre les informations faisant état de cas de paludisme et des fréquentes pénuries alimentaires. Les participants ont décrit des circonstances extrêmes pendant cette période, les qualifiant de « crises ». La période de soudure a été décrite

comme longue, laissant de nombreux ménages dans l'insécurité alimentaire tout au long de l'année.

« Cela se produit dans tous les villages, à un moment de l'année dès le 7^e ou 8^e mois au début des pénuries alimentaires. Si vous prenez 100 personnes dans un village, ceux qui peuvent assurer d'avoir de la nourriture toute l'année jusqu'à l'arrivée de la nouvelle récolte ne dépasseront pas les 50% et les autres devront chercher de la nourriture ici et là. La situation persiste ainsi pendant la moitié de l'année.

—GDD, grands-pères, Mopti

Le manque de pluies au cours de certaines années était associé à des difficultés plus grandes en matière de sécurité alimentaire pendant la saison des pluies.

« En tant que personne qui travaille la terre, les pluies sont insuffisantes certaines années. Donc, cette année-là, vous n'aurez aucune chance. Nous souhaitons que les entreprises travaillent pendant la saison sèche. En l'absence d'emplois, nous nous en sortons en comptant sur la grâce de Dieu.

—GDD, grands-pères, Ségou

12.2. Prioriser les besoins et les mécanismes d'adaptation pendant l'insécurité alimentaire

« Pendant la période de pénurie alimentaire, le chef de famille ou le mari doit décider qui doit être prioritaire et planifier des alternatives pour tous les autres. Les aînés, les mères et les belles-mères ont également été cités comme étant des décideurs clés. Les mères ont

souvent été décrites comme celles qui signalent aux décideurs du ménage que leurs enfants ont faim.

A : La vieille femme du ménage réagira lorsque sa belle-fille prendra la main de ses enfants et dira que les enfants demandent quelque chose à manger ... elle se lèvera et cherchera à leur donner quelque chose parce que c'est obligé pour les enfants. Vous ne pouvez pas cacher de la nourriture, les enfants sont des enfants, vous ne pouvez pas cacher de la nourriture aux enfants

—GDD, grands-mères, Mopti

Les groupes étaient généralement d'accord au sujet des personnes qui devaient recevoir de la nourriture en priorité pendant les périodes de pénurie alimentaire. Les réponses ont montré que les enfants sont plus vulnérables aux problèmes de santé associés à la malnutrition et font partie des groupes prioritaires retenus pour recevoir de la nourriture en période de pénurie, étant donné leur incapacité à tolérer la faim, la possibilité qu'ils partageront la situation familiale avec des personnes extérieures à la famille et leur incapacité à se procurer de la nourriture.

“ Je voudrais donner l'exemple des enfants qui souffrent de malnutrition. Ces enfants, lorsqu'ils arrivent [au centre de santé], nous disons qu'ils sont transformés. Nous leur demandons d'aller au centre de santé. À leur retour, nous voyons qu'ils sont devenus humains.

—EA, leader communautaire, Mopti

“ Lorsque les enfants ne sont pas rassasiés, ils pleurent, sortent dehors et disent à tout le monde que nous n'avons même pas mis la marmite sur le feu aujourd'hui parce qu'il n'y a rien à cuisiner. Mais lorsqu'ils mangent à leur faim, personne ne saura qu'il y a un problème au sein de la famille.

—GDD, adolescentes mariées, Mopti

Les personnes âgées ont également été jugées prioritaires, car, outre le respect qu'elles méritent, elles manquent de mobilité pour quitter leur maison et mendier de la nourriture auprès des autres personnes du village.

“ Vous devez accorder la priorité aux hommes et aux femmes âgés de la maison parce qu'ils sont plus âgés et qu'ils ont le droit au respect, c'est pourquoi nous leur donnons de la nourriture.

—GDD, adolescentes mariées, Mopti

Enfin, les femmes enceintes ont été jugées prioritaires en raison des besoins supplémentaires perçus de la mère pendant la grossesse. En plus de ces groupes, qui étaient considérés comme les plus vulnérables au sein du ménage, certains participants ont dit que la priorité devrait être accordée aux hommes parce que ce sont eux qui doivent aller travailler pour gagner de l'argent ou apporter de la nourriture à la maison, tandis que d'autres ont suggéré que les femmes devaient recevoir de la nourriture pour éviter à leur mari d'avoir honte de ne pas pouvoir subvenir aux besoins de leur famille.

“ Nous donnons [de la nourriture] aux hommes. Nous devons la donner au mari et aux enfants parce que ce sont eux qui travaillent. En tant que femme, même si vous avez une bouchée, cela suffit.

—GDD, grands-mères, Mopti

Le fait de prioriser les besoins dans les zones où l'insécurité alimentaire est élevée signifiait que les coûts de santé, tels que l'accouchement dans un établissement de santé, passaient souvent au second plan pour répondre aux besoins nutritionnels.

“ Lorsqu'un homme n'a pas d'argent, la femme doit rester et accoucher à la maison. L'argent qu'elle dépenserait à l'hôpital pourrait être utilisé pour acheter de la nourriture pour elle et son enfant.

—GDD, mères 20-29, Mopti

Les répondants ont mentionné de nombreux mécanismes d'adaptation communautaires, familiaux et individuels pour gérer les pénuries alimentaires. La majorité des discussions ont fait référence à plusieurs stratégies.

La vente de bétail était l'une des façons pour les participants de s'adapter aux périodes d'insécurité alimentaire lorsque des services de santé étaient nécessaires, comme le montre l'exemple ci-dessous d'une mère

adolescente sur la manière dont les familles couvrent les coûts prénatals pendant la grossesse.

“ Si le mari possède du bétail, il peut le vendre et donner l'argent à Djeneba pour payer les soins prénatals. S'il ne possède pas de bétail, il peut s'adresser à un voisin ou à un parent proche pour emprunter de l'argent afin de surmonter ces difficultés.

—GDD, adolescentes mariées, Mopti

Dans certaines régions, la culture de produits commerciaux (par exemple, les fruits pour les marchés urbains) aurait compensé les périodes de l'année pendant lesquelles la pénurie alimentaire est probable.

“ Cette période de pénuries alimentaires correspond à la saison des fruits comme les mangues et les bananes, donc nous essayons de surmonter cela avec [la vente de] ceux-ci.

—GDD, grands-mères, Sikasso

Emprunter de la nourriture ou de l'argent pour acheter de la nourriture était un autre mécanisme d'adaptation ; toutefois, cela comportait un risque de stress dans la famille tout au long de l'année, dû au remboursement du prêt.

“ B : Lorsque vous faites un emprunt, vous le remboursez avec des intérêts au moment de la récolte. Lorsque vous prenez le crédit, un sac de mil coûte environ 20 000 CFA ou 25 000 CFA, mais quand vous remboursez, il faut payer un peu plus.

C : Les villages ne sont pas tous égaux – il y a des villages où l'insécurité alimentaire dure 3 mois – vous faites un emprunt que vous remboursez ensuite. Certaines personnes travaillent ensuite toute l'année pour rembourser leurs dettes.

—GDD, mères 30-44, Sikasso

Dans la mesure du possible, un autre mécanisme d'adaptation en période de pénurie alimentaire consiste à s'appuyer sur les contributions des femmes qui ont leur propre revenu ou leurs propres stocks alimentaires dans le cadre de leurs activités agricoles et qui sont

susceptibles de contribuer aux besoins de la famille pendant cette période difficile.

“ Certaines femmes ont de la chance - elles ont leur propre revenu au sein de la famille et donc leur mari peut utiliser leur revenu pour traverser cette période difficile et ensuite il peut la rembourser.

—GDD, mères 20-29, Ségou

Les relations entre les sexes affectaient la prise de décisions concernant la façon dont les aliments étaient achetés et distribués. Bien que les chefs de famille masculins aient cru prendre des décisions concernant la distribution de nourriture, pendant la période de soudure, les femmes étaient chargées d'acquiescer et de gérer la façon dont la nourriture était achetée et distribuée, étant donné leur présence dans le ménage et leur capacité à demander à des non-parents des cadeaux ou des prêts pour compenser les périodes de pénurie alimentaire. Les femmes peuvent aussi s'appuyer sur des réseaux extérieurs à leur belle-famille pour obtenir de la nourriture, par exemple en faisant appel à leurs propres parents.

“ Les femmes sont plus douées que les hommes pour demander des cadeaux ou des prêts de nourriture, en particulier auprès des non-parents. En cas de pénurie alimentaire, la femme peut rapidement trouver une solution – mieux que l'homme. Elle peut aller demander ailleurs. Le mari peut demander d'où provient la nourriture qu'elle s'est procurée – et à cause de ce qu'elle a acheté, tout le monde en profite. Il est difficile pour un homme d'aller demander de la nourriture à un autre homme – mais pour les femmes, non [ce n'est pas le cas].

—GDD, mères 30-44, Sikasso

Pour les hommes, les mécanismes d'adaptation à la sécurité alimentaire ne se fondaient pas sur les réseaux sociaux, mais se concentraient plutôt sur la recherche de nouvelles opportunités d'emploi ou la vente de bétail en échange de nourriture pour la famille. On pensait que la migration offrait des mécanismes permettant de faire face à la pénurie alimentaire, soit en ouvrant la voie à de nouvelles opportunités génératrices de revenus ailleurs, soit en s'appuyant sur les envois de fonds des parents migrants.

“ Certaines personnes émigrent pour se nourrir – quand il y a des pénuries, on ne peut pas rester assis comme ça ! C'est le problème du chef de famille qui décide de tout, et la migration est une de ses stratégies.

–GDD, grands-pères, Mopti

“ Certaines personnes ont un grand frère ou un petit frère qui a émigré – il peuvent envoyer de l'argent et l'utiliser pour acheter de la nourriture.

–GDD, adolescentes mariées, Mopti

12.3. Comportements nutritionnels souhaités par rapport aux comportements réels

Après l'étude de la sécurité alimentaire, l'étude qualitative s'est penchée sur la nutrition en accordant une attention particulière aux périodes prénatales et postnatales et aux facteurs qui facilitent et entravent l'allaitement maternel exclusif. Elle a également examiné les facteurs liés au moment et au type de suppléments donnés aux enfants allaités.

Les répondants ont été interrogés sur les meilleurs aliments pour les femmes enceintes et sur ce qui était idéal en termes de quantité et de qualité. Beaucoup ont cité des fruits, des légumes, des viandes, des œufs et des pommes de terre spécifiques qui, dit-on, améliorent la santé de la mère et du bébé pendant la grossesse et aident à préparer la mère à l'accouchement. Les rapports sur ces comportements nutritionnels idéaux étaient accompagnés de commentaires sur les moyens financiers de chacun, et des suggestions d'alimentation alternative, comme le poisson séché, étaient données aux femmes enceintes dont les familles n'avaient pas les moyens financiers d'acheter les aliments souhaités.

“ Comme elle est enceinte, elle doit manger des aliments de bonne qualité et en quantité suffisante. Elle devrait manger beaucoup de fruits tels que des oranges, des mangues - elle devrait en manger trois ou quatre fois par jour pendant sa grossesse, mais comme elle manque d'argent, elle aura du mal à les consommer.

–GDD, pères, Mopti

Il y avait un écart entre les types d'aliments dont on disait avoir besoin pendant la grossesse et les aliments que les personnes interrogées déclaraient manger tous les jours (par exemple, ceux cultivés dans la région).

“ En réalité, c'est un problème sérieux car même le mari ne mange pas d'aliments de qualité. Nous avons du mal à trouver des aliments de qualité parce que ce que nous mangeons ici ne contient pas de vitamines. Nous pouvons mettre de la viande ou du poisson dans la sauce au maximum trois fois par semaine ... vous constaterez donc que Djeneba le fera tout au long de sa grossesse – elle travaillera mais elle ne mangera pas de nourriture de qualité. Elle passera ainsi toute sa grossesse jusqu'à ce qu'elle accouche.

–GDD, pères, Sikasso

“ Ici, il est difficile d'avoir de la bonne nourriture car nous ne mangeons que du tô [bouillie de mil] tous les jours. Dans de telles circonstances, si vous n'avez pas d'argent, il est vraiment difficile de varier ce que vous mangez.

–GDD, mères 20-29, Sikasso

Les nouveau-nés auraient reçu du colostrum pour les protéger face aux maladies et consolider les liens de parenté.

“ Le nouveau-né reçoit le colostrum – en faisant cela, il/elle n'oubliera jamais sa mère et ne souffrira pas de maladie.

–GDD, adolescentes mariées, Mopti

La plupart des participants ont déclaré qu'une mère devait allaiter son bébé exclusivement pendant six mois après la naissance. Cependant, certaines réponses indiquaient que les participants étaient susceptibles de ne pas interpréter l'allaitement maternel « exclusif » comme étant le fait de donner uniquement du lait maternel au bébé et pouvaient plutôt suivre les conseils des agents de santé pour une supplémentation.

“ Nous allaitons exclusivement les nourrissons, mais nous leur donnons aussi

quelque chose à boire. Lorsque l'on accouche dans un centre de santé, les agents de santé nous conseillent de donner de l'eau au bébé 40 jours après la naissance et de continuer jusqu'à 7 mois.

—GDD, adolescentes mariées, Ségou

Dans les cas où le nourrisson n'arrivait pas à téter, des liquides et des substances autres que le lait maternel lui étaient donnés peu après la naissance. Cela était supposé « débloquer » la gorge de l'enfant et le guérir de toutes les maladies avec lesquelles il serait né.

“ Lorsque l'enfant ne commence pas à téter, la mère achètera du beurre de karité et le mélangera à un bonbon sucré à la menthe [axi] — elle le donnera alors à l'enfant, ce qui guérira la toux et les rhumes. Le beurre de karité que le bébé consomme va le rassasier et se débarrasser de toute impureté dans l'estomac... Quand certaines femmes accouchent, avant même de quitter l'endroit où elles ont accouché, une vieille dame apporte un liquide et y récite des incantations, liquide que l'enfant boira ensuite. C'est ce qu'on appelle « l'ouverture de la gorge ».

—GDD, mères 30-44, Mopti

Après 6 mois, le régime alimentaire d'un enfant s'était diversifié pour inclure les nombreux types d'aliments disponibles.

“ Le bébé consomme du lait maternel jusqu'à l'âge de 6 mois, puis vous pouvez ajouter un peu de bouillie légère jusqu'à ce qu'il ait 1 an ou 1 an et demi. En même temps, vous pouvez lui donner de la nourriture provenant de la brousse — nous préparons le mil pilé [gnègnè misèni] et le laro avec des arachides et des poissons en poudre que nous donnons aux enfants jusqu'à ce qu'ils grandissent un peu. Quand les tomates sont de saison, nous leur donnons ces tomates, ainsi que des pommes de terre.

—GDD, grands-mères, Ségou

Cependant, certains aliments, comme les haricots ou le couscous, étaient perçus comme étant trop lourds pour les enfants et pouvaient freiner leur croissance.

“ Un enfant ne doit pas consommer de « tô » (bouillie de mil) avant l'âge d'un an. Vous devez lui donner une bouillie liquide à base de farine. De cette façon, il grandira rapidement. Mais si vous lui donnez du « tô » avant un an, sa croissance sera ralentie.

—GDD, adolescentes mariées, Ségou

12.4. Facteurs influençant la nutrition

Les répondants des groupes de discussion ont indiqué que la nutrition était influencée par la dynamique des ménages et les facteurs et croyances socioculturels, ainsi que par des questions logistiques et pratiques.

12.4.1 Dynamique des ménages et facteurs et croyances socioculturels

Les répondants qualitatifs ont indiqué que la grossesse pouvait entraver la capacité d'une femme à accomplir des tâches ménagères, transférant les responsabilités ménagères à d'autres membres du ménage qui ne la considéraient plus comme productive. La diminution de la productivité des femmes pendant la grossesse aurait entraîné des cas de privation de nourriture pour la femme enceinte par d'autres femmes du ménage, qui sont obligées d'assumer les responsabilités domestiques de la femme enceinte.

“ Lorsque certaines femmes tombent enceintes, elles ne peuvent plus travailler. À cause de cette incapacité, les autres femmes de la famille refusent de leur donner quoi que ce soit à manger, en disant qu'elles étaient elles-mêmes enceintes. Elles ne leur donnent pas d'aliments de qualité et font exprès de leur préparer les aliments qu'elles n'aiment pas.

