

FONDATION
croix-rouge française



| Pour la recherche humanitaire et sociale

Vers des stratégies participatives de prévention du paludisme chez les femmes enceintes dans la commune rurale de Safo au Mali

Samba DIARRA

Sociologue, PhD, Chargé de Recherche,
Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako.



Les Papiers de la Fondation n° 38

Juin 2022

-----www.fondation-croix-rouge.fr-----

Cette recherche a été réalisée dans le cadre de l'appel à bourses postdoctorales lancé par la Fondation Croix-Rouge française et avec le soutien financier de son partenaire, le Fonds AXA pour la recherche.

La Fondation Croix-Rouge française, créée sur l'initiative de la société nationale de la Croix-Rouge française, a pour vocation d'initier, de soutenir et de récompenser les projets de recherche qui mettent en perspective les principes, pratiques et finalités d'une action humanitaire en transition.

À travers des appels à bourses postdoctorales, l'attribution de prix de recherche et l'organisation d'événements scientifiques, la Fondation Croix-Rouge française vise à définir les enjeux de l'action humanitaire de demain, accompagner les acteurs et les personnes, parties prenantes de la solidarité internationale, diffuser les savoirs issus de regards croisés et stimuler le débat.

Les propos et opinions exprimés dans cet article n'engagent que son/ses auteur(s) et ne reflètent pas nécessairement ceux de la Fondation Croix-Rouge française.

Le contenu de cet article relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'auteur.

Il est interdit pour un usage autre que privé, scientifique ou pédagogique de reproduire, diffuser, vendre et publier intégralement ou partiellement sous quelque forme que ce soit cet article sans autorisation écrite particulière et préalable, dont la demande doit être adressée à la Fondation Croix-Rouge française.

© Tous droits réservés.

Avec le soutien de



**Fonds pour
la Recherche**

Pour citer cet article :

DIARRA Samba « Vers des stratégies participatives de prévention du paludisme chez les femmes enceintes dans la commune rurale de Safo au Mali », Fondation Croix-Rouge française, *Les Papiers de la Fondation*, n° 38, Juin 2022, 19 p.

Résumé

Au Mali, le paludisme est la première cause de mortalité des femmes enceintes. Malgré des efforts accomplis pour l'éradiquer, il reste un problème de santé publique. Notre objectif est d'analyser la couverture de plus de 3 doses de traitement préventif intermittent à la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) en milieu rural et envisager des alternatives de distribution de la SP à base communautaire. La méthodologie adoptée est mixte, elle a combiné l'administration d'un questionnaire ménage, l'animation des groupes de discussions et des entretiens individuels et l'organisation d'un forum de consensus via une enquête participative. Il ressort de notre étude que 85,4% des femmes enquêtées déclarent la piqûre de moustique comme principale cause du paludisme. Parmi les femmes enceintes ayant une activité hors du foyer, 61% ont pris au moins 3 doses ; ce taux est de 44% chez les femmes au foyer. Bien que la SP soit gratuite pour les femmes enceintes, celles-ci sont réticentes à sa prise supervisée comme stipulent les directives nationales sur la prise de la SP. Toutefois elles reconnaissent l'importance de la consultation prénatale. Mais la majorité soit (46,26%) d'entre elles n'ont commencé la consultation prénatale qu'au deuxième trimestre de la grossesse. En plus du manque des moyens financiers, des normes culturelles et les caractéristiques du prestataire (âge, sexe) seraient en cause dans le faible recours à la consultation prénatale. Ces facteurs contribuent à accentuer le retard et le manque de suivi des soins prénataux par les femmes enceintes et par conséquent aux autres soins connexes en matière de santé maternelle et infantile. Les causes profondes sont à trouver dans la situation subordonnée des femmes dans la famille, dans la société et dans le manque d'engagement communautaire en faveur des soins maternels.

Mots-clés : Paludisme, Grossesse, TPI-SP, Communauté, Rural.

Summary

In Mali, malaria is the leading cause of death among pregnant women. Despite efforts to eradicate it, it remains a public health problem. Our objective is to analyze the coverage of more than 3 doses of intermittent preventive treatment with sulfadoxine-pyrimethamine (SP) in a rural area and to consider alternatives to implement community-based SP distribution. The methodology adopted was mixed, combining the administration of a household questionnaire, the facilitation of focus groups and individual interviews, and the organization of a consensus forum via a participatory survey. Our study showed that 85, 4% of the women surveyed reported mosquito bites as the main cause of malaria. Among pregnant women with an activity outside the home, 61% had taken at least 3 doses, while this rate was 44% among housewives. Although SP is free for pregnant women, they are reluctant to take it under supervision as stipulated in the national guidelines about SP, although they recognize the importance of prenatal consultation. However, the majority (46.26%) did not start prenatal consultation until the second trimester of pregnancy. In addition to the lack of financial means and cultural norms, the characteristics of the provider (sex and age) are among the main causes of the low recourse to prenatal consultation. These factors contribute to the delay and lack of follow-up of prenatal care among pregnant women and consequently to other related maternal and child health care. The profound causes are to be found in the subordinate status of women in the family, in the society, as well as the lack of commitment of local communities for maternal care.

Keywords: Malaria, Pregnancy, IPT-SP, Community, Rural.

Vers des stratégies participatives de prévention du paludisme chez les femmes enceintes dans la commune rurale de Safo au Mali

Introduction

Le paludisme demeure un problème majeur de santé publique dans le monde. Environ 3,2 milliards de personnes sont exposées au risque de contracter le paludisme. En 2017, le nombre de nouveaux cas enregistrés était estimé à 219 millions pour 435 000 décès. En outre, selon le rapport mondial 2018, 92 % de ces cas et 93 % des décès surviennent dans la région africaine de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette maladie a des répercussions socio-économiques sur les populations des pays les plus touchés. Le Mali, à l'instar de la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, enregistre le paludisme comme la première cause de mortalité et de morbidité. En 2018, selon le système d'information sanitaire, 2 614 104 cas de paludisme ont été confirmés dont 1.001 décès ont été enregistrés. Malgré les progrès accomplis dans le domaine de la prévention et du traitement, les statistiques sanitaires nationales révèlent que le paludisme se situe toujours au 1^{er} rang des affections et représente 39 % des motifs de consultation dans les formations sanitaires dans la population générale (EDS V Mali, 2018). Le paludisme est la première cause de mortalité et de morbidité dans les groupes les plus vulnérables, que sont les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. L'enquête EDS de 2018 montre que seulement 28 % des femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années ayant précédé l'enquête ont déclaré avoir reçu trois doses ou plus de SP/Fansidar pendant leur grossesse. Ces résultats sont en deçà de l'objectif que le PNL P s'est fixé dans le plan stratégique national 2016-2018. Cet objectif est « d'assurer un accès universel aux mesures de prévention pour 100 % de la population à risque de paludisme, notamment l'utilisation des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILD), le traitement préventif intermittent (TPI) chez les femmes enceintes et de la chimio prévention saisonnière du paludisme (CPS) ».

