

**ETUDE DES DETERMINANTS DE L'ACCES ET DE L'UTILISATION DES  
SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE ET DE  
L'ACCOUCHEMENT ASSISTE PAR UN PERSONNEL QUALIFIE  
DANS LA RÉGION DE MOPTI, MALI**

**Sponsor**

**Principale Investigatrice : Melinda Munos**, Professeure à Blomberg  
School of Public Health de Johns Hopkins University

**Dr Bréma Ely DICKO**  
[bremaely@yahoo.fr](mailto:bremaely@yahoo.fr)

## SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>AA PQ :</b>	Accouchement Assisté par Personnel Qualifié
<b>AM :</b>	Avant Méridien
<b>AMPRODE-Sahel :</b>	Association Malienne pour la Protection et le Développement de l'Environnement au Sahel
<b>ASACO :</b>	Associations de Santé Communautaire
<b>AT :</b>	Accoucheuse Traditionnelle
<b>ATR :</b>	Accoucheuse Traditionnelle Recyclée
<b>CPN :</b>	Consultation Périnatale
<b>CITI :</b>	Collaborative Institutional Training Initiative
<b>CPON :</b>	Consultation Postnatale
<b>CREDOS :</b>	Centre de Recherche, d'Études et Documentation pour la Survie de l'enfant
<b>CSCom :</b>	Centre de Santé Communautaire
<b>CSRéf :</b>	Centre de Santé de Référence
<b>DTC :</b>	Directeur Technique du Centre
<b>DIU :</b>	Dispositif Intra-Utérin
<b>EI :</b>	Entretien Individuel
<b>FG :</b>	Focus Group
<b>GTT-NEP :</b>	Groupe Technique de Travail de la NEP-Mali
<b>IEC :</b>	Information, Éducation et Communication
<b>IRC :</b>	International Rescue Committee
<b>MSF-France :</b>	Médecins Sans frontière-France
<b>NEP :</b>	National Evaluation Platform
<b>OCHA :</b>	Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
<b>ONG :</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>PF :</b>	Planification Familiale
<b>PM :</b>	Post Méridien
<b>PSL :</b>	Paix et Salut sur Lui (en parlant du Prophète Mohamed)
<b>RGPH :</b>	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>UNESCO :</b>	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
<b>SMNI&amp;N :</b>	Santé Maternelle, Néonatale Infanto-juvénile et la Nutrition
<b>Ya-G-TU :</b>	Yam Guiribolo Tumu

## **LISTE DES CARTES**

FIGURE 1: CARTE SANITAIRE DE MOPTI .....	16
FIGURE 2: CARTE SANITAIRE DE TENENKOU .....	17
FIGURE 3: CARTE SANITAIRE DE BANDIAGARA .....	19

## **LISTE DES TABLEAUX**

TABLEAU I: SITUATION DU PERSONNEL SOIGNANT DU CERCLE DE TENENKOU .....	18
TABLEAU II: PERSONNEL SANITAIRE DES CSCOM ET CS PAR STRUCTURE EN 2012 .....	20
TABLEAU III: ZONE SANITAIRE DE TENENKOU .....	21
TABLEAU IV: DISTANCE ENTRE LES CSCOM ET LE CSREF DE TENENKOU .....	21
TABLEAU V: ZONE SANITAIRE DE BANDIAGARA.....	22
TABLEAU VI: LISTE DES COMMUNES ET VILLAGES ENQUETES .....	24
TABLEAU VII: ECHANTILLONNAGE EN FONCTION DES CIBLES.....	25
TABLEAU VIII: ECHANTILLONNAGE EN FONCTION DES CIBLES.....	29
TABLEAU IX: DISTRICTS SANITAIRES ENQUETES.....	37
TABLEAU X: MOTIVATIONS DES FEMMES POUR LA PF.....	38
TABLEAU XI: PERCEPTIONS DES ADOLESCENTES DE LA PF .....	38
TABLEAU XII: LES ACTEURS DE DECISIONS DE LA PF .....	48
TABLEAU XIII: INDIVIDUS IMPLIQUES DANS LES DECISIONS D'UTILISER LA PLANIFICATION FAMILIALE .....	49
TABLEAU XIV: DISTANCE, COUT/QUALITE DES SERVICES.....	53
TABLEAU XV: CATEGORIE DE PERSONNEL DANS LES CENTRES DE SANTE .....	54
TABLEAU XVI: DISCUSSION DU COUPLE RELATIVE A L'AAPQ.....	54
TABLEAU XVII: LIEU D'ACCOUCHEMENT .....	55
TABLEAU XVIII: BARRIERES DANS L'ACCES AU CENTRE DE SANTE.....	57
TABLEAU XIX: BARRIERES AU NIVEAU DE LA LIVRAISON DES SERVICES D'AAPQ .....	60
TABLEAU XX: MOTIVATION DU CHOIX D'UN CENTRE DE SANTE POUR L'AAPQ .....	63
TABLEAU XXI: PRISE DE DECISION RELATIVE AU LIEU DE L'ACCOUCHEMENT .....	63
TABLEAU XXII: SUPPORT EMOTIONNEL (EX : LA FAMILLE A LE DROIT D'ETRE PRESENTE) .....	64
TABLEAU XXIII: SUPPORT MORAL LORS DE L'AAPQ.....	65