—GDD, grands-mères, Ségou

“ Si Djeneba tombe malade et ne peut pas préparer à manger pour la famille, sa belle-mère lui dira qu'elle va bien et qu'elle est paresseuse. Dans de telles circonstances, elle n'aura rien à manger et la maladie empirera.

—GDD, adolescentes mariées, Ségou

Les participantes se sont également inquiétées du fait que si les femmes mangeaient trop pendant la grossesse, leur bébé serait trop gros. La bouillie, ou gruel, ainsi que le sel devaient être évités pour cette raison.

“ Certaines personnes interdisent à une femme enceinte de consommer de la bouillie, disant que cela fera grossir le bébé. Elle peut manger du tô, du riz et du couscous, mais jamais de la bouillie.

—GDD, grands-mères, Ségou

La belle-mère aurait entamé le processus de sevrage. Cela semble permettre de séparer progressivement l'enfant de sa mère et de l'intégrer dans la famille élargie. Toutefois, dans de nombreux cas, les conseils ou l'autorisation du mari sont également essentiels pour déterminer quand et comment un enfant reçoit un complément alimentaire, ce qui nécessite une bonne communication au sein du couple.

“ Le père de l'enfant prend la décision [d'apporter un complément] en fonction de ce que lui dit sa femme.

—GDD, mères 20-29 ans, Sikasso

Les décisions en matière de nutrition étaient prises sur la base de messages émanant de prestataires de soins de santé qualifiés. Les participants ont indiqué que ces messages ont pu influencer les grands-mères à abandonner la pratique consistant à donner des suppléments, tels que les médicaments traditionnels, à leurs petits-enfants.

“ Dans le passé, nous donnions des médicaments traditionnels, mais depuis que nous avons commencé à collaborer avec les agents de santé, nous ne leur en donnons plus. En ce qui concerne les premiers médicaments d'un enfant, ils nous disent d'aller acheter des sirops.

—GDD, grands-mères, Ségou

Les personnes interrogées ont exprimé l'idée que si un enfant est allaité alors que la mère est enceinte, l'enfant tombera malade.

“ Les accouchements rapprochés ont un effet négatif sur la santé de la femme car

chaque accouchement l'affaiblit – donc s'ils sont rapprochés, elle perd ses forces. Les garçons, en particulier, ne se portent pas bien lorsque les naissances sont très rapprochées. S'ils allaitent lorsque la mère est enceinte, ils mourront, bien que vous puissiez leur donner un traitement traditionnel qui les aidera.

—GDD, mères 20-29, Ségou

Les personnes interrogées dans les groupes de discussion ont fait part de leurs connaissances sur la durée et les avantages de l'allaitement maternel exclusif et ont noté que celles qui avaient accouché dans des centres de santé ont manqué l'occasion de s'informer sur les avantages de l'allaitement maternel exclusif.

“ Après l'accouchement, vous devez simplement donner à votre enfant du lait maternel et ne pas lui donner d'eau à boire. Même après ses selles, vous ne devez rien lui donner avant l'âge de 6 mois. À 6 mois, vous pouvez amener l'enfant au centre de santé pour un contrôle. Après l'examen, les agents de santé vous diront s'il est nécessaire de lui donner un peu de bouillie [gruel].

—GDD, adolescentes mariées, Sikasso

Cependant, un groupe de discussion composé de mères âgées de 30-44 ans a souligné que celles qui n'avaient pas accouché dans un centre de santé n'avaient peut-être pas appris les avantages de l'allaitement maternel exclusif. Même si elles connaissaient les avantages de l'allaitement maternel exclusif, certaines mères pensaient que cette pratique n'était pas courante et ne croyaient que le fait de donner de l'eau à un bébé était nuisible.

“ F : Les personnes qui allaitent exclusivement au sein sans donner également de l'eau ne sont pas nombreuses ici - il y a en a très peu. En fait, l'allaitement exclusif n'existe pas.

D : Il n'y a aucune preuve qu'en donnant de l'eau à un bébé, il va mourir.

—GDD, mères 30-44, Mopti

Dans la citation suivante, l'expérience personnelle d'une mère adolescente en matière d'allaitement exclusif au

sein aurait également influencé son attitude positive à l'égard de cette pratique.

“ J'ai moi-même eu l'expérience de l'allaitement maternel exclusif. Quand mon bébé est né, il n'a reçu que du lait maternel jusqu'à l'âge de 6 mois. Après 6 mois, je l'ai emmené au centre de santé – la matrone l'a examiné et l'a pesé. Puis nous avons commencé à lui donner un peu d'eau et une bouillie. Avec mon enfant suivant, je n'ai pas pratiqué l'allaitement maternel exclusif – et la différence est palpable – vous pouvez le constater rien qu'en tenant les deux enfants. Celui qui a été nourri exclusivement au sein est plus lourd que les autres et en meilleure santé. Vous pouvez remarquer que mes enfants, qui ont commencé à boire de l'eau très tôt, ont un gros ventre.

–GDD, adolescentes mariées, Sikasso

Les croyances sur les avantages de l'allaitement maternel dépassaient les avantages médicaux suggérant le rôle de l'allaitement maternel dans le renforcement et la bénédiction de l'enfant, ainsi que dans le renforcement du lien maternel.

“ Le colostrum apporte la baraka [force et bénédictions] à l'enfant.

–GDD, grands-mères, Sikasso

12.4.2 Questions logistiques et pratiques

Le manque d'accès à l'information sur les aliments riches en nutriments et le manque de temps disponible pour préparer ces aliments étaient signalés comme des considérations pratiques influençant la nutrition maternelle.

“ Peut-être ne sait-elle pas quels aliments de qualité manger. Elle n'est allée demander à personne et personne ne lui a dit ou peut-être qu'il n'y a pas eu de sensibilisation pour expliquer cela aux femmes – et donc quand vous n'avez pas l'information, vous ne pouvez pas l'appliquer. Cela peut lui causer des problèmes, car elle ne le sait tout simplement pas.

–GDD, grands-pères, Mopti

Le coût est une autre considération pratique ayant des conséquences sur la nutrition maternelle. Certaines personnes interrogées ont encadré la discussion sur le coût par rapport à l'argent de la femme, et d'autres par rapport à celui de son mari.

“ Le problème est le manque d'argent – si elle n'a pas d'argent et que les membres de sa famille n'en ont pas non plus, [c'est un problème] car elle a besoin de ces aliments mais ils ne sont pas gratuits, donc elle ne peut pas les obtenir pour manger.

–FGD, mères 20-29 ans, Mopti

Les femmes ayant leur propre source de revenus étaient censées pouvoir influencer leur propre nutrition lorsqu'un mari n'était pas en mesure d'acheter des aliments riches en vitamines pendant la grossesse.

“ Q : Qu'est-ce qui pourrait empêcher Djeneba de manger des repas contenant des vitamines pendant sa grossesse ?

B : C'est ce qui arrivera si le mari n'a pas les moyens de les acheter.

D : Cela se produit si le mari n'a pas les moyens d'acheter ces aliments, mais si elle a son propre argent, elle peut acheter elle-même les aliments si son mari n'en a pas les moyens.

–GDD, adolescentes mariées, Mopti

L'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois était considéré comme un idéal ; cependant, l'approvisionnement en lait maternel était une considération pratique qui a conduit certaines femmes à trouver des alternatives à la consommation de leur bébé.

“ Avant 6 mois, certaines femmes n'ont pas assez de lait dans leurs seins pour faire une bouillie à donner au bébé, ou si vous avez de l'argent vous pouvez acheter du lait d'animal.

–GDD, mères 30-44, Mopti

La disponibilité limitée d'aliments abordables et riches en vitamines (décrits ci-dessus) aurait également une influence sur la nutrition des enfants. Toutefois, les personnes interrogées dans un groupe de discussion à Mopti ont indiqué qu'il existait des aliments complémentaires

gratuits, ce qui faciliterait la disponibilité et la nutrition des enfants.

“ Q : Auprès de qui vous procurez-vous la misola [bouillie contenant des graines de soja] ?

Auprès du centre de santé. Ce sont les travailleurs de la santé qui nous le donnent en cadeau aux enfants.

—GDD, mères 20-29, Mopti

13 Comportement de recours aux soins pour les enfants de moins de 5 ans

Les comportements de recours aux soins pour les enfants de moins de 5 ans étaient au cœur des entretiens de sortie et ont été examinés de façon plus approfondie sur le plan qualitatif. Dans les entretiens de sortie avec les aidants, le nombre moyen de fois où un aidant a déclaré s'être rendu dans un établissement de santé l'année dernière (pour sa propre santé) était de 2,6 fois, avec une médiane de deux visites. Les femmes aidantes ont déclaré plus de visites pour leurs propres soins (moyenne de 2,8 visites) que les hommes aidants (moyenne d'une visite). Nous avons également demandé le nombre de fois auxquels les aidants avaient reçu des soins pour un enfant au cours de l'année écoulée et avons constaté que les personnes s'occupant d'un enfant ont signalé un nombre moyen de visites de 4,3. Les hommes ont signalé un nombre de visites légèrement plus élevé (4,9 visites) que les femmes (4,3 visites) ; les deux groupes ont signalé une médiane de 4 visites.

Parmi les personnes s'occupant d'un enfant, la majorité a recherché des soins curatifs (59,0 %), tandis que 40,5 % ont déclaré avoir recherché des soins préventifs. Toutefois, ces chiffres varient selon les régions. Sikasso (66,3 %) et Mopti (78,3 %) ont enregistré des proportions plus élevées d'aidants cherchant à obtenir des soins curatifs pour leur enfant, tandis que Ségou a enregistré le contraire, avec 55,2 % d'aidants cherchant à obtenir des soins préventifs et 44,7 % cherchant à obtenir

des soins curatifs. Le recours aux soins ne variait pas beaucoup selon le quintile de richesse.

13.1. Perception de la communauté par rapport aux soins traditionnels et modernes

Nous commençons cette section en examinant les attitudes générales à l'égard des soins de santé traditionnels par rapport aux soins modernes dans les GDD, avant d'étudier comment ces croyances façonnent le recours aux soins pour les enfants de moins de 5 ans.

Certains participants aux groupes de discussion ont émis des commentaires suggérant la conviction que les soins modernes sont plus efficaces et plus systématiques que les soins traditionnels, qui peuvent également permettre d'obtenir des résultats plus immédiats du traitement.

“ Aller chez un guérisseur traditionnel n'est pas aussi bon que d'aller au centre de santé. Le guérisseur traditionnel ne fait pas de consultation, il n'a pas de matériel- le traitement est décidé par des essais et des erreurs. Les médecins sont précis.

—GDD, grands-mères, Sikasso

TABLEAU 21 RAISON DE LA VISITE PARMIS LES AIDANTS NATURELS, PAR RÉGION

RAISON DE LA VISITE DE L'AIDANT NATUREL	TOTAL N=1 463 %	SIKASSO N=581 %	SÉGOU N=629 %	MOPTI N=253 %
Soins préventifs	40,5	33,0	55,2	21,3
Soins curatifs	59,0	66,3	44,7	78,3
Autre	0,5	<1	<1	<1

Les préférences en matière de type de soins ont également été déterminées par le fait que les prestataires de soins modernes étaient perçus comme étant plus à même de préserver la confidentialité des clients, sachant que les guérisseurs traditionnels diffusent des informations sur leur traitement « réussi » des patients pour faire connaître leurs services.

“ La confidentialité est mieux préservée au centre de santé—leur objectif est de

vous guérir. Avec les guérisseurs traditionnels, il n'y a pas de confidentialité. Leur façon d'avoir des clients est de dire : « Connaissez-vous un tel et un tel ? Eh bien, c'est moi qui l'ai guéri – si je n'avais pas été là, il serait mort ». Et ils donneront le nom de cette personne. Il n'y a aucun sens de la confidentialité.

–GDD, pères, Mopti

Certains répondants estimaient que l'accueil était meilleur au centre de santé, car les informateurs semblaient se méfier des affirmations des guérisseurs traditionnels et de leur désir d'obtenir de l'argent immédiatement. D'autres n'étaient pas impressionnés par l'accueil dans les centres de santé et ne faisaient pas confiance aux prestataires qui s'y trouvaient.

“ H : L'accueil est plus chaleureux au centre de santé par rapport à celui du guérisseur traditionnel.

D : Même si le guérisseur traditionnel ne vous connaît pas, il volera votre argent. Ils insisteront pour que vous payiez 35 000 CFA à l'avance-donc il vaut mieux aller au centre de santé.

–GDD, adolescentes mariées, Ségou

“ Dans les centres de santé publique, les agents de santé volent souvent et n'accueillent pas les clients comme il se doit. Ils vous prescrivent des médicaments que vous avez déjà achetés, puis ils vous prescrivent à nouveau les mêmes médicaments parce qu'ils ont eux-mêmes volé ces médicaments pour vous les prescrire.

–GDD, pères, Sikasso

Ces croyances générales sur les soins de santé traditionnels par rapport aux soins modernes ont influencé les décisions concernant les services de santé appropriés pour les enfants de moins de 5 ans.

“ [De nos jours] la belle-mère préfère le centre de santé. Il faut beaucoup de courage pour administrer correctement les traitements traditionnels, car il faut être assez courageux pour préparer correctement les plantes. De nos jours, lorsque vous revenez avec les

plantes que vous devez préparer, vous constatez que votre belle-mère est déjà partie dans son champ, où elle est occupée à travailler. Si vous ne respectez pas exactement la façon de préparer le traitement – si vous vous trompez- vous risquez de tuer votre bébé.

–GDD, adolescentes mariées, Sikasso

Les répondants pensaient que certaines maladies n'avaient pas de remède médical. Dans certains de ces cas, il existait un remède traditionnel potentiel, comme une plante pour le creusement de la fontanelle.

“ Il existe une maladie appelée fassani [creusement de la fontanelle] – la médecine moderne ne peut pas la guérir – elle rend l'enfant très maigre au point que les nerfs de la tête deviennent visibles – il existe une plante spéciale pour traiter cette maladie, il faut donc aller chercher cette plante pour guérir l'enfant.

–GDD, mères, 20-29 ans, Ségou

Les décisions sur la manière de guérir la maladie fébrile ou la diarrhée d'un enfant étaient également influencées par les attitudes sur les soins médicaux traditionnels par rapport aux soins médicaux modernes. Pour certains répondants, la première ligne d'intervention était les soins traditionnels ; si et seulement si cela ne fonctionnait pas, ils recherchaient des soins modernes. Pour d'autres, les soins médicaux modernes étaient demandés immédiatement pour l'enfant.

“ Elle commencera par traiter la fièvre de manière traditionnelle avec des plantes – si cela ne fonctionne pas, elle emmènera l'enfant au centre de santé pour voir de quel type de fièvre il s'agit. Une fois qu'ils le sauront, les agents de santé lui donneront une ordonnance. Ils lui donneront des pilules, mais si la fièvre est grave, ils lui feront des injections. Son mari paiera le traitement.

–GDD, adolescents mariés, Mopti

Certains participants ont exprimé les préférences des grands-mères pour les traitements traditionnels et la façon dont cette croyance pourrait créer des problèmes pour les jeunes femmes qui ont accès aux ressources

nécessaires pour traiter les maladies infantiles. Comme le montre la citation suivante, la belle-mère exerce une influence considérable sur son fils. Le fait de ne pas s'entendre avec sa belle-mère crée d'immenses obstacles au comportement de recours aux soins d'une mère.

“ La belle-mère préférera un traitement traditionnel.

Q : Pourquoi ?

Parce qu'elle ne veut pas que son fils dépense de l'argent dans ce [traitement moderne]. Même si son fils [le père de l'enfant] n'est pas d'accord, elle dira à la mère de l'enfant : « Nous sommes pauvres. Tu es maline. Tu as imaginé cette maladie pour obtenir l'argent de mon fils ». Si le mari écoute sa mère, l'enfant n'ira jamais au centre de santé.