De nouvelles approches centrées sur le rôle des individus et des communautés doivent être envisagées en explorant les *capabilités* des femmes à recourir à la TPIg-SP et en s'interrogeant sur les possibilités de développer une offre sanitaire plus endogène. Selon la perspective développée par Amartya Sen et ses collègues, il s'agit de réfléchir en termes d'opportunités dont jouissent les personnes et des possibilités qu'elles ont de les concrétiser, à savoir « la liberté de vivre la vie qu'elles ont raison de valoriser » (Sen, 1999). On s'interroge donc sur les ressources disponibles – les services de santé –, leur qualité et leur accessibilité, mais aussi la possibilité et la volonté qu'ont les femmes d'y recourir selon leur situation et les valeurs auxquelles elles adhèrent. On doit aussi se poser la question de savoir si la distribution de la prophylaxie ne pourrait pas être assumée au niveau du village, par exemple par les agents de santé communautaire ou les relais communautaires, pour éviter des déplacements de plus en

plus problématiques pour des raisons sécuritaires et de pandémie. Une plus grande proximité culturelle permettrait aussi d'éviter les problèmes mentionnés plus haut de l'acceptabilité réduite d'agents de santé jeunes et masculins.

Méthodologie

La méthodologie a été mixte, combinant la revue documentaire sur la lutte contre le paludisme avec des approches quantitative et qualitative. La revue documentaire a été faite tout au long de l'étude, les synthèses de la revue documentaire ont été utilisées d'une part pour appuyer ou non les données du terrain.

Une enquête de ménage a été conduite dans les 13 villages de l'aire de santé de Safo. Un questionnaire a été conçu sur CSPro et mis sur des smartphones pour la collecte. Après compilation des données dans une seule base, elle a été nettoyée en écrivant correctement certaines erreurs de frappe et à la création de certaines variables sous forme d'intervalle. Le test de qualité de la base a été fait, qu'elle était bien renseignée et pouvait permettre de faire de très bonne analyse. Les données initialement extraites du logiciel CSPro ont été transmises sur les logiciels SPSS et Stata pour effectuer les différentes analyses de données. Les analyses univariées et bivariées ont été effectuées.

Pour l'approche qualitative, au total 19 entretiens dont 14 groupes de discussions, quatre (4) entretiens individuels ont été réalisés. Les groupes de discussion ont concerné les femmes enceintes. Les entretiens individuels ont concerné deux (2) agents de santé (matrone et le directeur technique du centre, un (1) relais communautaire, un (1) membre du comité de gestion de l'association de santé et un (1) agent de santé communautaire (ASC). Les entretiens ont été enregistrés sur des dictaphones numériques puis transférés sur un ordinateur portable et ensuite transcrits et saisis sous le logiciel Word. Les verbatim ont été transférés vers le logiciel Atlas-ti pour codification et extraction des thèmes et sous-thèmes répondant aux objectifs et questions de recherche de départ. Les interviews ont été conduits dans des lieux aménagés préservant l'anonymat et l'intimité des enquêtés. À retenir que les femmes enceintes interrogées avec le questionnaire étaient différentes de celles qui ont participé aux focus groups. Les relais communautaires ont aidé à faire cette vérification. En fin, une enquête participative a été réalisée avec quelques acteurs clés de la communauté sous forme de forum de consensus. La recherche a reçu l'approbation (sous le numéro N.2020/88/GE/FMOS/FAPH) du comité d'éthique de la faculté de médecine de Bamako. Un consentement verbal libre et volontaire a été sollicité et obtenu auprès de chaque participant-e à l'étude.

Résultats

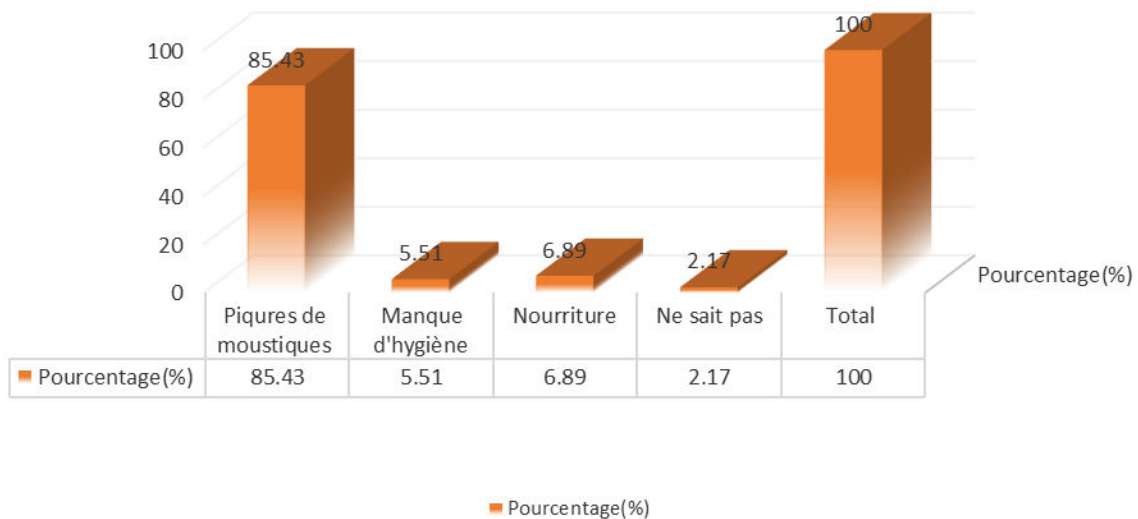
Caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes enquêtées