## REMERCIEMENTS

Ce travail est le fruit d'une collaboration entre plusieurs personnes. Nous adressons nos vifs remerciements à toutes celles et ceux qui ont contribué à la réalisation de ce rapport. Il s'agit :

- De l'équipe NEP du Mali et de Johns Hopkins University – Baltimore (USA) ; Dr Melinda MUNOS et Talata SAWADOGO-LEWIS pour leur appui technique ;
- Des Affaires Mondiales Canada pour le financement de l'étude ;
- Des équipes de recherches de Tenenkou et de Bandiagara pour leur disponibilité et la qualité des données récoltées malgré le contexte sécuritaire tendu. Il s'agit du Dr Fodié Tandjigora, du Dr Youssouf Keita, du Dr Guindo Mariam Traoré, de Mademoiselle Rahama Nantoumé pour le cercle de Bandiagara et de M. Modibo Galy Cissé, de M. Yacouba Dogoni, de M. Allaye Dicko, et de Mademoiselle Fatoumata Diallo pour le cercle de Tenenkou ;
- Des deux facilitateurs locaux ainsi qu'aux deux enquêteurs de Bandiagara (M. Sory KONFOUROU et Kadidia SISSOKO) pour leur efficacité dans l'identification et la mobilisation des participants à l'étude ;
- Des autorités locales (préfectures, sous-préfectures) pour leur disponibilité ;
- Des responsables des services de santé rencontrés dans la zone pour leur accompagnement;
- Des leaders locaux (religieux, chefferies de villages, associations) pour leur soutien.

Cette liste ne saurait être exhaustive, que toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin à la réussite de cette étude trouvent ici, l'expression de notre profonde gratitude.

## Table des matières

<b>RESUME EXECUTIF</b>	<b>7</b>
<b>I. CONTEXTE GENERAL ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE</b>	<b>10</b>
<b>II. OBJECTIFS DE L'ETUDE</b>	<b>12</b>
1.1. OBJECTIF GÉNÉRAL	12
1.2. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	12
<b>III. MÉTHODES ET MATÉRIELS</b>	<b>12</b>
3.1. PRESENTATION DES ZONES DE L'ETUDE	12
3.1.1. SITUATION SOCIOECONOMIQUE, SOCIOCULTURELLE DES CERCLES DE LA REGION DE MOPTI	13
3.1.2. TAUX DE SCOLARISATION DANS LES DEUX CERCLES DE L'ETUDE	13
3.1.3. ACTIVITES ECONOMIQUES DES DEUX CERCLES	14
3.1.4. DESCRIPTION DE LA SITUATION SANITAIRE	15
3.1.5. PARTENAIRES DES DEUX INTERVENTIONS	22
<b>MÉTHODES</b>	<b>23</b>
1.3. LES SITES DE L'ETUDE	23
1.4. LES COMMUNES ET LES VILLAGES ENQUETES	24
1.5. TYPE D'ETUDE	24
1.6. OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES	24
1.7. ÉCHANTILLONNAGE DES CIBLES	25
1.7. LES CRITÈRES D'INCLUSION ET DE NON INCLUSION PAR CIBLE ENQUÊTÉE	26
HOMMES MARIÉS	26
FEMMES MARIÉES	26
FEMMES AGÉES	26
DYADES FAMILIALES (HOMME ET FEMME)	26
ADOLESCENTES	27
AUTORITES LOCALES	27
PRESTATAIRES DE SERVICES DE SANTE	27
REPRESENTANTS D'ONG	27
1.8. LA CERTIFICATION CTI ET LE COMITE D'ETHIQUE	28
1.9. DEROULEMENT DE L'ETUDE	28
1.10. ÉCHANTILLONNAGE DES CIBLES	29
1.11. LA FORMATION DES EQUIPES A BAMAKO	29
1.12. PROCEDURES DE L'ETUDE	30
PROCESSUS DE RECRUTEMENT	30
PROCEDURE DE CONSENTEMENT	31
1.14. VERIFICATIONS ET CORRECTION DES DONNEES COLLECTÉES SUR LE TERRAIN	32
1.15. TRANSCRIPTIONS DES ENTRETIENS	32
1.16. TECHNIQUES DE CODAGE ET TRAITEMENT DES DONNEES AVEC LE LOGICIEL SPHINX QUALITATIF	33
TECHNIQUES D'ANALYSE DES DONNEES AVEC LE LOGICIEL SPHINX QUALITATIF	33
1.17. LIMITES DE L'ETUDE	34