—GDD, mères 20-29, Sikasso

Les mères plus jeunes semblent être conscientes de l'importance de maintenir l'harmonie avec leur belle-mère pour maximiser les possibilités de traitement pour leurs enfants malades. Par exemple, lorsqu'elles préféraient un traitement moderne, mais que les membres plus âgés de la famille recommandaient de rendre visite à un guérisseur traditionnel, la jeune mère les apaisait en ne leur disant pas la vérité.

“ Q : Comment Djeneba peut-elle refuser les conseils prodigués par des parents proches âgés avec lesquels elle n'est pas d'accord ?

D : Elle peut poliment refuser les médicaments traditionnels donnés par ces personnes en disant que son enfant est déjà guéri.

G : Elle prétend qu'elle les a déjà donnés à l'enfant.

—GDD, mères 20-29, Ségou

13.2. Vaccination

Les données des entretiens de sortie montrent que parmi les soignants qui se sont rendus au centre de santé pour des soins préventifs (n=593), tous ont indiqué qu'ils venaient pour les vaccinations des nourrissons.

Les participants aux groupes de discussion ont été interrogés sur ce qui pourrait empêcher une mère de faire vacciner complètement son enfant avant l'âge de 12 mois. En général, les répondants étaient favorables à la vaccination, car elle augmentait la résistance immunitaire de l'enfant ; ils ont attribué la non-vaccination à la négligence de la mère.

“ Pour nous, Djeneba est la seule personne responsable de cette situation car personne n'est opposé à la vaccination.... La seule [raison de la non-vaccination] est que vous vous montrez négligente... Vous devez vous rendre au centre de santé, donc c'est votre faute si vous n'y allez pas et si vous ne connaissez pas la date de retour. Si vous le dites à votre belle-mère, elle ne vous posera aucun problème, mais si Djeneba ne le lui dit pas, ce sera sa faute. Parfois, les beaux-parents apprennent que la date est passée – ils crient sur leur belle – fille parce que la date est passée à cause d'elle [négligence] et d'elle seule. Sinon, tout le monde est d'accord car il est obligatoire de vacciner les enfants.

—GDD, grands-mères, Ségou

Les raisons pour lesquelles le calendrier vaccinal n'était pas respecté étaient notamment les préoccupations concernant les effets secondaires, les obligations de travail conflictuelles ou les changements dans la disponibilité des équipes de vaccination sans avertissement préalable.

“ Certaines mères sont découragées car après l'injection, l'enfant aura de la fièvre et pleurera toute la nuit. Certaines personnes disent qu'elles ont même dû emmener l'enfant voir un prestataire au centre de santé pour cette raison. Cela peut décourager les gens.

—GDD, mères 20-29, Sikasso

Ces reports étaient particulièrement difficiles pour les femmes qui avaient eu des difficultés à réunir l'argent nécessaire pour payer le transport ou la carte de vaccination, pour constater ensuite que la vaccination ne se déroulait pas comme prévu.

“ Certaines personnes encourent des dépenses parce qu'il est impossible de se rendre à une séance de vaccination sans un peu d'argent. Ainsi, si vous y allez une fois et que

vous ne recevez pas les vaccins, lorsque vous devrez y retourner, vous n'aurez peut-être pas l'argent nécessaire et vous ne pourrez donc pas y retourner.

—GDD, adolescentes mariées, Ségou

L'accès, la distance et la méconnaissance des dates de vaccination posaient également des problèmes, en particulier si les équipes de vaccination étaient inflexibles pour ceux qui arrivaient en retard à la session en raison des difficultés de transport.

“ Si vous arrivez en retard, les agents de santé refuseront de vous voir. La distance fait qu'il est difficile de trouver un moyen de transport – même si vous avez une charrette à âne, si vous ne partez pas tôt, il sera midi à votre arrivée et les agents de santé vous diront qu'ils ne vaccinent plus.

—GDD, mères 20-29, Ségou

Certaines personnes interrogées étaient en faveur des vaccinations, mais ont indiqué que d'autres membres de la famille étaient contre et mettaient de tels obstacles que la mère finissait par renoncer à essayer de vacciner son enfant.

“ Souvent, elles n'y vont pas parce qu'elles sont contrariées !

Q : Pourquoi sont-elles contrariées ?

En général, la vaccination dépend des relations d'une femme avec ses beaux-parents. Si le centre de santé est loin et si vous ne trouvez pas de moyen de transport, ils vous diront d'y aller à pied ou de ne pas y aller du tout... et vous vous énervez et décidez de ne plus y aller.

—GDD, adolescentes mariées, Ségou

Les femmes de la région de Mopti ont expliqué que les craintes liées à la sécurité les empêchaient d'emmener seules leurs enfants pour se faire vacciner, et que les horaires chargés des maris les empêchaient souvent d'accompagner la femme et l'enfant.

“ Nous sommes de l'autre côté de la rivière dans la brousse... La peur peut empêcher de nombreuses femmes de demander

des services de vaccination car elles doivent être accompagnées par des hommes, et les hommes sont généralement occupés. Vous voyez le problème?

—GDD, adolescents mariés, Mopti

13.3. Autres raisons fréquentes du recours aux services de santé

Les entretiens de sortie avec les soignants ont révélé le principal symptôme des enfants qui recherchaient des services de santé curatifs. Les symptômes les plus fréquemment signalés étaient la fièvre (37,3 %), la diarrhée (21,4 %) et les rendez-vous pour le Plumpy Nut, qui est utilisé pour le traitement de la malnutrition aiguë sévère.

Les répondants des groupes de discussion ont été invités à commenter les raisons pour lesquelles les enfants recherchaient des services de santé autres que les vaccinations. Afin de prendre des décisions concernant le recours aux soins de santé pour les enfants, les participants aux groupes de discussion ont été confrontés à une situation hypothétique dans laquelle un enfant de moins de 5 ans était atteint d'une maladie fébrile. Certains participants ont utilisé cette question comme point de départ pour parler des processus suivis au centre de santé, tandis que d'autres se sont concentrés sur les facteurs influençant le recours aux soins de santé, qui sont décrits plus en détail dans la section ci-dessous.

“ Si l'enfant a de la fièvre, elle essaiera de trouver du paracétamol et lui en donnera. Si cela ne fonctionne pas, elle le conduira au centre de santé. À son arrivée, un agent de santé examinera l'enfant et lui donnera des médicaments qu'elle devra acheter et donner selon la méthode décrite sur l'ordonnance.

Q : Qui pourrait lui conseiller d'aller au centre de santé ?

Son mari ou, s'il ne le fait pas, les personnes âgées du ménage.

—GDD, mères 20-29, Mopti

13.4. Facteurs qui influencent le recours aux soins chez les enfants

Les décisions des mères concernant le recours aux services de santé pour leurs enfants seraient influencées par les conseils des femmes plus âgées au sein de leur famille.

“ La mère est la mieux placée pour connaître l'état de santé de l'enfant puisqu'elle a passé la nuit avec lui. Elle est plus à même de savoir si l'enfant a de la fièvre que le père, car elle peut toucher l'enfant et savoir que sa peau est chaude. Elle le dira alors au père de l'enfant et le matin, s'il n'a pas d'argent, il lui demandera de le montrer à la grand-mère de l'enfant et de voir si elle a un remède. Si le remède de la grand-mère ne fonctionne pas, la mère demandera à emmener l'enfant au centre de santé car il ne va pas mieux.

—GDD, grands-mères, Ségou

Les répondants croyaient que, même si les femmes demandaient l'avis de leurs maris et belles-mères sur la nécessité d'une intervention médicale pour la maladie de leurs enfants, c'était à elles de décider au final d'amener ou non les enfants au centre de santé, même si c'était contre la volonté des membres de leur famille.

“ Elle peut obtenir des conseils auprès de son mari et de sa belle-mère. Ils peuvent accepter que l'enfant soit conduit au centre de santé. S'ils n'acceptent pas, certaines femmes emmènent quand même l'enfant au centre de santé et paient de leur propre argent... d'autres ne font rien tout simplement.

—GDD, mères 30-44, Mopti

Dans les cas où les membres de la famille étaient réticents à aider la mère, les femmes auraient utilisé l'humour pour demander à leur mari ou à d'autres parents de l'argent pour aider les personnes malades - enfants ou adultes.

“ S'il existe une relation de plaisanterie entre vous et votre mari, si vous

l'accueillez gentiment à la maison après qu'il ait été en ville, vous pouvez lui dire : « Hé, Coulibaly, regarde notre état de santé—il n'est pas bon du tout. Même si je vous disais que je prépare des haricots, cela vous amènera à trouver une solution. Alors, donne-nous de l'argent pour que nous puissions aller au centre de santé, parce que je suis ta maîtresse (matigui) et personne ne doit faire souffrir une maîtresse ! » Si vous dites ces choses avec humilité, il acceptera facilement de vous donner de l'argent ou, s'il n'en a pas, il vous dira qu'il va en chercher. Mais sinon, si vous vous énervez dans la brousse, rien ne sera résolu et vous serez obligée de vendre un de vos poulets pour soigner votre enfant car votre mari ne lâchera pas un centime.

—EA, matrone, Ségou

Des considérations pratiques telles que le coût ont à nouveau influencé les décisions de recourir à des soins traditionnels ou modernes, avec une préférence pour les soins traditionnels car ils n'entraînent pas de frais de transport.

“ Si le centre de santé est proche, elle peut y aller à pied, mais si c'est loin, elle devra trouver un moyen de transport.

Q : Et qui paie l'essence ?

Son mari ou son père.

—GDD, mères 20-29, Sikasso

Les préoccupations relatives aux coûts des soins de santé des enfants pouvaient être compensées lorsque les membres de la famille avaient émigré pour travailler et envoyaient des fonds.

“ Ici, beaucoup d'hommes sont à l'étranger pour gagner de l'argent. Cela ne change pas grand-chose car lorsqu'elle ou ses enfants tombent malades, le mari envoie de l'argent par Orange Money pour les soigner.

—GDD, grands-mères, Ségou

Les personnes interrogées ont mentionné les centres d'épargne informels auxquels on pouvait faire appel si un enfant tombait malade. L'avantage de ces centres est

qu'ils confèrent à la mère une certaine autonomie, puis- qu'elle est responsable de l'argent et peut donc contrôler le traitement de l'enfant.

“ Les femmes ont un système d'épargne, pas les hommes ... donc entre nous, les femmes, nous nous soutenons mutuellement dans le cas où de telles choses se produiraient. Ainsi, quand votre enfant est malade, vous allez venir chercher de l'argent [dans la caisse] pour le donner au père de l'enfant, et ensuite, s'il le veut, il peut vous aider à le rembourser ... mais s'il ne le veut pas, vous pouvez le rembourser vous-même.

—GDD, mères 30-44, Ségou

Certains hommes appréciaient ce soutien des femmes, mais d'autres se sentaient menacés, comme le montre cette citation d'un père sur l'émancipation économique des femmes qui menace son respect pour son mari.

“ Q : Comment le père de l'enfant peut-il aider Djeneba à obtenir les ressources nécessaires pour soigner son enfant malade ?

Il y a des femmes qui, si vous leur donnez 50.000 CFA, pourront créer une petite entreprise qui réussira—mais alors elle ne respectera plus son mari. C'est pourquoi les hommes ont peur d'aider les femmes.

—GDD, pères, Sikasso

Une autre considération pratique dans le recours aux soins de santé pour l'enfant est de savoir si la mère peut ou non trouver une alternative à la préparation des aliments et à ses tâches domestiques habituelles. Si elle ne peut pas trouver d'alternative, son mari devra peut-être emmener l'enfant seul au centre de santé.

TABLEAU 22 RÉSUMÉ DES OBSTACLES ET DES FACTEURS ENCOURAGEANT LA VACCINATION DES ENFANTS (À PARTIR DES RÉSULTATS QUALITATIFS)

COMPORTEMENT DE RECHERCHE DE SANTÉ	OBSTACLES	FACILITATEURS
Les taux de vaccination infantile ne sont pas assez élevés.	<ul style="list-style-type: none"> ● Préoccupations concernant les effets secondaires de la vaccination ● Obligations conflictuelles des parents en matière de travail ● Distance à parcourir pour se rendre dans un établissement de santé où des vaccins sont administrés ● Les prestataires découragent l'utilisation avec des horaires imprévisibles et rigides ● Besoin d'accompagnement dans un contexte de sécurité difficile ● D'autres obligations peuvent obliger les familles à rater les visites de vaccination pendant des périodes limitées 	<ul style="list-style-type: none"> ● Normes sociales concernant l'obligation de vaccination ● Croyance que les vaccinations sont efficaces pour renforcer la résistance <ul style="list-style-type: none"> - Les coûts sont faibles/gratuits (54 % ont déclaré ne rien payer, d'après les données des entretiens de sortie) ● Les coûts sont faibles/gratuits (54 % ont déclaré ne rien payer, d'après les données des entretiens de sortie)

14 Points de vue des sages-femmes et des matrones

Ce chapitre s'appuie sur des données qualitatives concernant les sages-femmes et les matrones. Au total, deux sages-femmes et 11 matrones ont été interrogées, et les participants aux groupes de discussion ont partagé leurs opinions sur les services et l'information offerts par ces prestataires, ainsi que sur leur capacité à influencer santé de la communauté.

14.1. Services et informations fournis

Les matrones étaient considérées comme la première source d'information pour expliquer comment porter un bébé et l'allaiter, et ce n'est qu'après leurs conseils qu'une nouvelle maman était prête à recevoir des conseils de sa belle-mère.

« S'il s'agit du premier enfant de Djeneba, avant que la belle-mère ne lui donne des conseils, la matrone doit la conseiller. Elle lui dira : « Djeneba, tu viens d'accoucher et tu sais quelles douleurs tu as endurées depuis le début de la grossesse jusqu'à la fin du travail. Tu dois prendre soin de ton bébé ». Pour faire cela, la matrone lui montrera comment porter un bébé et comment l'allaiter. C'est seulement après que la belle-mère pourra donner des conseils et que Djeneba les suivra.

—GDD, mères 20-29, Sikasso

Un service important rendu par les matrones consistait à enseigner aux femmes l'importance de revenir pour les examens post-partum de la mère et du bébé.

« Djeneba a emmené son bébé [pour les soins postnatals] car avant de quitter la maternité, la matrone lui a conseillé de revenir après 7 jours pour un contrôle. Elle a expliqué à Djeneba que ce rendez-vous permettra au

prestataire de soins de santé de vérifier son état de santé et celui du bébé.

—GDD, mères 20-29, Sikasso

On rapporte que les matrones interviennent auprès de la femme à la maison dans les dernières phases du travail ou après pour couper le cordon ombilical

« Quand le travail commencera, elle ne dira rien à personne et ira accoucher chez elle. Une fois l'accouchement terminé, elle demandera à quelqu'un d'appeler la matrone, qui viendra couper le cordon.

—GDD, mères 20-29 ans, Sikasso

14.2. Facteurs affectant la capacité des sages-femmes à influencer la santé maternelle et reproductive

Les données qualitatives indiquent que la capacité des sages-femmes à influencer la santé maternelle et reproductive est influencée par la dynamique des ménages et les facteurs et croyances socioculturels, ainsi que par des questions logistiques et pratiques.

14.3. Dynamique des ménages et facteurs et croyances socioculturels

Les matrones ont exprimé bon nombre des mêmes croyances socioculturelles que les participants aux groupes de discussion communautaires concernant les influences sur la santé maternelle et reproductive : la réticence à divulguer la grossesse, empêchant les consultations

prénatales, la peur de certaines méthodes de PF (par exemple, les implants se perdent à l'intérieur du corps de la femme) et le refus de la PF par le conjoint.

« Certaines d'entre elles viennent pour des soins prénatals à 9 mois ; certaines viennent à 8 mois et d'autres à 7 mois - il n'y en a que quelques-unes qui viennent à 3 mois—elles disent qu'elles sont réticentes à venir.

—EA, Matrone, Sikasso

En plus des mythes sur la PF, il y avait une forte opposition des hommes, qui empêchait l'application des informations données par le prestataire, en grande partie en raison du désir masculin de fonder une famille nombreuse.

« J'ai eu de graves cas d'opposition où certains hommes sont venus me voir et m'ont menacé de prison si je donnais à leur femme une méthode de planification familiale.