Au total, 508 femmes enceintes ont été enquêtées. La majorité des femmes enceintes sont âgées entre 21 et 25 ans soit 34, 80% des enquêtées. À propos du statut matrimonial, à l'exception d'une seule, toutes les femmes enceintes étaient mariées. En ce qui concerne leur niveau d'instruction, plus de la moitié soit 51, 60% n'a aucun niveau d'instruction. Le groupe ethnique bambara est dominant, soit 85,60 % des femmes enceintes enquêtées. S'agissant de la profession, la majorité (470) écrasante est la femme au foyer, soit 92,50% des femmes enquêtées. La religion dominante est l'islam, soit 95,70% des femmes enquêtées étaient de la confession musulmane.

Connaissance des modes de transmission du paludisme

Sur 508 femmes enceintes ayant répondu à la question, 85, 43% déclarent les piqûres de moustique comme cause du paludisme.

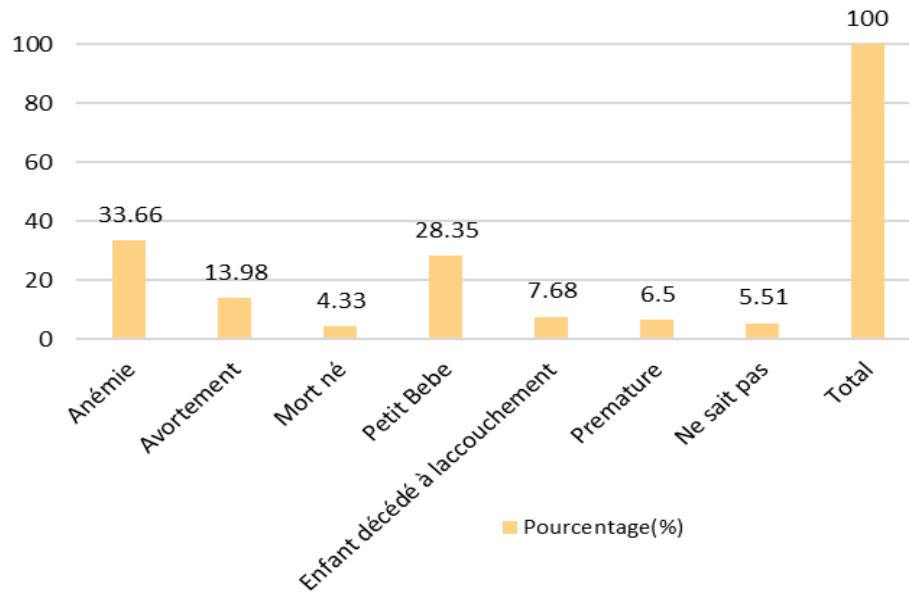
Graphique 1 : Répartition des femmes enceintes selon les méthodes de contamination du paludisme



Connaissance des dangers liés au paludisme chez la femme enceinte

Parmi les dangers liés au paludisme chez la femme enceinte, l'anémie est la plus citée, soit 33,66% d'entre elles. Elle est suivie du petit bébé à la naissance soit 28,35%.

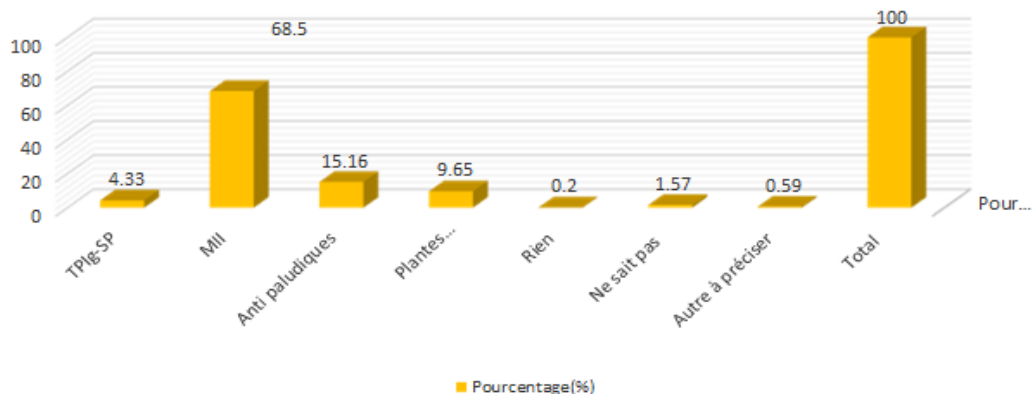
Graphique 2 : Répartition des femmes enceintes selon leur connaissance des dangers liés au paludisme



Connaissance des méthodes de prévention du paludisme chez la femme enceinte

Les femmes enceintes se sont exprimées sur les méthodes de prévention du paludisme pendant la grossesse, les résultats figurent dans le graphique suivant. Sur 508 femmes enceintes, 68,5% déclarent la moustiquaire imprégnée d'insecticide comme méthode de prévention du paludisme pendant la grossesse, elle est suivie des antipaludiques 15,16% et les plantes traditionnelles 9,65%. Le traitement préventif intermittent à la sulfadoxine pyriméthamine (TPig-SP) vient en quatrième position avec 4,33%, soit un effectif de 22 femmes enceintes.

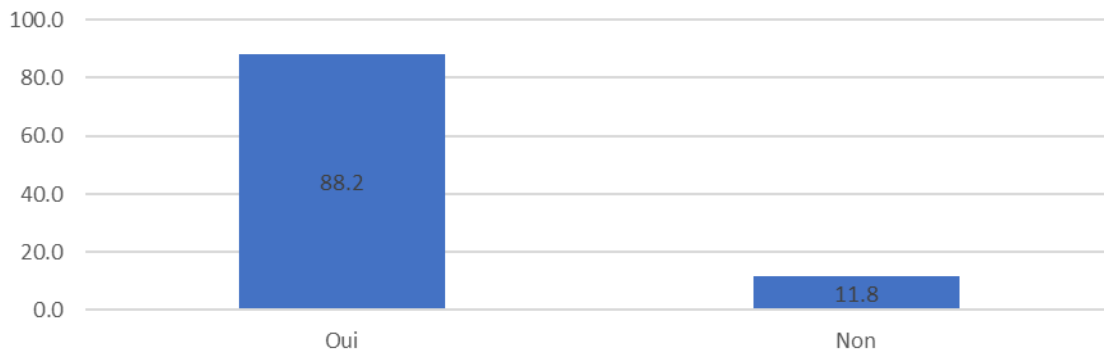
Graphique 3 : Répartition des femmes enceintes selon les méthodes utilisées dans la prévention du paludisme



Prise de TPI-SP pendant la grossesse

En matière de la prise de TPI-SP, la grande majorité des femmes enceintes déclare avoir pris la SP pendant la grossesse.

Graphique 4 : Répartition des femmes enceintes selon la prise de TPI-SP pendant la grossesse actuelle ou passée



Nombre de SP prise par la femme enceinte selon son niveau d'instruction et son occupation

La prise de la SP est influencée positivement par le niveau d'instruction et l'occupation de la femme enceinte, mais même parmi les femmes ayant un niveau d'instruction plus élevé ou une activité hors du foyer, la prise d'au moins 3 doses, comme recommandé par la politique nationale, n'est pas universelle. Parmi les femmes enceintes ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur, ce n'est que la moitié (50%) qui a pris au moins 3 doses. Ce pourcentage est de 44% parmi celles qui n'ont pas d'instruction ou n'ont suivi que le primaire. Parmi les femmes enceintes ayant une activité hors du foyer, 61% ont pris au moins 3 doses, alors que c'est le cas de 44% des femmes au foyer.

Tableau 1: Répartition du nombre de SP prise par la femme enceinte avec le niveau d'instruction et la profession

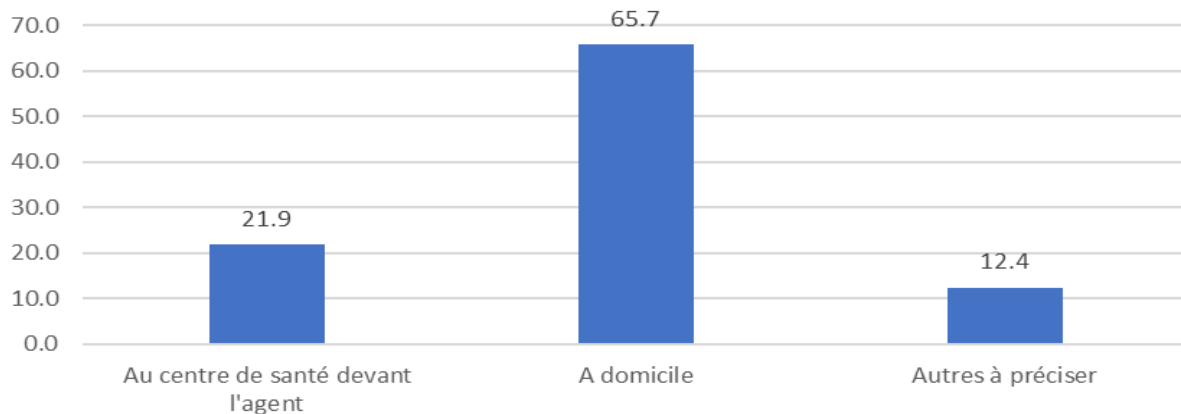
	Nombre de prise de SP				Total	Test de différence Chi2
	0	1-2	3-4	>4		
Niveau d'instruction de la femme						
Aucune instruction formelle	39	107	91	25	262	
	14.89	40.84	34.73	9.54	100%	
Primaire	18	86	69	13	186	
	9.68	46.24	37.10	6.99	100%	5.41
Secondaire et plus	5	25	24	6	60	
	8.33	41.67	40.00	10.00	100%	
Occupation de la femme						
Femme au foyer	60	205	170	35	470	
	12.77	43.62	36.17	7.45	100%	
Commerçante	0	6	5	6	17	14.37**
	0.00	35.29	29.41	35.29	100%	
Autre	2	7	9	3	21	
	9.52	33.33	42.86	14.29	100%	

**Significatif à 5%

Lieux de la prise de TPI-SP par la femme enceinte

C'est à domicile que la majorité des femmes enceintes, soit 65,7%, déclare avoir pris la SP, contre 21,09% au centre de santé devant un agent. Cette attitude de prise de la SP à domicile est contraire à la politique nationale en matière de lutte contre le paludisme chez la femme enceinte. Toute prise de la SP par la parturiente doit être faite au centre de santé devant un agent d'où la prise supervisée.

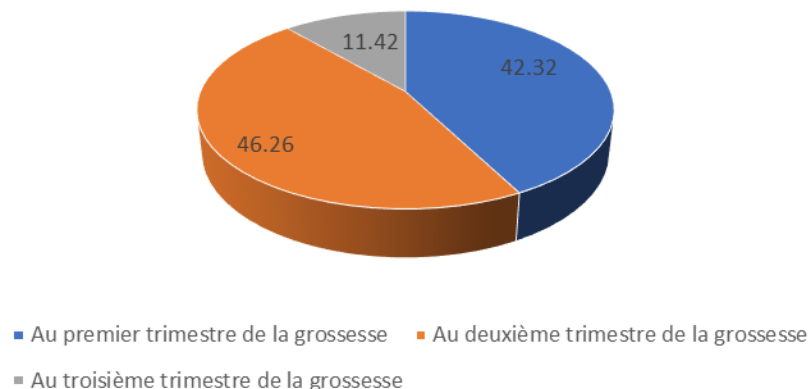
Graphique 5 : Répartition de la SP selon le lieu de la prise par les femmes enceintes



Début de la consultation prénatale et l'âge gestationnel

En matière de la précocité de la consultation prénatale, la majorité, soit 46,26%, des femmes enceintes ont commencé la consultation prénatale au deuxième trimestre de la grossesse. Cela démontre qu'il y a un retard dans le début de la consultation par les femmes enceintes, mais très peu de femmes attendent jusqu'au troisième trimestre.