—EA, Matrone, Sikasso

Les sages-femmes ont souligné l'importance d'impliquer les hommes dans les questions de santé qui touchent leurs femmes et leurs enfants. Parfois, les agents de santé ont indiqué qu'ils utilisaient des moyens novateurs et subtils pour inciter les hommes à se rendre au centre de santé et à bénéficier, par exemple, d'informations sur la PF postnatale.

« Si nous voyons qu'une femme a des naissances rapprochées, nous lui demandons d'informer son mari et de lui dire de venir nous voir juste avant le baptême pour déclarer officiellement la naissance—et s'il vient, nous lui parlons de la planification familiale. Certains hommes approuvent ensuite son utilisation et d'autres ne lui font pas confiance... .Nous disons aux femmes de dire à leur mari de venir chercher la déclaration de naissance, puis nous profitons de cette occasion pour leur expliquer la planification familiale.

—EA, Matrone, Mopti

Les hommes—aussi bien les chefs de famille que leurs fils—étaient considérés comme des alliés essentiels pour comprendre les avantages des soins prénatals.

« Tout dépend de la communication avec les chefs de famille. Nous demandons aux chefs de famille à venir nous voir ici, mais ils ne transmettent pas les messages au sein de leur famille. Je pense que le mari de la femme doit être contacté parce que si nous sensibilisons les chefs de famille, ils restent assis là et ne disent rien. Par exemple, le chef de ménage pourrait informer une personne de la famille, mais il a cinq fils mariés—et leurs épouses ne viennent pas. Mais s'il y a un mari dont la femme a été pour des soins prénatals, s'il est informé, il peut dire « Papa, cette personne doit aller pour des soins prénatals ». Le fils doit informer son père car il y aura dépenses à prévoir. ... Il ne faut donc pas seulement contacter les chefs de famille mais aussi les maris pour qu'ils comprennent un peu ce qui se passe au centre de santé.

—EA, Matrone, Sikasso

Les sages-femmes ont également exprimé le sentiment qu'une relation entre la belle-mère et sa belle-fille avait une influence sur le fait que la fille ait recours ou non aux soins prénatals.

« Certaines belles-mères disent que leur belle-fille est faible ou, si elles ne s'entendent pas avec elle, elles ne prendront jamais leurs besoins au sérieux. Il y a également des problèmes dans les familles et vous constaterez que la belle-mère n'aime pas sa belle-fille et qu'elle ne l'aidera donc pas à obtenir des soins prénatals.

—EA, Matrone, Sikasso

14.3.1 Questions logistiques et pratiques

La capacité d'une sage-femme à fournir des services de santé maternelle et procréative aurait été compromise par le manque d'équipement, de produits ou d'espace.

« Nous n'avons pas suffisamment de matériel ou de médicaments. Nous n'avons pas de table sur laquelle les femmes peuvent accoucher. Les naissances ont lieu sur une grande table sans couverture et nous n'avons pas de lumière. Nous procédons aux accouchements le soir à l'aide d'une torche ... en plus, mon

tensiomètre était cassé et je suis allée le dire à mes collègues mais ils m'ont dit que la même chose leur était arrivée ... alors j'en ai acheté un avec mon propre argent et je travaille avec. Je n'ai jamais reçu de médicaments [pour mes clientes].

—EA, Matrone, Sikasso

Un facteur encourageant les femmes à accoucher dans les établissements de santé est la fourniture de trousseaux contenant une feuille de plastique pour la femme et les produits nécessaires pour couper le cordon ombilical et prendre soin d'un nouveau-né.

“ Il y a un drap en plastique que nous étalons sur la table ici [où] elles accouchent—toutes les femmes ne devraient pas utiliser le même drap ou elles tomberont malades. Après l'accouchement, nous la désinfectons et la mettons sur le lit de la femme et quand elle rentre à la maison, elle le prend avec elle. Nous l'achetons avec notre propre argent, mais nous l'ajoutons au coût de l'accouchement—il coûte 100 CFA. Les femmes savent que c'est très utile et qu'il les empêche de tomber malades ; donc elles l'emportent avec elles. Cela attire beaucoup de femmes [d'accoucher en établissement]. Nous avons aussi des kits pour les nouveau-nés qui contiennent des serviettes, des bandages, des lames de rasoir pour couper le cordon ombilical—tout y est—du savon et du talc. Lorsqu'une femme accouche, nous prenons la serviette et nous y enveloppons le bébé. Puis, nous donnons le reste à la mère qui l'emporte à la maison. Cela attire également les gens. Peut-être qu'un jour, quand ces choses seront gratuites, les femmes viendront accoucher au centre de santé.

—EA, sage-femme, Mopti

Un facteur limitant la capacité des sages-femmes à fournir un soutien adéquat aux femmes pendant le travail est la difficulté d'obtenir un moyen de transport pour conduire les femmes souffrant de complications obstétriques vers des services de niveau supérieur.

“ Nous avons beaucoup de mal à évacuer les femmes que nous ne pouvons pas aider. Il n'y a pas d'ambulance—aucune ambulance ne vient ici ces jours-ci. Ce n'est que le jour

du marché que nous avons eu l'occasion d'être transportées. Parfois des femmes meurent avant d'être évacuées...parfois nous essayons de louer un corbillard pour évacuer la femme à Sevaré mais les beaux-parents de la femme doivent payer pour cela.

—EA, Matrone, Mopti

Les sages-femmes ont indiqué que les femmes qui avaient besoin d'une évacuation obstétrique pouvaient obtenir une ambulance pour le transport, financée par les contributions communautaires et l'aide financière des autorités locales, bien que la demande pour de tels arrangements semble l'emporter sur l'offre, et que les familles doivent couvrir le coût de l'essence.

“ Si une femme enceinte est incapable d'accoucher ici, j'appelle le DTC et le DTC appelle l'ambulance de Baroueli et ils viennent ici pour la conduire au CSREF. Les coûts de cette évacuation sont payés annuellement par les communautés, le bureau du maire et l'ASACO, de sorte que le jour de l'évacuation, la famille de la femme enceinte ne paie rien.

—EA, Matrone, Ségou

15 Points de vue des accoucheuses traditionnelles et des guérisseurs traditionnels

Les EA avec les accoucheuses traditionnelles (n=3) et les guérisseurs traditionnels (n=10) ont mis en lumière les services traditionnels qu'ils offrent, ainsi que les facteurs qui affectent leur capacité à influencer la santé. Dans les groupes de discussion, les participants ont mentionné les accoucheuses traditionnelles et les guérisseurs traditionnels, et les données connexes provenant des EA et des GDD sont présentées ci-dessous.

15.1. Services fournis

Les guérisseurs traditionnels et les accoucheuses traditionnelles ont décrit leur rôle comme étant de guérir les malades et d'aider les femmes enceintes, respectivement. Dans les deux citations suivantes, les prestataires traditionnels décrivent leur rôle vis-à-vis de la société ou de leur communauté.

“ Ma place dans notre société est d'être près des animaux et aussi d'être dans le domaine de la chasse. Je soigne les adultes malades. [Aussi] si quelque chose a été volé, je peux trouver qui est le coupable, puis nous arrêtons le coupable et il est interrogé pour savoir pourquoi il l'a fait...Ce que je fais est un privilège. Si vous vous entendez bien avec les gens, ils vous respecteront et ils feront ce que vous recommandez. Oui, c'est vraiment un privilège.

—EA, guérisseur traditionnel, Sikasso

Les guérisseurs traditionnels ont indiqué qu'ils étaient appelés à s'attaquer aux problèmes sociaux comme les conflits avec les familles. Les services de santé fournis par les guérisseurs traditionnels étaient variés et largement curatifs, incluant une gamme variée de maux tels que les

douleurs dorsales, les maux d'estomac, les ulcères, les hémorroïdes et les maladies mentales. Parfois, le choix du traitement aurait été fondé sur un rêve.

“ Je reçois des instructions dans les rêves pour savoir quel arbre utiliser comme traitement ou, par exemple, lequel combattra une forme particulière de malchance. Je consulte également mes coques cauris ainsi que la poussière du sol (trabou). Tout d'abord, avant de toucher un patient, je consulte les cauris pour voir si la personne pourra guérir.

—EA, guérisseur traditionnel, Ségou

Les guérisseurs traditionnels ont également indiqué que leur travail consistait à trouver l'origine de la maladie comme le ferait un médecin, suggérant que la maladie était considérée comme une expérience vécue plutôt que comme un simple état médical.

“ Dans un hôpital, un médecin consulte son patient pour savoir ce qui lui fait mal. Je suis en train d'apprendre avec mon professeur de géomancie et, traditionnellement, cela me permet de présager la nature de la maladie : est-ce l'eau ou le vent qui en est à l'origine ? Avec la géomancie, vous pouvez évaluer cela.

—EA, guérisseur traditionnel, Sikasso

Il est intéressant de noter que les guérisseurs ont cité une multitude de problèmes qu'ils ont traités et qui pourraient être considérés comme relevant de la santé de la reproduction, y compris les contraceptifs et les infections sexuellement transmissibles. Toutefois, ces problèmes excluaient la grossesse et l'accouchement, qui étaient

considérés comme difficiles et mieux aiguillés vers le centre de santé.

“ Je traite les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants morts. En tant que guérisseur, je pense que cela est dû à une démangeaison interne. Donc, si une femme se trouve dans cette situation, je lui donne la bonne plante et elle sera guérie. Elle aura son enfant. Grâce à mon travail dans ce domaine, j'ai au moins 10 enfants sur cette terre qui portent mon nom ...mais il est très difficile de traiter une femme enceinte. Ce n'est vraiment pas facile. Elle doit aller au centre de santé. Nous ne savons pas ce qu'il y a dans son estomac, car nous n'avons pas d'équipement diagnostique qui puisse nous le dire... les femmes enceintes sont délicates. Je préfère leur demander d'aller au centre de santé.

—EA, guérisseur traditionnel, Sikasso

La PF était un autre domaine de la santé reproductive où les guérisseurs traditionnels ont dit parler à leurs clientes des types de méthodes traditionnelles, mais ont renvoyé certaines personnes vers le centre de santé pour une méthode moins compliquée.

“ Parmi nous, les Bambaras, il y a un fil magique que nous mettons autour de nos hanches, mais les règles qui l'accompagnent [pour qu'il fonctionne] sont que le porteur ne peut pas s'arrêter à un seuil de porte ou recevoir quiconque dans sa chambre. Mais aujourd'hui avec les contraceptifs modernes [c'est plus facile].

Q : Montrez-vous aux femmes les méthodes traditionnelles de contraception ?

Oui.

Q : Et proposez-vous que ces femmes s'informent sur les méthodes modernes du centre de santé ?

Oui, je dis souvent aux femmes qui ont besoin d'une méthode de le faire.

Q : Pourquoi recommandez-vous le centre de santé ?

Tout le monde ne peut pas respecter les règles qu'exigent les méthodes traditionnelles, mais, par contre, c'est très simple [avec les méthodes que vous obtenez au centre de santé].

—EA, guérisseur traditionnel, Sikasso

Cependant, alors que dans les contextes modernes de prestation de services de la PF le mari n'est pas obligé d'être présent à la consultation ni de donner son autorisation pour que la femme utilise une méthode, dans les contextes traditionnels, l'approbation du conjoint est nécessaire.

“ Je n'utilise pas moi-même la planification familiale, mais je la dispense aux autres. Je dis aux femmes de demander à leurs maris de venir chercher la méthode lorsque j'ai fini de la préparer.

—EA, guérisseur traditionnel, Sikasso

S'agissant des enfants, les guérisseurs traditionnels semblaient spécifiques quant aux conditions qu'ils traitaient (diarrhée) et celles qu'ils orientaient vers un centre de santé ou à un hôpital (infections respiratoires).

“ [Si un enfant de moins de 5 ans souffre de diarrhée] Je peux l'aider avec des remèdes traditionnels - vous mélangez les remèdes et lui donnez à boire avec de l'eau et après ce traitement vous serez guéri.... Je ne traite pas les enfants atteints d'infections respiratoires, je les oriente vers le centre de santé.

—EA, guérisseur traditionnel, Sikasso

Les guérisseurs traditionnels ont également indiqué qu'ils traitaient les enfants pour les protéger de maladies futures et ont cité les raisons fréquentes pour lesquelles ils tenteraient de guérir un enfant - soit en cas de fièvre, soit en cas de paludisme.

“ Lorsque la femme accouchera, je lui donnerai des médicaments pour que l'enfant soit protégé contre les maladies et, jusqu'à ce qu'il marche, il ne montrera aucun signe de maladie. Le paludisme et la fièvre sont très fréquents chez les enfants ici et lorsque ces maladies graves commencent, personne n'est tranquille

—EA, guérisseur traditionnel, Ségou

15.2. Facteurs affectant la capacité des accoucheuses traditionnelles et des guérisseurs traditionnels à influencer la santé

Les EA avec les accoucheuses traditionnelles et les guérisseurs traditionnels ont exploré leur capacité à influencer la santé. Les résultats sont ventilés en fonction de la dynamique des ménages et des facteurs et croyances socioculturels, ainsi que des questions logistiques et pratiques.

15.2.1 Dynamique des ménages et facteurs et croyances socioculturels

Les prestataires traditionnels considéraient généralement les soins traditionnels et les soins modernes comme des approches complémentaires. Comme le démontrent les citations ci-après des prestataires traditionnels, la médecine moderne complète la médecine traditionnelle plutôt que ne la menace, et les prestataires traditionnels ont indiqué qu'eux-mêmes ou les membres de leur famille dépendaient de la médecine moderne.

“ Ce n'est vraiment pas un problème pour moi. Même hier, ma femme était chez le médecin parce que je pense qu'une personne ne peut pas tout savoir. Il y a des choses que je ne sais pas et il y a des choses que je sais et que les médecins ne savent pas. De plus, la médecine des médecins fonctionne plus rapidement, mais elle ne vous guérit pas complètement - c'est la médecine traditionnelle qui vous guérit complètement.

—EA, guérisseur traditionnel, Ségou

Il convient de noter que les guérisseurs, tout comme la population en général, croyaient aussi en une partie de la désinformation sur les méthodes de PF.

“ Lorsque l'implant disparaît dans le muscle, la femme deviendra stérile. En outre, l'utilisation de la planification familiale avant le mariage ou avant la première naissance peut entraîner des difficultés au cours de l'accouchement, voire des opérations chirurgicales.

—EA, guérisseur traditionnel, Ségou

En tant que membres de la communauté, les guérisseurs peuvent également avoir participé à des activités communautaires sur la prévention du paludisme et la potabilité de l'eau. Dans la citation ci-dessous, le message du guérisseur traditionnel sur la potabilité de l'eau a été transmis aux membres de la communauté.

“ Je dis à la population de boire l'eau de la pompe qui est potable et aux agriculteurs de ne pas mettre d'engrais dans leur sol.

—EA, guérisseur traditionnel, Ségou

16 Collaboration entre différents types de prestataires

Ce chapitre présente des données qualitatives sur la collaboration entre différents types de prestataires. Les prestataires traditionnels et modernes participant aux EA ont été invités à indiquer dans quelle mesure ils collaboraient. Nous présentons ci-dessous leurs réponses, ainsi que quelques observations des participants des groupes de discussion sur la collaboration des prestataires.

16.1. Accoucheuses traditionnelles, médecins et agents de santé

S'agissant de la grossesse, les guérisseurs traditionnels ont indiqué qu'ils renvoyaient les femmes vers des médecins, qui connaissaient mieux la grossesse que les guérisseurs eux-mêmes.

“ Je leur dis d'aller [les femmes enceintes] au centre de santé parce que nos plantes peuvent provoquer des fausses couches. Les médecins sont plus compétents dans ce domaine [grossesse] que nous.

—EA, guérisseur traditionnel, Ségou

Certaines femmes qui ont accouché en établissement ont été accompagnées par des accoucheuses traditionnelles sélectionnées par les villageois. Le personnel qualifié semblait impliquer le prestataire traditionnel dans les aspects non médicaux de l'accouchement et des soins postnatals.

“ Le village choisit une accoucheuse traditionnelle pour accompagner la femme dans son travail. Une fois arrivée, la femme est remise aux agents de santé afin qu'ils l'aident à accoucher. Après la naissance, ils demanderont à l'accoucheuse traditionnelle d'aller chercher un pagne pour y envelopper le bébé et le protéger.