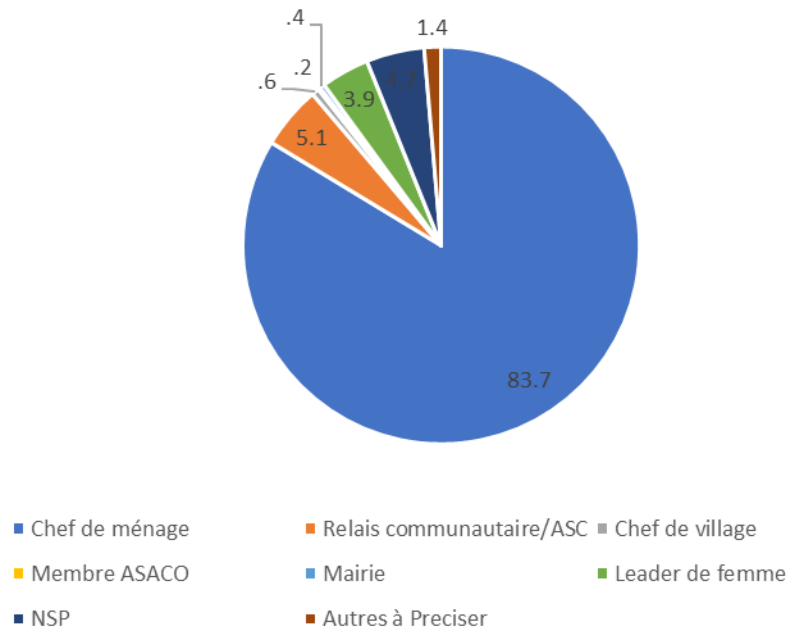
Graphique 6 : répartitions des femmes enceintes selon le début des CPN et l'âge gestationnel



Opinions des femmes sur les acteurs à impliquer dans la prise correcte de la SP chez les femmes enceintes

Sur les 508 femmes enceintes, 83,7% déclarent la nécessité d'impliquer les chefs de ménages dans le suivi de la prise de la SP. En effet les chefs de ménage détiennent le pouvoir décisionnel dans la cellule familiale dans la commune rurale de Safo. Ils sont suivis de très loin

Graphique 7 : Répartition des acteurs à impliquer dans le suivi de la prise de la SP selon les femmes enceintes



Perceptions générales sur le paludisme et les soins prénatals

Connaissance du paludisme

Il ressort des discours soutenus par les enquêtées que le paludisme est considéré comme la maladie la plus dangereuse dans leur communauté. Il affecte l'ensemble des couches de la communauté, mais les femmes enceintes et les enfants constituent la cible la plus affectée. Selon certaines femmes enceintes, les signes de manifestation du paludisme sont entre autres : le vomissement, la fièvre, la diarrhée, gonflement du visage, les courbatures, la perte d'appétit, sensation de gout amer dans la bouche.

Comme causes du paludisme, plusieurs affirmations sont faites, au nombre desquelles, les moustiques, les mouches, les cafards, les eaux usées, les engrais, des aliments comme la mayonnaise calvé. Le paludisme est souvent considéré comme une maladie contagieuse, en ce sens que si un membre de la famille l'attrape, il peut devenir contagieux et le transmettre à d'autres membres de la même famille.

La perception reste globalement positive sur la sulfadoxine pyriméthamine (SP). En effet la SP est perçue par la majorité des femmes enquêtées comme un médicament efficace contre les malaises, le manque d'appétit et le manque de sommeil pendant la grossesse.

Attitudes face aux soins prénatals

L'itinéraire thérapeutique prénatal révèle un syncrétisme combinant la médecine conventionnelle, la médecine traditionnelle et la médecine de la rue.

L'analyse des discours dégage plusieurs raisons quant au non-recours à la consultation prénatale (CPN) par les femmes enceintes. En particulier, il existe un silence autour de la révélation de la grossesse, et fréquenter tôt le centre de santé pour le suivi de la grossesse est synonyme de divulguer la grossesse, chose défendue (découlant de la superstition) par les us et les coutumes. La logique socio-culturelle pourrait être un début d'explication de la chute du taux des consultations prénatales notamment entre la première consultation prénatale et les suivantes, même si elle ne serait pas la seule.

Dans la majorité des discours, c'est le mari qui détient le monopole de prise de décisions sur quand, comment, où aller chercher les soins de santé. Il ressort de l'analyse de discours des femmes enceintes que c'est le chef de ménage qui prend la décision d'aller au centre de santé pour des soins en général, comme atteste ce passage : « C'est le chef de famille qui prend toujours la décision pour aller chercher les soins au centre de santé. C'est lui qui donne la permission d'aller chercher les soins même en cas de problème » (Focus Group_Femmes Enceinte du Village_Tassan_Safo). Certaines femmes avancent le refus de certains maris (époux) à autoriser leur épouse à aller au centre de santé pour la CPN. Ces derniers préfèrent attendre que la grossesse de la femme avance jusqu'à ce que le ventre prend du volume et soit visible par une tierce personne, comme atteste ce passage : « Ce problème c'est dû à certains maris, parce qu'il y a des maris tant qu'ils ne voient pas le ventre de la femme grossi, ils n'envoient jamais leur femme pour chercher les soins prénatals » (Focus_Femmes Enceintes_Kola).

Les belles-mères jouent aussi un rôle important et demandent à leurs belles-filles enceintes de rester à la maison jusqu'à ce que la grossesse avance de plusieurs mois (8 à 9 mois) avant de commencer la consultation prénatale.

Comme souligne ce commentaire d'un agent de santé : « Les relais communautaires demandent déjà aux femmes enceintes de venir commencer les CPN, mais le problème c'est les belles mères et les hommes [maris] et quelques femmes aussi. Il faut une sensibilisation des belles mères, que les choses ne sont plus comme avant. Il faut que les maris comprennent aussi qu'il y a un grand risque encouru si la femme n'obtient pas les soins prénatals. On doit sensibiliser dans les lieux de rencontre publique tels que les réunions pour l'association des femmes *Benkadi* ».

Problèmes liés aux prestataires

Un aspect très important qui ressort de nos entretiens est celui des caractéristiques des prestataires. En particulier, l'âge du prestataire peut constituer une barrière à la fréquentation du centre de santé. En effet, certaines femmes enceintes n'apprécient pas les consultations prénatales faites par les agents de santé plus jeunes qu'elles. Se déshabiller devant un prestataire qui à l'âge de son jeune frère ou sœur, est tout simplement inacceptable et inconcevable. Les femmes n'apprécient pas le fait d'être touchées à leur organe génital au cours de la consultation ; elles se sentent gênées et elles ont honte de cette pratique, surtout, quand elle est faite par des prestataires plus jeunes qu'elles. À ce propos, voici quelques propos « Ah ! Elles touchent sur l'organe génital féminin tout en mettant leur main jusqu'à l'intérieur, moi je n'apprécie pas ça qu'à même. Moi ça me fait honte. Bon si ce travail est fait par certains hommes, c'est admissible, mais des petites filles pour ce travail de CPN et pour faire la prise en charge des services de CPN de leurs mères, ce n'est pas bon. Des filles de dix-sept ans ou dix-huit ans. Donc pour faire la prise en charge des femmes adultes, ça leur fait honte. Souvent ça décourage la femme enceinte d'aller chercher les soins prénatals au centre de santé » (Focus_Femmes_Safo). « Oui il y a des gens qui disent qu'elles ne veulent pas être prises en charge par leur petite sœur. Généralement le problème d'âge peut être une barrière pour les femmes âgées » (focus_femmes_Sirababougou).

Certaines femmes enceintes mettent aussi en doute la qualité professionnelle de certains prestataires. La peur des erreurs que peuvent commettre certains prestataires dissuade les femmes enceintes de recourir aux services de soins prénatals. La plupart des femmes enceintes, affirme que les stagiaires sont encore des apprenants et ne sont pas suffisamment formés et qualifiés pour offrir des services de soins prénatals notamment sur les femmes d'âges mûrs, comme atteste ce passage : « Souvent c'est les stagiaires, elles ne connaissent même pas le travail d'abord et elles s'occupent de leurs mères. Ce n'est pas bon. Elles peuvent commettre des erreurs dans le traitement et ce qui va engendrer d'autres problèmes » (Focus, Femmes Enceintes, Safo).

Pour ces femmes enceintes, la jeunesse rime avec l'inexpérience et l'incompétence, même si l'agent de santé regorge les compétences requises dans le domaine médical. À ce propos voici quelques témoignages : « Même avec tout cela je le verrais toujours comme un jeune qui me verra nue non je le ferais pas, un jour j'ai été confronté à ce genre de de problème qui a failli me coûter cher, j'étais enceinte de 6 mois et demi, lors de la CPN le docteur m'a dit que ma grossesse est arrivée en son terme, j'ai dit non et il m'a fait savoir que c'est lui le docteur avec cela j'ai lâché la prise et il m'a prescrit une ordonnance contenant trois piqûres à faire la nuit pour faciliter mon accouchement et le lendemain mon mari s'est rendu au centre pour vérifier pourquoi on m'a dit d'acheter les 3 piqûres et il a failli se battre entre eux et ensuite une dame mieux âgée m'a consulté et m'a dit que si j'avais fait les 3 piqûres je serais morte donc depuis ce jour quand je vois un jeune à l'hôpital je retourne chez moi » (Focus_Femmes_Falayan).

D'autres parturientes indiquent qu'elles n'acceptent pas qu'un prestataire du sexe masculin fasse leur prise en charge malgré sa compétence avérée, comme souligne ce verbatim : « Oui, le fait que certaines personnes soient prises en charge par le sexe opposé, fait une barrière

pour elles d'aller chercher les soins de santé au centre » (Focus Groups_Femmes_Sirababougou). Au-delà du genre, l'origine ethnique du prestataire peut être déterminante dans le suivi de la CPN par la femme. En effet, chez certaines ethnies du Mali, il y a les cousinages de plaisanteries qui sont une sorte de pacte de plaisanterie et de non-agressivité physique entre un ou plusieurs groupes ethniques. Ce pacte existe entre les groupes ethniques Forgeron et Peulh dans la commune rurale de Safo. Comment un pacte peut avoir une influence sur la prestation médicale ? Les examens médicaux sont souvent accompagnés de gestes ou actes désobligeants comme se déshabiller, faire de touchées vaginales ou même les injections. Afin d'éviter de causer ces désagréments au cours de la CPN certaines femmes enceintes évitent des agents de santé avec qui elles ont le cousinage de plaisanterie comme atteste ce passage « ... Entre les Forgerons et les Peulhs, ces deux ne se touchent pas. Il n'y a pas de forgerons parmi nos agents de santé, sinon nous, on ne peut pas être pris en charge par une forgeronne » (Focus Groups_Femmes_Safo).

En plus des considérations citées en haut, le mauvais accueil et le temps d'attente longue dans les unités de consultation prénatale, semblent aussi expliquer le non-recours à la consultation prénatale et par ricochet à la prise de la sulfadoxine pyriméthamine SP pour prévenir le paludisme pendant la grossesse, comme martel ce passage : « Vraiment j'apprécie le travail de nos agents de santé. Parce que les agents de santé ne sont pas au même niveau de compréhension, il y en a parmi eux qui accueillent très bien les clientes sinon il y a des agents aussi qui n'accueillent pas bien les gens » (Focus Group_Femmes_Kola).