—GDD, grands-mères, Ségou

Les accoucheuses traditionnelles ont fait état d'une communication ouverte avec les autres prestataires et d'aiguillages vers des centres de santé pour les SPN et vers des établissements pour des accouchements compliqués. Il est intéressant de noter que, tout comme les membres de la communauté, les accoucheuses traditionnelles ont signalé ne pas voir de femmes enceintes avant environ 6 ou 7 mois.

“ Souvent, elles viennent me voir quand elles sont enceintes de 6 ou 7 mois et je leur suggère d'aller voir les agents de santé à Dourou pour leurs soins prénatals. Elles comment généralement à s'y rendre partir de 6 mois, puis elles ils s'y rendent chaque mois, et après les trois consultations, elles accouchent.

—EA, accoucheuse traditionnelle, Mopti

16.2. Accoucheuses traditionnelles et matrones

Les accoucheuses traditionnelles et les matrones ont également rapporté leur collaboration. Pour l'accoucheuse traditionnelle qui a déclaré la citation ci-dessous, la relation entre les accoucheuses traditionnelles et les matrones n'est pas une relation de complémentarité, mais plutôt une hiérarchie implicite, sachant que les matrones ont des connaissances plus approfondies.

“ Les matrones du CSCOM m'ont demandé de les informer lorsqu'une femme est sur le point d'accoucher. Si la femme accouche sans difficulté, tant mieux, mais si je vois qu'il y a des complications, je dois faire tout ce que je peux pour leur envoyer la personne... il n'y a pas de concurrence entre nous. Je les considère comme mes supérieures. Je me considère comme la

personne qui doit exécuter leurs instructions. Je ne sais pas tout ce qu'elles savent.

—EA, accoucheuse traditionnelle, Mopti

Certains matrones ont signalé avoir eu recours aux accoucheuses traditionnelles dans des actions de sensibilisation ou pour orienter les patientes ou leur assurer un suivi postnatal.

“ Notre collaboration est très bonne. Quand la situation d'une femme est trop compliquée pour elles, elles lui demandent de venir nous voir. Elles participent également au suivi des femmes après leur accouchement. Nous passons souvent par leur intermédiaire pour sensibiliser beaucoup de femmes aux choses qui les concernent.

—EA, Matrone, Mopti

16.3. Guérisseurs traditionnels et matrones

Du point de vue des guérisseurs traditionnels, il y avait une collaboration avec les matrones pour promouvoir l'allaitement maternel et une bonne nutrition. D'autres guérisseurs ont indiqué qu'ils souhaitaient collaborer avec d'autres prestataires, mais qu'ils n'avaient pas d'expérience personnelle dans ce domaine.

“ Nous collaborons avec les matrones ; par exemple, nous discutons de l'allaitement maternel exclusif et de la malnutrition. Tous les 3 mois, nous échangeons avec elles. Cela nous a vraiment aidés à nous occuper des enfants... avant, nous n'avions pas ce genre d'échange. C'était un projet qui nous a donné l'idée. Si nous continuons à le faire, une entente sera établie peu à peu. Certaines personnes ne sont pas encore pleinement sensibilisées, mais si vous persévérez, elles seront convaincues.

—EA, guérisseur traditionnel, Sikasso

Certaines des opinions des matrones sur la collaboration avec les prestataires traditionnels relevaient des aspirations de par leur nature, les sages-femmes espérant impliquer les prestataires traditionnels pour les aider à

comprendre le contexte local des problèmes de santé. D'autres répondants ont mentionné des cas réels de collaboration, où des guérisseurs traditionnels ont été amenés à rencontrer des matrones pour aider à trouver des solutions aux problèmes de santé de la communauté.

“ Nous pourrions les impliquer [guérisseurs traditionnels] dans notre échange d'idées. Ils sont originaires des zones locales et comprennent comment cela fonctionne - chacun d'entre nous explique ses difficultés et ce qui ne fonctionne pas dans ce contexte particulier, et ensuite nous pouvons chercher ensemble des solutions.

—IDI, Matrone, Sikasso.

Toutefois, certaines participantes sages-femmes et matrones ont fait état d'une collaboration limitée avec les prestataires du secteur traditionnel, leurs interactions étant plus indirectes par le biais de l'aiguillage des cas très graves. D'autres ont signalé que des accoucheuses traditionnelles accompagnaient des femmes dans des centres de santé.

“ Je ne sais rien des guérisseurs traditionnels. Mais il y a des femmes qui, après avoir accouché, souffrent d'hypertension et cela affecte leur cerveau. Elles sont dirigées vers un guérisseur traditionnel qui prend tout leur argent. Si les choses ne s'arrangent pas, elles sont amenées au centre de santé. Quand elles arrivent, nous leur demandons « Qui vous a envoyé ? » et elles répondent que c'est le guérisseur traditionnel qui leur a demandé de venir ici.

—EA, sage-femme, Mopti

“ Nous travaillons un peu avec les accoucheuses traditionnelles—celles qui sont dans un autre village, quand elles ne parviennent pas à faire accoucher une femme, elles viennent avec ces femmes. Lorsqu'elles viennent, elles s'assoient dehors...elles ne nous aident pas. Elles restent assises. Dans certains cas, nous ne savons même pas qu'il s'agit d'une accoucheuse traditionnelle.

—EA, Matrone, Mopti

16.4. Matrones et autres

Les matrones et les sages-femmes ont signalé une bonne collaboration avec d'autres membres du personnel de santé officiel, notamment des médecins, des infirmières, des gestionnaires, des vaccinateurs et des ASC qui assurent l'éducation et la sensibilisation dans la communauté.

“ Il n'y a pas de concurrence entre nous... il y a moi-même [la sage-femme], le médecin, l'infirmière et le directeur—heureusement le directeur est polyvalent—il peut placer des perfusions et faire des injections et des pansements—il sait tout faire ! ...Le vaccinateur va dans les villages le vendredi et le lundi il vaccine des gens dans la ville d'Youvarou. Nous travaillons aussi avec les agents de santé communautaire parce qu'ils vont dans les villages où leur groupe cible sont les enfants - ils font des consultations pour les infections respiratoires et le paludisme pour lesquels ils donnent des sirops. Si cela ne fonctionne pas, ils orientent les cas vers le CSCOM. Chaque mois, ils présentent leurs rapports au DTC du CSCOM. Ils travaillent bien, ce n'est pas un problème.

—EA, sage-femme, Mopti

“ Avec les agents de santé communautaire, nous travaillons ensemble au cours de nos stratégies avancées. Ils organisent des discussions sur la santé avec les femmes dans les villages concernés, même en notre absence, et lorsque les femmes viennent pour des soins prénatals et des vaccinations, c'est lui/ elle [l'agent de santé communautaire] qui nous accompagne toute la journée en discutant et en aidant le vaccinateur à vacciner les enfants jusqu'à ce que nous ayons terminé le travail. Nous pouvons donc considérer cela comme une sorte de collaboration entre nous.

—EA, Matrone, Ségou

Guérisseurs traditionnels et prestataires modernes
Un groupe de discussion composé de mères âgées de 30 à 44 ans a abordé la question de s'adresser au guérisseur traditionnel en premier lieu, puis dans certains cas de

demander des soins supplémentaires au centre de santé lorsque le traitement traditionnel n'était pas suffisant.

“ Si votre enfant tombe gravement malade, certaines maladies peuvent être traitées au centre de santé et pas d'autres. Si vous conduisez votre enfant chez un guérisseur traditionnel, il fait ce qu'il peut pour traiter l'enfant, mais il peut vous demander d'emmener au centre de santé car il ne sait pas si son traitement sera efficace ou non.

—GDD, mères 30-44, Sikasso

En dépit des rapports de collaboration entre les prestataires traditionnels et modernes, une petite minorité de guérisseurs considéraient que toute collaboration serait un déshonneur pour ceux qui les avaient dotés de leurs connaissances traditionnelles.

“ Nous ne travaillons pas ensemble... parfois, ils me demandent de venir les aider avec une personne malade, mais je leur dis : « Non, non, je ne viens pas ».

Q : Pourquoi n'y allez-vous pas ?

Parce que quand mon père [qui m'a appris à guérir] était là, il n'y avait pas de centre de santé.

—EA, guérisseur traditionnel, Mopti

La collaboration et l'aiguillage entre les prestataires concernait également les prestataires de médecine moderne et les guérisseurs traditionnels lorsque le problème n'avait pas de précédent médical évident. Cette forme d'aiguillage n'est pas surprenante, étant donné que de nombreux agents de santé sont susceptibles d'adopter les mêmes systèmes de croyance que les communautés qu'ils desservent.

“ Je guéris souvent des malades qui ont des estomacs gonflés. Les Bambaras disent que cela provient des mains sales. La plupart de mes traitements concernent ce genre de choses. Quand ce genre de personne va à l'hôpital et que les médecins voient que le problème n'est pas de leur ressort, ils la renvoient vers moi...Le docteur Kariba m'envoie souvent des malades et la plupart d'entre eux ont des problèmes d'estomac et il n'y a pas de traitement à l'hôpital. Les médecins ne peuvent soulager le problème que

temporairement en sortant du liquide de l'estomac, mais le problème peut être complètement guéri traditionnellement.

—EA, guérisseur traditionnel, Sikasso

D'autres collaborateurs importants étaient les bénévoles de la santé communautaire qui auraient sensibilisé les membres âgés de la famille susceptible de constituer des obstacles à des comportements de santé optimaux de la part des jeunes mères.

“ En ce qui concerne les obstacles à l'allaitement exclusif, nous utilisons un relais [volontaire de santé communautaire] pour sensibiliser la belle-mère car il y a des relais qui sont aussi des vieilles dames - plus vieilles que nous. Elle peut aller expliquer [son importance] aux parents de la mère.

—EA, Matrone, Mopti

17 Point de vue des leaders communautaires

Ce chapitre présente les résultats des EA avec les dirigeants communautaires. À l'exception d'un des 13 leaders communautaires interrogés dans l'étude, tous étaient des hommes. La plupart étaient chefs de village et la femme était trésorière de l'association de sa communauté.

17.1. Capacité à influencer les prestataires de services et la communauté

Il convient de noter que les leaders communautaires ont déclaré qu'ils effectuaient un travail de base important au nom des services de santé officiels. Par exemple, ils ont indiqué qu'ils assuraient le suivi des personnes qui ne se pas présentaient pas à la vaccination, en participant à des séances de sensibilisation et en vérifiant le flux de patients dans l'établissement local. Ils ont également agi comme intermédiaires dans les cas de litiges entre les agents de santé et les clients.

“ De temps à autre, je vais voir le médecin pour savoir combien de personnes utilisent le centre de santé. Je suis chef de village et en même temps membre d'une association et je ne peux pas dire aux gens d'aller au centre de santé sans être sûr qu'ils reçoivent les meilleurs soins... J'interviens également en cas de malentendu entre le médecin et ses patients.

—EA, leader communautaire, Sékou

Cependant, certains dirigeants communautaires ont exprimé des inquiétudes quant à la qualité des soins de santé fournis dans les centres de santé et ont fait savoir que le manque de professionnalisme des prestataires était à la fois irrespectueux envers la communauté et constituait un obstacle aux soins.

“ Il y a des gens dans le centre de santé qui occupent des emplois qu'ils sont

incapables d'exercer. Tant que le personnel est qualifié, nous ne voyons pas de problème pour aller au centre de santé pour obtenir des services ... nous avons besoin de personnes qualifiées et pas de stagiaires parce qu'ils ne maîtrisent rien - c'est sérieux ! Lorsque les prestataires sont incompetents, cela est irrespectueux vis-à-vis de la population en termes de traitement. C'est le plus gros obstacle [aux soins].

—EA, leader communautaire, Sikasso

“ Les inconvénients sont liés aux injections – nous avons des gens dans le village qui ne peuvent pas marcher à cause des injections [mal données] dues au manque de professionnalisme de nos agents de santé.

—EA, leader communautaire, Sikasso

Le thème de la mobilisation des ambulances en cas d'urgence sanitaire a été repris par les leaders. Dans la citation qui suit, ce leader parle du système communautaire mis en place pour faire face au coût croissant des ambulances.

“ Nous avons un système où chaque contribuable payait 100 ou 150 CFA pour couvrir les frais d'ambulance. Mais il n'a pas fonctionné, car nous ne pouvions pas collecter l'argent et le bureau du maire s'est désengagé. Après cela, nous avons adopté un système où nous avons ajouté 100 CFA à chaque ordonnance pour couvrir les frais d'ambulance. Nous avons sensibilisé les gens à cette question et, au CSCOM, il y a un comité qui gère le processus. À la fin de l'année, les frais d'ambulance sont garantis et les personnes évacuées ne paient rien.

—EA, leader communautaire, Sékou

Les leaders communautaires ont fourni des informations précises sur la nutrition et ont partagé leurs points de vue sur la disponibilité des aliments dans leur région. Par exemple, un leader de Sikasso a remarqué le paradoxe de vivre dans une zone où la sécurité alimentaire et la malnutrition sont toutes deux élevées.

“ Les jeunes enfants doivent manger du poisson et les femmes enceintes doivent manger des fruits, tels que des bananes, des oranges et de la viande...ici les gens mixent des cacahuètes en poudre et les donnent aux enfants. On peut faire du couscous de mil et aussi transformer les haricots en poudre - tous ces aliments sont bons à consommer avec le riz...La région de Sikasso devrait être la première en termes de nourriture car il y a beaucoup de variété ici, mais au lieu de cela, on constate que c'est la région qui souffre le plus de malnutrition par rapport aux autres régions du Mali. Cela ne devrait pas se produire, car le villageois devrait être un roi au vu de ce qu'il cultive - mais il ne consomme pas ce qu'il cultive, et cela est dû à un manque de compréhension. Nous en parlons tout le temps avec les chefs de famille et les femmes.

—EA, leader communautaire, Sikasso

Les leaders ont fait remarquer que les informations sur la santé, en particulier sur la PF, sont régulièrement échangées entre les femmes. Un leader a considéré que son rôle était d'encourager la PF et ses avantages, et d'obtenir un soutien financier de la part des hommes.

“ Les femmes discutent entre elles de planification familiale lorsqu'elles sont dans leur groupe en route vers le marché et elles obtiennent aussi des informations à ce sujet auprès du relais [bénévoles de santé communautaire] - je dirais donc qu'elles sont mieux informées que nous sur le sujet... J'encourage les femmes à se rendre au centre de santé pour obtenir la planification familiale et dans mes conversations, j'encourage les hommes à donner de l'argent à leurs femmes pour qu'elles puissent l'obtenir et l'utiliser. Je leur explique les avantages de la PF.

—EA, leader communautaire, Mopti

Cependant, les conseils du leader pourraient également renforcer l'idée que les femmes doivent respecter les souhaits de leurs maris.

“ Le conseil que je donne est qu'une femme doit écouter son mari. Lorsqu'une femme n'est pas à l'aise dans son mariage, c'est parce qu'elle n'écoute pas son mari. En revanche, si elle l'écoute, elle sera heureuse. Lorsqu'une femme cherche à tromper son mari, il ne l'apprécie pas et s'il ne l'apprécie pas, il ne l'aidera pas à être heureuse... si une femme fait ce que son mari aime, ses beaux-parents l'aimeront et il n'y aura aucun problème. Dans le cas contraire, il lui sera très difficile d'obtenir ce qu'elle veut.

—EA, leader communautaire, Sikasso

18 Discussion

18.1. Principales conclusions et points d'entrée possibles des interventions

Les principales conclusions thématiques sont décrites ci-dessous, de même que les suggestions concernant les stratégies et interventions possibles en matière de santé. L'utilisation des services de santé par les clientes des entretiens de sortie était élevée, près de 90 % des femmes s'étant récemment rendues dans un centre de santé. Dans l'ensemble, un peu moins de la moitié des femmes avaient recours aux SPN (47,8 %), avec les taux les plus élevés à Mopti (64 %), où le taux de fécondité total est également le plus élevé (7,2 %). Toutefois, les femmes qui se présentent tardivement aux consultations prénatales ont du mal à atteindre le nombre recommandé de visites pendant la grossesse. Ce recours tardif aux soins est dû à la réticence à annoncer sa grossesse, à l'absence d'autorisation du mari et à des considérations pratiques comme le coût de la visite et les frais de transport connexes. Les résultats qualitatifs suggèrent que la présentation précoce aux SPN est possible, compte tenu de la confiance que certaines femmes placent dans les prestataires, du fait que les SPN peuvent réduire la probabilité de complications de la grossesse et de l'accouchement, et des comportements d'épargne communautaires chez les femmes pour financer les besoins en SSR, y compris les SPN. Les points d'entrée possibles pour encourager davantage les consultations prénatales plus tôt pendant la grossesse sont l'utilisation de multiples canaux médiatiques, la sensibilisation de la communauté et l'information des chefs de famille pour soutenir l'importance des SPN.