Facteurs entravant l'accès aux consultations prénatales et à la sulfadoxine pyriméthamine

Obstacles matériels et financiers

L'incapacité de certaines femmes enceintes d'honorer les demandes d'analyses sanguines ou de la radiographie prescrites par les prestataires fait que certaines femmes enceintes ne font pas recours à la CPN ou du moins elles commencent mais n'achèvent pas. Plusieurs propos témoignent cela, en voici un : « Quand tu vas à la première visite de CPN, on te donne une fiche que tu dois faire une radiographie et la prise de sang, donc si tu n'as pas ce résultat, les agents n'acceptent pas de continuer les services de CPN. Il faut d'abord ces résultats » (Focus_Femmes_Safo)

Globalement le manque de moyens financiers représente un obstacle important. Le manque de revenu propre de la femme enceinte et sa dépendance à cet égard à son mari, comme souligne ce passage « Il y a le manque de ressources humaines [un accompagnant], mais la principale barrière, c'est le manque d'argent. Sinon, si tu n'as pas quelqu'un pour t'amener au centre, mais si tu as de l'argent, tu peux aller à Safo [village abritant le centre de santé communautaire] à pied. Tu ne peux pas refuser d'aller chercher les soins parce que tu n'as pas un accompagnant pour te transporter à moto» (Focus_Femmes_Sirababougou)

Dans d'autres cas, le mari donne de l'argent pour la consultation prénatale, mais la femme enceinte l'utilise pour d'autres besoins comme la nourriture ou les frais de cotisation de *tontine*.

L'expérience de grossesse : les multipares

Les multipares en majorité n'observent pas correctement le calendrier des consultations prénatales, en lien avec leur expérience en matière de maternité. En effet la plupart des multipares se voient plus expérimentées dans la gestion de leurs grossesses. En revanche les primigestes en général, en dépit de la réticence des belles-mères, font le nécessaire pour venir tôt à la CPN par peur de risques liés à la grossesse comme atteste ce passage : « C'est vrai il y a la version des belles mères, mais celles qui viennent de commencer leur maternité ont peur, elles font tout pour venir au centre pour la CPN pour éviter les risques » (agent de santé). Certaines multipares ont honte de venir tôt à la CPN comme atteste ce passage : « la honte est une barrière dans l'observance des soins de santé » (focus group, femmes).

L'écart entre le dernier enfant et la grossesse actuelle est petit c'est-à-dire moins des 18 mois recommandés dans les lignes directrices actuelles de l'Organisation Mondiale de la Santé. Le respect de l'écart entre l'accouchement et une nouvelle grossesse réduirait les risques pour la santé de la mère et du bébé. Certaines naissances prématurées, des bébés de petits poids et la mortalité infantile résulteraient des écarts moins longs entre les grossesses.

Conclusion

Les résultats montrent que les femmes enceintes n'ont pas toutes accès au traitement préventif intermittent à la SP pendant la grossesse. Les raisons à cela sont d'ordre individuel (pauvreté et pesanteur socioculturelle sur la femme enceinte) et collectif (la prise de décision dans le ménage, le manque d'engagement communautaire) et les conditions (longue attente dans les centres, mauvaise qualité de certains des prestataires) de l'offre de services prénataux. Il faut souligner que la consultation prénatale est la porte d'entrée à la femme enceinte pour recevoir la sulfadoxine pyriméthamine. Les résultats montrent que la majeure partie des femmes enceintes recourent à la consultation prénatale, mais souvent relativement tardivement. Or, commencer en retard la CPN ou ne pas respecter le calendrier vaccinal impacte négativement sur la réception des doses (au moins trois) nécessaires pour prévenir le paludisme chez la femme enceinte. En effet la SP devrait être administrée chez la femme enceinte dès la treizième semaine de la grossesse jusqu'à l'accouchement.

Il faut la sensibilisation non seulement auprès des belles mères et des maris, mais aussi auprès des femmes enceintes en mettant l'accent sur les avantages des services de CPN pour la santé de mère et du bébé. Les campagnes de sensibilisation peuvent se faire dans les lieux de rencontres publiques tels que lors des réunions des associations et groupements féminins. L'association des femmes *Benkadi* de Safo peut être citée comme exemple de lieu de rencontre.

Cette recherche connaît des limites ; elle n'avait pas une visée épidémiologique encore moins clinique. Ainsi les signes du paludisme cités et les effets secondaires avec la prise de la SP peuvent ne pas être retenus sur le registre biomédical. Les analyses faites sur les ressources du ménage peuvent ne pas être retenues dans une analyse de l'économie de la santé.

Les résultats de certaines études se rapprochent de la nôtre. Par exemple, au Nigéria, au cours d'une étude transversale menée en milieu rural nigérian 52,2% femmes avaient entendu parler du TPIg-SP¹. Dans l'ensemble, soit 89,2%, les femmes enceintes connaissent le traitement préventif intermittent à la sulfadoxine pyriméthamine (TPI-SP)². En 2012, certains auteurs ont rapporté que 52,9% des femmes enceintes savaient que le paludisme était associé à un faible poids de naissance tandis que 45,9% savaient que le paludisme pouvait causer l'avortement et l'anémie³. Dans notre recherche, parmi les dangers liés au paludisme chez la femme enceinte, l'anémie est la plus citée, soit chez 33,66% d'entre elles. Elle est suivie du petit bébé à la naissance soit 28,35%. La supervision de la prise du TPIg-SP, au cours d'une étude transversale menée en milieu rural nigérian que le taux de supervision de la prise du TPIg-SP par un agent de santé était de 14,3%⁴ ; dans notre cas ce taux était supérieur soit 21,9%. Les déterminants majeurs de l'observance du TPIg-SP dans notre recherche étaient : le statut socio-économique, la parité, ainsi que le nombre et le temps de réalisation des CPN. Par contre, en 2012 dans une étude transversale sur les facteurs affectant la prise optimale du TPIg-SP au niveau de 6 districts sanitaires de la Tanzanie, les auteurs ont conclu que la réception d'information sur les dangers du paludisme pendant la grossesse était le déterminant majeur de la prise optimale du TPIg-SP⁵.

La mobilisation communautaire peut être définie comme un processus en vertu duquel des groupes locaux reçoivent de l'assistance afin de définir et exprimer leurs besoins et objectifs, et agir de façon collective afin de les satisfaire et de les réaliser. 'Elle met l'accent sur la participation des populations elles-mêmes à la définition et à la satisfaction de leurs propres besoins⁶. L'épouse est habituellement exclue des décisions familiales importantes et reléguée dans une position de révérence et d'obéissance à son mari, ainsi que d'exécution des décisions prises. La mère n'a pas toute la latitude de choix et l'intervention du père ou des grands-parents est susceptible d'influencer les décisions prises⁷. La perception des femmes

¹ Akinleye SO, Falade CO, Ajayi IO. Knowledge and utilization of intermittent preventive treatment for malaria among pregnant women attending antenatal clinics in primary health care centers in rural southwest, Nigeria : a crosssectional study.

² ibid

³ Amoran OE, Ariba AA, Iyaniwura CA. Determinants of intermittent preventive treatment of malaria during pregnancy (IPTp) utilization in a rural town in Western Nigeria.

⁴ Akinleye SO, Falade CO, Ajayi IO. Knowledge and utilization of intermittent preventive treatment for malaria among pregnant women attending antenatal clinics in primary health care centers in rural southwest, Nigeria : a crosssectional study

⁵ Exavery A, Mbaruku G, Mbuyita S, Makemba A, Kweka H. Factors affecting uptake of optimal doses of sulphadoxine-pyrimethamine for intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy in six districts of Tanzania.

⁶ Action for the Rights of Children. Mobilisation Communautaire, p10.

⁷ Adjamagbo A. et al. Santé maternelle et infantile en milieu akan (Côte d'Ivoire), pp 109-130.

concernant les risques associés à la grossesse et à l'accouchement montre que les décisions de santé ne sont pas des choix individuels. La gestion populaire de la décision de consulter la parturiente s'accorde à un contexte de forte solidarité et de relations sociales très hiérarchisées⁸.

L'investissement dans l'autonomisation de la femme enceinte en milieu rural est une voie sûre vers l'égalité dans l'accès aux soins de santé maternelle et infantile dans un pays pauvre comme le Mali. Les opérationnels humanitaires doivent inscrire l'accès au traitement préventif intermittent à la sulfadoxine pyriméthamine dans leur agenda.

Bibliographie

- ADJAMAGBO A. et al. Santé maternelle et infantile en milieu akan (Côte d'Ivoire) », pp 109-130, in Adjamagbo A, Guillaume A, Koffi N, Santé de la mère et de l'enfant: exemples africains, Paris IRD 1999.
- AKINLEYE Stella O and all. Knowledge and utilization of intermittent preventive treatment for malaria among pregnant women attending antenatal clinics in primary health care centers in rural southwest, Nigeria : a crosssectional study. BMC Pregnancy Childbirth. Juillet 2009. V9, N°28
- AMORAN OE and all. Determinants of intermittent preventive treatment of malaria during pregnancy (IPTp) utilization in a rural town in Western Nigeria. Reproductive Health. 2012. V9 N°12
- ARBORIO, S and all. Safe motherhood initiative: from control to trust. Anthropologic analysis of risk in Mali (West Africa). *J Gynecology Obstetric Biol Reprod (Paris)*. 2007; V36, N°8, pp786-94
- BRABIN, B. J. and all. An analysis of anemia and pregnancy-related maternal mortality. J Nutr, Février, 2001. V131, N°2S-2.
- CISSE, B. Le paiement des soins par les usagers: une source d'iniquité dans le recours aux soins. Communication présentée aux XXVIème Journées de Economistes Français de la Santé – Santé et développement, Clermont-Ferrand, CERDI, 2003. p19
- DELLICOUR, Stephanie and all. Quantifying the number of pregnancies at risk of malaria in 2007: a demographic study. Janvier 2010. PLoS Med, V7, N°1.
- DESAI, Meghna and all. Epidemiology and burden of malaria in pregnancy. Lancet Infect Dis. Février 2007 V7, N°2 pp93-104.
- DIARRA, A. La production de la violence au fil des décisions dans quelques services publics de santé maternelle au Mali. Le bulletin de l'APAD, 25, 2004.
- EISELE, Thomas P and all. Estimates of child deaths prevented from malaria prevention scale-up in Africa 2001-2010. Malaria Journal, Mars 2012 V11, N°93.
- EXAVERY Amon and all. Factors affecting uptake of optimal doses of sulphadoxine-pyrimethamine for intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy in six districts of Tanzania. Malaria Journal. Janvier 2014, V13, N°22.

⁸ ARBORIO, S. Safe motherhood initiative: from control to trust.

- FAYE Sylvain L. L'anthropologie et l'intervention sanitaire dans le cadre de la lutte antipaludique au Sénégal : analyses des mises en acte du personnel soignant et usages des savoirs produits, *Revue Sociologie, Anthropologie, Psychologie*, 2009 N°01, Presses Universitaires de Dakar, pp.137-163.
- KAYENTAO Kassoum and all. Preliminary Study of Quinine Pharmacokinetics in Pregnant Women with Malaria-HIV Co-Infection. *Am J Trop Med Hyg*. Mars 2014 V90 N°3.
- RAFFINOT Marc, ROUBAUD François. Les fonctionnaires du sud entre deux eaux: sacrifiés ou protégés. L'Aube IRD, France: Amazon, 2001. 67p.
- RYAN Gery.W. What do sequential behavior patterns suggest about the medical decision-making process: modeling home case management of acute illness in a rural Cameroonian village. *Social Science and medicine*, Janvier 1998 V46 N°2, pp209-225.
- SEN, Amartya, *Development as freedom*. New York, Knopf, 1999.
- SLYKER, Jennifer A. and all. Correlates and outcomes of preterm birth, low birth weight, and small for gestational age in HIV-exposed uninfected infants. *BMC Pregnancy and Childbirth*, Janvier 2014, V14, N°7
- VAN EIJK Anna Maria and all. Coverage of intermittent preventive treatment and insecticide-treated nets for the control of malaria during pregnancy in sub-Saharan Africa: a synthesis and meta-analysis of national survey data. *Lancet Infect Dis*. Décembre 2013 V13, N°12, pp 1029-1042.
- WEBSTER Jayne and all. A qualitative health systems effectiveness analysis of the prevention of malaria in pregnancy with intermittent preventive treatment and insecticide treated nets in Mali. *PLoS One*, Juillet 2013 V8, N°7.
- WHO. 2013. WHO Policy Brief for the Implementation of Intermittent Preventive Treatment of Malaria in Pregnancy using Sulfadoxine-Pyrimethamine (IPTp-SP).
- WHO/AFRO 2004. A strategic framework for malaria prevention and control during pregnancy in the African region. Brazzaville: World Health Organization: Regional Office for Africa.