Les consultations postnatales étaient faibles, moins de 5% des femmes dans les communautés d'étude les ont citées comme étant la raison de leur visite, et seulement 1,2% des femmes à Mopti. La faible utilisation des soins postnatals est due, dans une certaine mesure, à une croyance socioculturelle selon laquelle les femmes ne doivent pas sortir de chez elles dans les 40 jours qui suivent l'accouchement, et à la perception que ces visites ne sont nécessaires et utiles que si la mère ou le bébé sont malades et ont besoin de soins curatifs.

Les connaissances limitées des nouveaux pères sur l'importance des soins postnatals ont également été perçues comme contribuant à un faible taux d'utilisation. Néanmoins, les résultats qualitatifs montrent les motivations existantes du recours aux soins postnatals, telles que la disponibilité des certificats de naissance dans les centres de santé, la fourniture de conseils sur l'allaitement maternel et les consultations de PF post-partum. Une approche possible pour lutter contre l'isolement du post-partum consiste à offrir des services de soins postnatals aux femmes par l'intermédiaire des structures existantes, comme les agents de santé communautaire (ASC). Une autre étape dans la lutte contre l'isolement consisterait à inciter les groupes de femmes, les prestataires de soins et les dirigeants communautaires à se pencher sur la question de la norme d'isolement.

Le recours à la PF chez les femmes dans les CSCOM était faible, moins de 10 % des femmes l'ayant déclaré comme raison de leur visite. Peu de clientes du CSCOM ont déclaré avoir reçu des méthodes modernes de PF au cours de leur visite, mais parmi celles qui en ont obtenu une, la plus fréquente était le contraceptif injectable (48,3 %) suivi de l'implant (43,2 %). Parmi les obstacles à l'adoption de la contraception moderne, il convient de citer les mythes persistants sur les effets secondaires qui découragent l'utilisation et l'importance accordée à la fertilité. Cependant, les croyances sur l'importance de l'espacement des naissances chez les hommes et les femmes, la reconnaissance par les hommes des avantages économiques de la PF, et le soutien déclaré des belles-mères et des coépouses pour une utilisation cachée étaient des facteurs favorables à son utilisation. Les points d'entrée possibles pour accroître l'utilisation de la PF moderne pourraient être l'emploi de multiples canaux médiatiques pour lutter contre les mythes sur la PF, l'inclusion des maris, le cas échéant, dans les campagnes de promotion de la PF, en veillant à ce que les prestataires donnent des conseils sur les options de PF volontaire, et en examinant les occasions manquées de PF, comme les consultations de santé prénatale, postnatale et infantile.

Les personnes s'occupant d'enfants de moins de 5 ans qui recherchent des soins préventifs ont unanimement déclaré être là pour se faire vacciner. Cependant, les

données de l'EDS indiquent qu'une minorité significative d'enfants dans les régions étudiées ne sont pas vaccinés (10,5% à Sikasso, 11,2% à Ségou et 19,3% à Mopti). Les données qualitatives indiquent que les vaccinations sont entravées par des préoccupations concernant les effets secondaires, la distance à parcourir jusqu'à l'établissement de santé où les vaccins sont administrés, les obligations des parents de travailler, les horaires imprévisibles et rigides des prestataires et la nécessité de se faire accompagner dans un contexte de préoccupations sur la sécurité. Cependant, les vaccinations étaient encouragées en raison des normes sociales selon lesquelles la vaccination est obligatoire et par la conviction que les vaccinations sont efficaces pour renforcer la résistance des enfants aux maladies. Les données des indicateurs de sortie indiquent que le coût des vaccinations est faible ou gratuit. Les stratégies possibles pour accroître l'utilisation de la vaccination pourraient consister à étudier plus en détail les obstacles auxquels se heurtent les aidants naturels, à permettre des variations selon les régions et les groupes ethniques, à s'attaquer aux mythes autour de la vaccination qui peuvent être spécifiques à certaines communautés, à répondre aux obstacles à la vaccination du côté de l'offre et, une fois que les obstacles seront plus clairement définis, à développer des interventions telles que des interventions de sensibilisation mobiles ou numériques.

18.2. Thèmes transversaux

La recherche formative comprenait quelques thèmes transversaux qui sont ont été soulevés dans les groupes de répondants et, dans certains cas, dans les activités de collecte de données. Le premier thème concerne les contraintes économiques, d'une part, et les preuves de l'autonomisation économique des femmes, d'autre part, comme moyen de compenser les obstacles financiers au recours aux soins. Le deuxième thème concerne la dynamique sociale et de pouvoir entre les femmes et leurs maris et entre les femmes et les autres femmes. Il est intéressant de noter que ces deux thèmes se recoupent fréquemment dans les résultats, ce qui suggère que les influences sociales et économiques dans la vie d'une personne s'influencent continuellement l'une l'autre.

Le coût a été cité presque unanimement comme un obstacle au recours aux soins. Les résultats de cette évaluation formative à méthodes mixtes suggèrent que les coûts de maternité dans un pays à forte fécondité, les

coûts des soins curatifs et l'interruption des moyens de subsistance en raison de pénuries alimentaires entraînent des contraintes économiques importantes et pourraient faire basculer dans l'endettement des économies familiales déjà fragiles, et donc augmenter la probabilité d'une malnutrition et d'une vulnérabilité futures chez les femmes et les enfants.

Les stratégies visant à compenser ces contraintes reposaient souvent sur les activités économiques des femmes, comme l'épargne communautaire pour couvrir leurs besoins en SSR ou d'autres besoins de santé de leurs enfants. Cependant, cette autonomisation économique n'était considérée comme bénéfique pour la famille que lorsque la femme donnait la priorité à l'harmonie familiale par-dessus tout. Les structures des ménages à plusieurs membres au Mali signifient que les femmes doivent naviguer entre plusieurs relations clés dans leur foyer conjugal pour réussir leur mariage et bénéficier d'un soutien financier et social lorsqu'elles ou leurs enfants ont besoin de services de santé. Les participants aux groupes de discussion ont exprimé que, dès le début du mariage, une femme doit s'efforcer d'établir l'harmonie et l'accord avec son mari et les autres membres féminins de son foyer. Le temps investi dans l'établissement de relations solides avec ces femmes était censé faciliter en fin de compte l'utilisation des services de santé par les femmes, soit directement par le biais d'une aide financière, soit indirectement par le biais d'un soutien social (avec les tâches domestiques ou la négociation avec les maris), permettant aux femmes de rechercher des services en cas de besoin.

18.3. Limites

Certaines limites de l'étude tempèrent nos conclusions. La revue de la littérature thématique s'est principalement concentrée sur le Mali. Une fois que les stratégies et les interventions sanitaires prioritaires pour le Mali auront été définies, il serait intéressant d'étendre la portée géographique au Sahel et au reste de l'Afrique subsaharienne. Sachant que les discussions de la mission de cadrage se sont déroulées avec des informateurs clés basés à Bamako, il manque probablement les points de vue importants des chercheurs maliens, des responsables de la mise en œuvre des programmes et des autres parties prenantes basées ailleurs au Mali.

Les entretiens de sortie sont par nature sélectifs. Seules les personnes qui se sont rendues dans les CSCOM sont

incluses, et elles peuvent être différentes de celles qui n'ont pas recours aux soins en termes de statut socio-économique, de réseaux sociaux, d'attitudes vis-à-vis du recours aux soins, ou de profils de morbidité et comportementaux. Pour mieux comprendre les comportements de recours aux soins dans la population générale, les données de l'EDS pourraient être ventilées par région afin de combler certaines lacunes. Par ailleurs, ces données n'avaient pas pour objectif d'examiner les données régionales ou les données d'un niveau géographique inférieur.

La recherche qualitative s'est appuyée sur un échantillonnage raisonné, qui peut induire certains biais inhérents, notamment un risque d'homogénéité des répondants. En outre, dans quelques communautés de Mopti (commune de Borondougou) et de Ségou (commune de Mafoune), les GDD se sont déroulés en bamanan, de sorte que quelques participants qui ne parlaient que le bobo ou le bozo ont eu du mal à comprendre les questions posées, car des intervieweurs de langue maternelle n'étaient pas disponibles. Dans ces quelques cas, d'autres participants aux groupes de discussion ont assuré la traduction. Le volume de données qualitatives recueillies (n=143 transcriptions) a rendu l'analyse et la synthèse fastidieuses pendant la période de temps allouée. La violence qui sévit actuellement à Mopti a également entraîné une diminution de la collecte de données dans ce pays. Enfin, l'expérience et les compétences des facilitateurs qualitatifs peuvent avoir limité l'approfondissement de certaines réponses.

18.4. Contributions de cette étude et recherche future nécessaire

Cette évaluation formative à méthodes mixtes permet de faire progresser les connaissances sur le contexte des comportements de santé, les déterminants, les facteurs de motivation et les possibilités d'améliorer l'accès et l'utilisation des services de santé au Mali. Les résultats fournissent des informations nouvelles et détaillées sur le lien entre la place d'une femme dans son ménage, les relations sociales dans lesquelles elle s'inscrit et sa capacité à accéder aux soins dans la communauté pour elle-même ou pour son enfant. Ses propres besoins doivent être considérés comme secondaires par rapport à ceux de la famille élargie si elle veut les convaincre de payer des soins préventifs et curatifs. Les femmes qui

sont en mesure d'assurer leur indépendance économique ou d'accéder à des fonds provenant d'un système de crédit et d'épargne peuvent bénéficier d'avantages liés à la santé, associés à l'autonomie que cela leur procure.

Nos conclusions suggèrent un certain nombre d'orientations futures pour la recherche. Étant donné le volume des données recueillies et les sous-groupes inclus dans la collecte de données, il est possible de fournir une analyse régionale et de sous-groupes plus approfondie pour comprendre comment Sikasso, Ségou et Mopti diffèrent dans chacun des thèmes et pour approfondir l'analyse de chacun des sous-groupes de participants inclus dans la collecte de données qualitatives.

Tout au long du rapport, nous utilisons les nombreux groupes de participants qualitatifs pour comprendre des thèmes clés tels que les soins prénatals, mais l'analyse ne s'est pas concentrée sur la mise en évidence des différences entre les sous-groupes sur certains sujets. Par exemple, une analyse plus approfondie pourrait examiner ce que pensent les adolescents de sexe masculin des soins prénatals par rapport aux adolescentes de sexe féminin, en vue de concevoir des interventions ciblant les partenaires masculins avant qu'ils ne deviennent pères.

Pour les analyses régionales, nous suggérons un travail de diagnostic comportemental régional, qui peut être utile pour comprendre les différences au niveau régional qui sont souvent négligées dans les analyses qui considèrent le Mali comme un tout. Dans les analyses présentées ici, il semble y avoir des différences significatives entre les régions sur certaines croyances et certains comportements. Nous savons également que ces domaines semblent différents concernant la disponibilité et la qualité des soins de santé. Des analyses supplémentaires axées sur les régions seraient utiles pour adapter les interventions aux contextes régionaux et sous-régionaux, afin d'obtenir un effet optimal.

En plus d'approfondir les données disponibles de cette étude, il pourrait y avoir une collecte de données supplémentaires auprès des populations manquantes, qui pourraient améliorer notre compréhension de ces sujets et fournir des indications utiles. Étant donné que les ASC et les prestataires de soins de santé n'ont pas été interrogés (à l'exception des sages-femmes et des matrones), il serait intéressant de passer à l'étape suivante pour recueillir leurs points de vue. De plus, nous avons entendu les participants dire que les ACS jouent un rôle intermédiaire important ; en effet, nous suggérons

que les interventions puissent utiliser les ASC dans les soins postnatals. Il serait important d'interroger les ASC de manière stratégique pour comprendre leur point de vue sur ces sujets, afin d'élaborer des interventions appropriées pour mettre à profit leurs capacités et leur rôle dans ces communautés.

La revue de la littérature a soulevé des questions sur la manière dont les interventions liées à l'eau, l'assainissement et l'hygiène en milieu scolaire peuvent avoir un impact sur le bien-être socio-économique, et des recherches supplémentaires sont nécessaires sur ce sujet. Les résultats qualitatifs nous ont laissé avec des questions sur les effets des sanctions financières imposées à celles qui accouchent en dehors des centres de santé, sur les comportements liés à l'accouchement et sur la façon dont la stigmatisation signalée associée aux moustiquaires distribuées aux femmes enceintes influence le recours aux soins prénatals.

Comme d'autres l'ont fait remarquer, les 40 jours de post-partum sont une période cruciale pour la mère et l'enfant, et sont aussi fortement influencés par les normes religieuses et culturelles sur ce qui est considéré comme un comportement acceptable pendant cette période. Un autre exemple est la compréhension de

l'efficacité des interventions qui impliquent les coépouses dans les unions polygames.

Pour ce qui est de l'utilisation des soins de santé, nous avons constaté dans nos entretiens de sortie que seul un petit nombre de répondantes ne recommanderaient pas l'établissement de santé et que la grande majorité des répondantes étaient satisfaites des soins qu'elles avaient reçus. Nous soupçonnons que les réponses relatives à la satisfaction et au respect ont pu être influencées par le biais de l'opportunité sociale et le lieu de la tenue des entretiens de sortie. Compte tenu du petit nombre de répondantes insatisfaites, il peut être important de mener des activités de collecte de données en dehors des autres établissements de santé ou pas immédiatement après la visite pour tenter de réduire le biais. Parmi le petit nombre de personnes mécontentes, il semble que l'âge et l'éducation puissent être associés à ce mécontentement. Les recherches futures pourront examiner comment l'éducation et l'âge influencent les expériences en matière de soins de santé et si les prestataires traitent les patientes différemment selon l'âge et l'éducation.

19 Bibliographie

- Abuya, T. et al. 2015a. "The effect of a multi-component intervention on disrespect and abuse during childbirth in Kenya," *BMC Pregnancy and Childbirth*. 15(1). doi: 10.1186/s12884-015-0645-6.
- Abuya, T. et al. 2015b. "Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya," *PLoS ONE* 10(4). doi: 10.1371/journal.pone.0123606.
- Adamu, Y. M., and H. M. Salihu. 2002. "Barriers to the use of antenatal and obstetric care services in rural Kano, Nigeria," *J Obstet Gynaecol*. 22: 600–3.
- Arsenault, C. et al. 2013. "Emergency obstetric care in Mali: catastrophic spending and its impoverishing effects on households," *Bulletin of the World Health Organization*. doi: 10.2471/blt.12.108969.
- Baxter, J. et al. 2016. "Evaluating programmatic effectiveness and implementation: An assessment of factors affecting change in the practice of exclusive breastfeeding in Ethiopia and Mali," *FASEB Journal* 30:1_supplement, 1149.1-1149.1
- Bery, R., S. Traore, and L. Shafritz. 2016. "WASHplus in Mali: integrating WASH and nutrition for healthy communities. (Special focus on nutrition-sensitive programming,)," Field Exchange Emergency Nutrition Network ENN.
- Bove, R. M., Vala-Haynes, E. and Vallenggia, C. 2014. "Polygyny and women's health in rural Mali," *Journal of Biosocial Science* 46(1): 66–89. doi: 10.1017/S0021932013000059.
- Brady, M. and B. Winikoff. (no date). Rethinking Postpartum Health care.
- Buor, D. 2003. "Analysing the primacy of distance in the utilization of health services in the Ahafo-Ano South district, Ghana," *International Journal of Health Planning and Management*. doi: 10.1002/hpm.729.
- Buor, D. and K. Bream. 2004. "An analysis of the determinants of maternal mortality in sub-Saharan Africa," *Journal of Women's Health*. doi: 10.1089/jwh.2004.13.926.
- Burke, E. et al. 2018. "Helping postpartum women in Mali achieve their fertility intentions: Perspectives from introduction of the dedicated postpartum IUD inserter," *Global Health Science and Practice*. doi: 10.9745/GHSP-D-18-00138.
- Castle, S. et al. 1999. "A qualitative study of clandestine contraceptive use in urban Mali," *Studies in Family Planning*. doi: 10.1111/j.1728-4465.1999.00231.x.
- Castle, S., P. S. Yoder, and M. K. Konaté. 2001. "Introducing complementary foods to infants in central Mali." Calverton, Maryland USA: ORC, Macro.
- Cooper, M. and C. Thor West. 2017. "Unraveling the Sikasso paradox: agricultural change and malnutrition in Sikasso, Mali," *Ecology Of Food And Nutrition* 56(2): 101-123.
- Christopher, J. B. et al. 2011. "Thirty years after Alma-Ata: A systematic review of the impact of community health workers delivering curative interventions against malaria, pneumonia and diarrhoea on child mortality and morbidity in sub-Saharan Africa," *Human Resources for Health*. doi: 10.1186/1478-4491-9-27.
- Dettwyler, K. A. 1987. "Breastfeeding and weaning in Mali: Cultural context and hard data," *Soc Sci Med*. 24: 633–44.
- Diarra, M. L., M. Mariko, M. S. Mbaye, and K. Noba. 2016. "Plantes médicinales utilisées dans le traitement traditionnel du paludisme à Bamako (Mali)," *International Journal of Biological and Chemical Sciences* 10(4): 1534-1541.
- Ellis, A. A. et al. 2012. "Treatment actions and treatment failure: case studies in the response to severe childhood febrile illness in Mali," *BMC Public Health* 12(1): 946.
- Freedman, L. P. et al. 2014. "Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda," *Bulletin of the World Health Organization*. 92(12): 915–7. doi: 10.2471/BLT.14.137869
- Gage, A. J. 2007. "Barriers to the utilization of maternal health care in rural Mali," *Social Science and Medicine*. 65(8): 1666–82. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.06.001.
- Graz, B. et al. 2014. "Home treatments alone or mixed with modern treatments for malaria in Finkolo AC, South Mali: Reported use, outcomes and changes over 10 years," *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 109(3): 209–213. doi: 10.1093/trstmh/tru181.
- Gunawardena, N., G. Bishwajit and S. Yaya. 2018. "Facility-based maternal death in western Africa: a systematic review," *Frontiers in Public Health*. 6. doi: 10.3389/fpubh.2018.00048.
- Heaton, T. B., B. Crookston, H. Pierce, and A. Y. Amoateng. 2016. "Social inequality and children's health in Africa: A cross sectional study," *Int J Equity Health*. 15:92. doi: 10.1186/s12939-016-0372-2
- Hill, J. et al. 2014. "Effectiveness of antenatal clinics to deliver intermittent preventive treatment and insecticide treated nets for the control of malaria in pregnancy in Mali: a household survey," *PLoS One* 9(3): e92102.
- Holten, L. 2013. Mothers, medicine and morality in rural Mali: an ethnographic study of therapy management of pregnancy and children's illness episodes (Vol. 6). LIT Verlag Münster.
- Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF), and ICF. 2019. "Sixième Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018." Indicateurs Clés. Bamako, Mali, et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF, et ICF.
- Johnson, A. D. et al. 2013. "Assessing early access to care and child survival during a health system strengthening intervention in Mali: a repeated cross sectional survey," *PLoS One* 8: e81304. doi:10.1371/journal.pone.0081304.
- Klein, M.C. et al. 2016. "There is no free here, you have to pay": actual and perceived costs as barriers to intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy in Mali," *Malaria Journal* 15(1): 158.
- Kuzara, J. et al. 2018. "Addressing social and gender norms to improve uptake of maternal health services in Mali: a descriptive study of CARE's Project Hope for Mothers and Newborns (PEMN)," *Culture, Health & Sexuality* 20(11): 1273–1286.

- Le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique [The Ministry of Public Health and Hygiene]. Plan d'Action National de Planification Familiale du Mali 2014-2018. Available at: https://www.healthpolicyproject.com/ns/docs/Plan_d_Action_National_PF_du_Mali_2014_2018FINAL.pdf. Accessed December 13, 2019.
- Lesclingand, M., V. Hertrich and C. Dutreuilh. 2017. when girls take the lead: adolescent girls' migration in Mali," *Population* 72(1): 63–92.
- Makuta, I., and B. O'Hare. 2015. "Quality of governance, public spending on health and health status in Sub Saharan Africa: A panel data regression analysis," *BMC Public Health*. 15.
- Mensch, B. S., E. K. Chuang, A. J. Melnikas, and S. R. Psaki. 2019. "Evidence for causal links between education and maternal and child health: systematic review," *Tropical Medicine and International Health*. 24(5): 504–522. doi: 10.1111/tmi.13218
- Morand, P., F. Sinaba, and A. N. Fall. 2016. "Fishermen, herders and rice-farmers of the inner Niger delta facing the huge challenge of adapting to weakened floods: a social-ecological system at risk." In T. Tvedt and T. Oestigaard (eds.) *A History of Water: Series III*, Vol 3. London: Taurus.
- Nordeng, H. et al. 2013. "Traditional medicine practitioners' knowledge and views on treatment of pregnant women in three regions of Mali," *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* 9(1): 67. doi: 10.1186/1746-4269-9-67
- Pickering, A. J. et al. 2015. "Effect of a community-led sanitation intervention on child diarrhoea and child growth in rural Mali: A cluster-randomised controlled trial," *Lancet Glob Heal*. 3(11): e701–11. doi: 10.1016/S2214-109X(15)00144-
- Rivers III, L. et al. 2018. "Mental models of food security in rural Mali," *Environment Systems and Decisions* 38(1): 33–51.
- Sangho, H. et al. 2016. "Tetanus vaccination of women of child-bearing age in Bamako (Mali)," *Le Mali Medical* 31(2): 26–32.
- Save the Children/USAID Nepal 2016. "Improving nutrition in Nepal: the Suaahara experience." Kathmandu, Nepal: Save the Children.
- Simkhada, B., E. R. van Teijlingen, M. Porter, and P. Simkhada. 2008. "Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature," *J Adv Nurs*. 61: 244–60.
- Sobgui, C. M. et al. 2018. "Predictors of poor nutritional status among children aged 6–24 months in agricultural regions of Mali: a cross-sectional study," *BMC Nutrition* 4(1): 18.
- Stephenson, R. et al. 2006. "Contextual influences on the use of health facilities for childbirth in Africa," *Am J Public Health*. 96: 84–93.
- Strassmann, B.I. 2017. "Polygyny, family structure, and child mortality: a prospective study among the Dogon of Mali." In L. Cronk, N. Changnon, and W. Irons (eds.), *Adaptation and Human Behavior: an anthropological perspective*. Philadelphia: Routledge.
- Tanser, F., B. Gijsbertsen, and K. Herbst. 2006. "Modelling and understanding primary health care accessibility and utilization in rural South Africa: An exploration using a geographical information system," *Social Science and Medicine* 63(3): 691-705. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.01.015
- Thaddeus, S., and D. Maine. 1994. "Too far to walk: maternal mortality in context," *Social Science and Medicine*. 38(8): 1091–1110.
- Thibaud, B. 2005. "Enjeux spatiaux entre Peuls et Dogon dans le Mondoro (Mali)." *Science et changements planétaires/Sécheresse* 16(3): 165–174.
- Trinies, V. et al. 2019. "Uncovering the challenges to menstrual hygiene management in schools in Mali," *Waterlines* 34(1): 31–40. doi:10.3362/1756-3488.2015.004.
- Tranchant, J.P. et al. 2019. "The impact of food assistance on food insecure populations during conflict: Evidence from a quasi-experiment in Mali," *World Development* 119: 185–202.
- United Nations Fund for Population Activities (UNFPA)Mali. 2017. Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescentes au Mali: Analyse des politiques et des programmes : opportunités et défis pour l'UNFPA. Bamako, Mali: UNFPA.
- United Nations High Commission for Refugees(Mali). 2019.Mali Situation as of 31 July 2019 Refugees. <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/70926>(Accessed 20th August 2019)
- Van de Walle F, Maiga M. Family planning in Bamako, Mali. *Int Fam Plan Perspect*. 1991;17:84-90+99.
- Warren, N. et al. 2015. "Nègè-nègè: sweet talk, disrespect, and abuse among rural auxiliary midwives in Mali," *Midwifery* 31(11): 1073–1080.
- White D et al. 2013. "The influence of intra familial power on maternal health care in Mali: Perspectives of women, men and mothers-in-law," *Int Perspect Sex Reprod Health*. 39: 58–68.
- Willcox, M. L. et al. 2018. "Circumstances of child deaths in Mali and Uganda: a community-based confidential enquiry," *The Lancet Global Health* 6(6): e691–e702.
- The World Bank. 2019. Country database. <https://data.worldbank.org/>. Accessed 3 Dec 2019.
- The World Bank. 2018. "The challenges of urbanization in West Africa," *Working Paper*. Washington, D.C. : World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/389881528873419842/The-challenges-urbanization-in-West-Africa>
- World Health Organization. 2001. "Dying for change : poor people's experience of health and ill-health." Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42462>
- World Health Organization. 2004. "Poverty reduction strategy papers: their significance for health: second synthesis report." Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/hdp/en/prsp.pdf?ua=1>. Accessed 21 Nov 2019.

Annexes

Annex 1 Liste des communautés échantillonnées

RÉGION	CERCLE	ARRONDISSEMENT	COMMUNE	VILLAGE	GROUPES ETHNIQUES REPRÉSENTÉS	ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE PRÉDOMINANTE	LIEU DE CSCOM	DISTANCE MOYENNE POUR ALLER AU CSCOM (KM)	POURCENT-AGE MOYEN DE MÉNAGES DANS LE QUINTILE LE PLUS PAUVRE (NIVEAU DU CERCLE)
MOPTI	Mopti	Sendegue	Ouroube Doude	Samataka	Peulh	Élevage	Sendegue	13	15.7
	Mopti	Sendegue	Ouroube Doude	Doye-Marka/ Doye Peulh	Marka/Peulh	Trading/ Élevage	Sendegue	20	
	Mopti	Sendegue	Ouroube Doude	Dera	Peulh	Élevage	Sendegue	4	
	Mopti	Konna	Borondougou	Bogo	Bozo	Pêche	Diambacourou	8	
	Mopti	Konna	Borondougou	Singo	Bozo	Pêche	Diambacourou	8	
	Mopti	Konna	Borondougou	Komio	Bozo	Pêche	Diambacourou	18	
	Youwarou	Guidio	Deboye	Akka	Songhai	Agriculture	Youwarou	5	16.8
	Youwarou	Guidio	Deboye	Fitobe	Songhai	Agriculture	Youwarou	10	
	Youwarou	Guidio	Deboye	Sobe	Songhai	Agriculture	Youwarou	9	
	Bandiagara	Dourou	Dourou	Idiely na	Dogon	Agriculture	Dourou	15	36.5
Bandiagara	Dourou	Dourou	Ersadja	Dogon	Agriculture	Dourou	3		
Bandiagara	Dourou	Dourou	Diondiourou	Dogon	Agriculture	Dourou	20		
SÉGOU	Macina	Kologotomo	Boky Were	Kabanbougou	Peulh	Élevage	Boky Were	10	4.6
	Macina	Kologotomo	Boky Were	Macina Were	Peulh	Élevage	Oula	9	
	Macina	Kologotomo	Boky Were	Sossebougou	Peulh	Élevage	Kolongo Tomo	12	
	Tominian	Mafoune	Mafoune	Lebekuy	Bobo	Agriculture	Mafoune	17	27.3
	Tominian	Mafoune	Mafoune	Mankoina	Bobo	Agriculture	Mafoune	15	
	Tominian	Mafoune	Mafoune	Batiolo	Bobo	Agriculture	Mafoune	30	
	Baroueli	Baroueli central	Baroueli	Siango	Soninke	Agriculture	Nianzana	5	7.3
	Baroueli	Baroueli central	Baroueli	Zana	Soninke	Agriculture	Baroueli	10	
	Baroueli	Baroueli central	Baroueli	Koliko	Soninke	Agriculture	Nianzana	6	
	Bla	Yangasso	Korodougou	Safalko	Mininaka	Agriculture	Nampaso	12	4.2
	Bla	Yangasso	Korodougou	Diakoro	Mininaka	Agriculture	Nampaso	3	
	Bla	Yangasso	Korodougou	Dingoso	Mininaka	Agriculture	Nampaso	7	

SIKASSO										
Kolondieba	Kolondieba	Kolondieba	Nangalaso	Toutiala	Bamanan	Agriculture	Toutiala	0	5.6	
Kolondieba	Kolondieba	Nangalaso	Nangalaso	Bogodougou	Bamanan	Agriculture	Toutiala	7		
Kolondieba	Kolondieba	Nangalaso	Nangalaso	Bladieni	Bamanan	Agriculture	Toutiala	6		
Yorosso	Yorosso	Karangana	Karangana	Sinkolo	Mininaka	Agriculture	Karangana	5	3.7	
Yorosso	Yorosso	Karangana	Karangana	Kaffona	Mininaka	Agriculture	Karangana	7		
Yorosso	Yorosso	Karangana	Karangana	Benigorola	Mininaka	Agriculture	Karangana	6		
Yanfolila	Siekorole	Sankarani	Sankarani	Faraba	Peulh (Wassalou)	Agriculture	Faraba	0	6.7	
Yanfolila	Siekorole	Sankarani	Sankarani	Bambadala	Peulh (Wassalou)	Agriculture	Tagan	45		
Yanfolila	Siekorole	Sankarani	Sankarani	Farani	Peulh (Wassalou)	Agriculture	Finkolo	4		
Sikasso	Finkolo	Finkolo Ganadou- gou	Finkolo Ganadou- gou	Gladie	Ganadougou	Agriculture	Finkolo	20	4.7	
Sikasso	Finkolo	Finkolo Ganadou- gou	Finkolo Ganadou- gou	Kadjila	Ganadougou	Agriculture	Finkolo	12		
Sikasso	Finkolo	Finkolo Ganadou- gou	Finkolo Ganadou- gou	Finkolo	Ganadougou	Agriculture	Finkolo	0		

*Source INSTAT (2018) based on revenue index.

Annex 2 Tableaux et figures complémentaires

TABLEAU A1 CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS AUX GROUPES DE DISCUSSION

	ÂGE (MOYEN)	NOMBRE D'ENFANTS (MOYEN)	NOMBRE D'ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS (MOYEN)	NOMBRE DE PETITS-ENFANTS (MOYEN)	NOMBRE DE PETITS ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS (MOYEN)	N
SIKASSO						301
Adolescents non mariés						
Hommes	17,9	0,0				37
Femmes	16,0	0,0	0,0			37
Adolescentes mariées (femmes)	17,7	1,7	1,5			39
Mères 20–29	24,1	3,2	1,6	0,0		38
Mères 30–44	34,3	5,0	1,3	0,0	0,0	39
Pères 25–44	34,0	4,5	2,0	0,3	0,0	37
Grands-pères	62,2	11,3	0,0	7,0	3,0	37
Grands-mères	53,2	6,2	0,0	5,9	3,2	37
SEGOU						220
Adolescents non mariés						
Hommes	17,6	0,0	0,0			25
Femmes	16,9	0,0	0,0			27
Adolescentes mariées (femmes)	18,6	1,7	1,4			29
Mères 20–29	24,1	3,0	1,6	0,0		26
Mères 30–44	35,9	5,3	2,4	0,2	0,0	28
Pères 25–44	36,3	5,2	2,0	0,0		29
Grands-pères	56,1	8,1	0,0	3,9	2,2	28
Grands-mères	53,9	5,5	0,0	4,2	1,9	28
MOPTI						219
Adolescents non mariés						
Hommes	17,4	0,0				27
Femmes	16,7	0,0				27
Adolescentes mariées (femmes)	17,5	1,7	1,3			29
Mères 20–29	25,3	3,3	2,0	0,0		26
Mères 30–44	35,5	5,8	2,1	0,0		30
Pères 25–44	37,6	4,7	1,8	0,0		26
Grands-pères	60,6	7,7	0,0	4,6	2,2	27
Grands-mères	52,9	5,0	0,0	4,5	2,4	27

TABLEAU A2 RAISON PRINCIPALE DE LA VISITE, PAR TRANCHE D'ÂGE (FEMMES DANS LES CSCOM)

	N	RAISON DE LA VISITE LA PLUS SOUVENT CITÉE
Moins de 20 ans	201	Soins prénatals (53,2%)
20-24	344	Soins prénatals (56,4%)
25-29	308	Soins prénatals (53,8%)
30-34	205	Soins prénatals (51,6%)
35-39	128	Soins prénatals (48,6%)
40-44	48	Soins curatifs (60,4%)
45+	108	Soins curatifs (89,8%)
Total	1 342	Soins prénatals (48,0%)

TABLEAU A3 MATÉRIAUX OU MÉDICAMENTS REÇUS PAR LES AIDANTS NATURELS DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS LORS DE LEUR VISITE, PAR RÉGION

	% DÉCLARANT AVOIR REÇU DES MÉDICAMENTS/ MATÉRIAUX			
	TOTAL N=1 463	SIKASSO N=581	SÉGOU N=629	MOPTI N=253
Médicaments	66,3	74,9	65,6	43,5
Matériaux (par exemple, une moustiquaire)	2,6	4,0	2,4	0,0
Ordonnance (ordonnance)	24,6	38,9	19,1	5,9
Autre	25,9	7,9	25,7	65,6

Remarque : les modalités ne s'excluent pas mutuellement donc les colonnes ne s'ajoutent pas à 100,0. Parmi les réponses « autres », beaucoup des répondants ont déclaré avoir reçu des noix dodues (46%) et des vaccins (40%).

TABLEAU A4 TEMPS DE DÉPLACEMENT VERS L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ, PAR TYPE DE SOINS RECHERCHÉS ET RÉGION

TEMPS DE DÉPLACEMENT VERS L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS	LES FEMMES AUX CSCOM N=1 342				LES PERSONNES CHERCHANT DES SOINS POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS DANS LES CSCOM N=1 463 (%)			
	TOTAL %	SÉGOU %	SIKASSO %	MOPTI %	OVERALL %	SEGOU %	SIKASSO %	MOPTI %
0-30 min	68,6	66,9	77,8	55,9	67,8	63,5	79,3	51,0
30 min-1 heure	22,7	26,8	19,0	18,5	23,9	27,2	18,4	30,6
1-2 heures	7,5	6,0	3,0	20,7	6,9	8,3	2,2	14,9
>2 heures	1,2	0,3	0,2	5,3	1,0	1,0	0,0	3,4

TABLE A5 MODE DE TRANSPORT POUR LES PERSONNES CHERCHANT DES SOINS POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS DANS LES CSCOM, PAR RÉGION

	TOTAL (N=1 463) %	SÉGOU (N=629) %	SIKASSO (N=581) %	MOPTI (N=253) %
Marche	52,5	47,5	50,8	68,8
Vélo	9,8	10,5	12,9	1,2
Charette tirée	7,4	15,1	0,0	5,5
Moto	27,7	26,1	35,1	15,0
Autre	2,6	0,8	1,2	9,5

Remarque : Pour les réponses « autre » à Mopti, la réponse la plus fréquemment donnée a été la pirogue (n=21)

TABLEAU A6 NOTE D'INDICE SUR LES SOINS RESPECTUEUX SELON LE SEXE DE LA PERSONNE CHERCHANT LE SOINS POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS ET LE SEXE DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ, PAR RÉGION

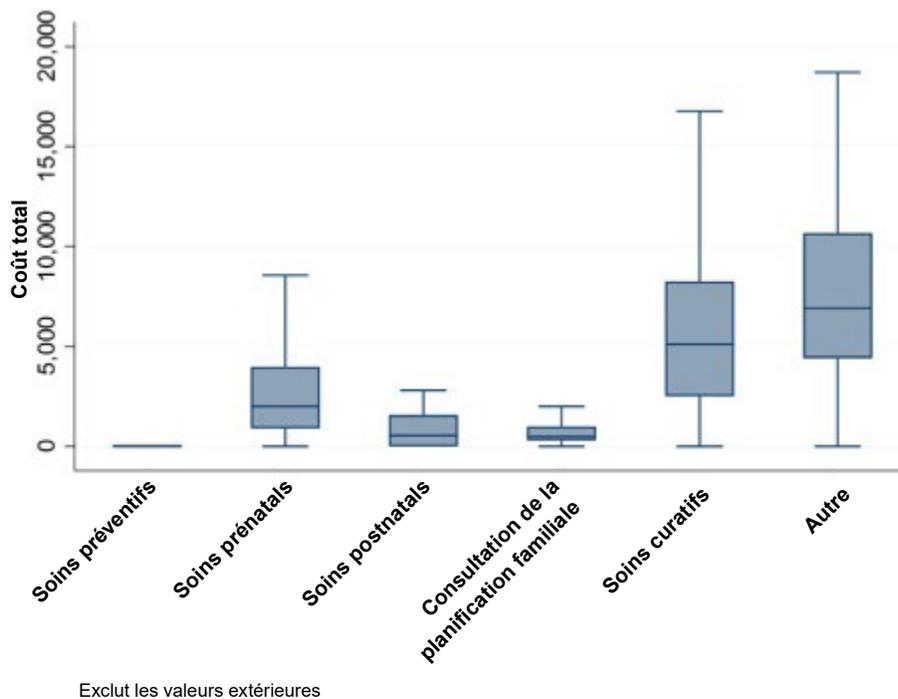
	TOTAL (N=1,070) MOYEN (SD)	SÉGOU (N=392) MOYEN (SD)	SIKASSO (N=458) MOYEN (SD)	MOPTI (N=220) MOYEN (SD)
Personne de sexe masculine cherchant des soins	4,01 (0,5)	3,97 (0,6)	4,07 (0,4)	3,85 (0,6)
Personne de sexe féminin cherchant des soins	3,97 (0,5)	4,13 (0,5)	3,95 (0,5)	3,74 (0,6)
Professionnel de la santé de sexe masculin	4,01 (0,5)	4,12 (0,6)	4,01 (0,5)	3,84 (0,5)
Professionnel de la santé de sexe féminin	3,90 (0,5)	4,11 (0,4)	3,83 (0,5)	3,51 (0,7)

TABLEAU A7 COÛTS D'ACCÈS AUX SOINS POUR LES FEMMES DANS LES CSCOM, PAR TYPE DE SOINS

CARE TYPE	COÛT POUR LES FEMMES (CFA) (MOYEN ; MÉDIAN)	POURCENTAGE DE SERVICES FOURNIS GRATUITEMENT
Soins préventifs	1 212, 0	64,7
Soins prénatals	3 026, 1 900	5,27
Soins postnatals	1 605, 500	36,1
Consultation de la planification familiale	799, 500	18,3
Soins curatifs	6 056, 4 900	8,8
Autre	8 569, 7 500	15,6

Remarque: les coûts d'accès aux soins comprennent les coûts de déplacements et les coûts associés à la visite

FIGURE A1 COÛTS D'ACCÈS AUX SOINS POUR LES FEMMES DANS LES CSCOM, PAR TYPE DE SOINS



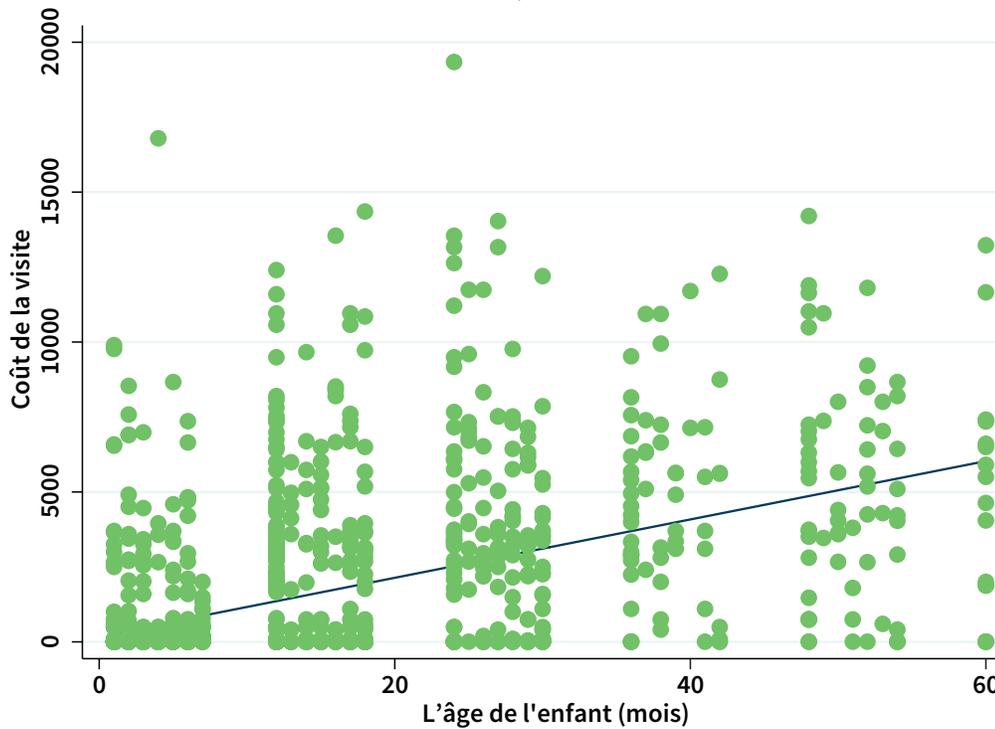
Remarque: lorsqu'on leur a demandé de préciser, la plupart des répondants (85%) ont désigné le coût d'accouchement comme « autre »

TABLEAU A8 COÛTS D'ACCÈS AUX SOINS POUR LES PERSONNES CHERCHANT DES SOINS POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

RÉGION	COÛT TOTAL DES SOINS (CFA) (MOYEN ; MÉDIAN)
Ségou	2 933 ; 400
Sikasso	1 102 ; 0
Mopti	1 258 ; 0
Soins préventifs	93 ; 0
Soins curatifs	3 071 ; 2 000
Autre	1 485 ; 0
Total	1 856 ; 100

Remarque: les coûts d'accès aux soins comprennent les coûts de déplacements et les coûts associés à la visite

FIGURE A2 COÛT TOTAL DE LA VISITE, SELON L'ÂGE DE L'ENFANT



Remarque: les coûts d'accès aux soins comprennent les coûts de déplacements et les coûts associés à la visite

FIGURE A3 NOMBRE DE VISITES ACCOMPAGNÉES

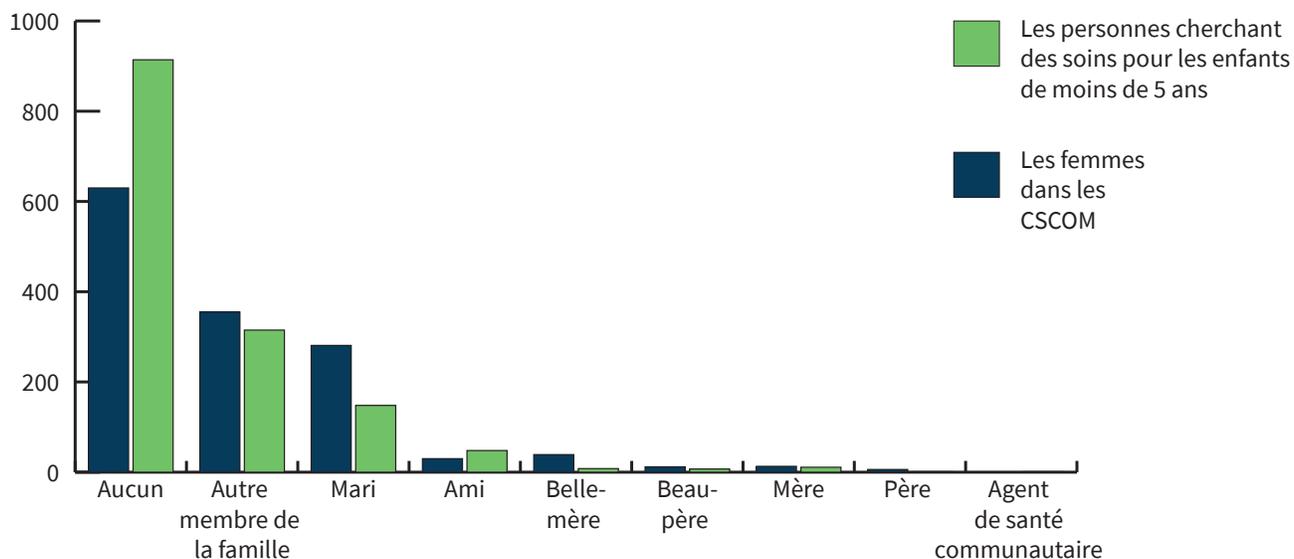


TABLE A9 POURCENT DES FEMMES INDIQUANT AVOIR DEMANDÉ LA PERMISSION DE LEUR MARI, BELLE-MÈRE, OU BEAU-PÈRE POUR VENIR À LA CLINIQUE ANC, PAR RÉGION

	SIKASSO %	SÉGOU %	MOPTI %
Mari	84,1	84,2	92,2
Belle-mère	6,9	7,5	4,4
Beau-père	6,4	4,5	0,5

TABLE A10 POURCENTAGE DES RÉPONDANTS DISANT QUE QUELQU'UN LEUR À DIRIGER VERS LA CLINIQUE

	FEMMES %	PERSONNES CHERCHANT DES SOINS POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS %
Personne ne m'a pas dirigé vers la clinique	39,5 (n=530)	36,7 (n=537)
Quelqu'un m'a dirigé vers la clinique	60,5 (n=812)	63,3 (n=926)
Mari	69,8	61,4
Belle-mère	4,6	2,6
Beau-père	4,7	3,6
Mère	2,2	2,4
Père	2,0	2,1
Agent de santé communautaire	11,8	27,3
Guérisseur traditionnel	0,1	0,0
Ami	0,6	0,9
Autre	4,2	2,6

TABLE A11 POURCENTAGE DES PERSONNES CHERCHANT DES SOINS POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS DÉCLARANT S'ÊTRE RENDUES AU CENTRE DE SANTÉ EN RAISON DES MESSAGES ENTENDUS, PAR RÉGION ET PAR SEXE DU RÉPONDANT

	RÉGION			SEXE DU SOIGNANT		TOTAL N=1,463 %
	SIKASSO N=581 %	SEGOU N=629 %	MOPTI N=253 %	MALES N=153 %	FEMALES N=1,310 %	
Télévision	21,8	11,4	7,1	13,7	15,0	14,8
Radio	36,3	16,7	7,5	22,8	22,9	22,9
Applications téléphoniques / médias sociaux	1,7	0,0	<1,0	1,3	0,7	<1,0
Sensibilisation de la communauté	31,1	28,1	34,8	18,9	31,8	30,5

Remarque : les catégories ne s'excluent pas mutuellement

TABLE A12 ÂGE DE L'ENFANT DÉCLARÉ, PAR RÉGION

	SIKASSO % (N)	SÉGOU % (N)	MOPTI % (N)	TOTAL % (N)
0-3 mois	16,7 (89)	25,4 (155)	17,9 (40)	20,8 (284)
4-6 mois	18,4 (98)	24,5 (149)	17,9 (40)	21,0 (287)
7-12 mois	19,4 (102)	21,2 (129)	23,3 (52)	20,7 (283)
1-2 ans	13,9 (74)	10,3 (63)	23,3 (52)	13,8 (189)
2-3 ans	17,2 (92)	10,8 (66)	11,2 (25)	13,4 (183)
3-4 ans	6,4 (34)	3,1 (19)	2,7 (6)	4,3 (59)
4-5 ans	8,2 (44)	4,6 (28)	3,6 (8)	5,8 (80)
Total	100,0 (533)	100,0 (609)	100,0 (223)	100,0 (1 365)

Remarque: Il est possible que les chiffres ne s'additionnent pas à 100,0 en raison d'arrondissement

Population Council

4301 Connecticut Ave., NW | Suite 280
Washington, DC 20008
+1 202 237 9400
breakthroughactionandresearch.org