<b>1.18. ASPECTS ETHIQUES</b>	<b>35</b>
RISQUES LIES A L'ETUDE	35
SECURITE DES DONNEES	35
AVANTAGES PERSONNELS ET SOCIAUX DIRECTS	36
PAIEMENT	36
<b><u>RESULTATS ET DISCUSSION</u></b>	<b>37</b>
RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON FINAL PAR CERCLE	37
<b><u>IV. LA PLANIFICATION FAMILIALE</u></b>	<b>37</b>
PERCEPTIONS SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE	37
<b>4.1. PERCEPTIONS DES ADOLESCENTES ET DES FEMMES</b>	<b>37</b>
<b>4.2. PERCEPTIONS DES HOMMES</b>	<b>40</b>
<b>4.3. PERCEPTIONS DES LEADERS RELIGIEUX ET DES AUTORITES LOCALES SUR LA PF</b>	<b>41</b>
<b>4.4. PERCEPTIONS DU PERSONNEL DE SANTÉ SUR L'UTILISATION DE LA PF PAR LES POPULATIONS</b>	<b>42</b>
<b><u>V. DETERMINANTS DE L'UTILISATION DES SERVICES DE LA PLANIFICATION FAMILIAL</u></b>	<b>43</b>
<b>5.1. FACTEURS FAVORISANTS</b>	<b>43</b>
<b>5.2. BARRIERES (COUT, DISTANCE, TRADITION, STEREOTYPES, EFFETS SECONDAIRES, ETC.)</b>	<b>44</b>
BARRIERES A L'UTILISATION	44
OBSTACLES LIES A LA CULTURE / RELIGION	45
OBSTACLES LIES A L'ENCLAVEMENT ET A L'INSECURITE	46
OBSTACLES LIES A LA PRISE DE DECISION DANS LE CADRE DE L'UTILISATION DE LA PF	47
<b>5.3. OBSTACLES LIÉS AUX COMPORTEMENTS DU PERSONNEL DE SANTÉ : CONFIDENTIALITÉ, RELATION PATIENT/SOIGNANT, LANGUE PARLÉE</b>	<b>48</b>
OBSTACLES LIES A LA LANGUE DE COMMUNICATION	48
OBSTACLES LIES A LA RELATION UTILISATEUR DE PF– PRESTATAIRE DE SANTE ET CONFIDENTIALITE	49
ROLE DES FEMMES	49
<b>5.4. SOURCES D'INFORMATION SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE (ONG/CENTRES DE SANTÉ/RADIOS)</b>	<b>50</b>
<b>5.5. BESOINS DES FEMMES/ADOLESCENTES EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE</b>	<b>50</b>
SYNTHESE DE LA PARTIE	51
<b><u>VI. ACCOUCHEMENTS ASSISTÉS PAR UN PERSONNEL DE SANTÉ QUALIFIÉ (AAPQ)</u></b>	<b>52</b>
<b>6.1. PERCEPTIONS DE L'ACCOUCHEMENT ASSISTÉ PAR UN PERSONNEL QUALIFIÉ</b>	<b>52</b>
PERCEPTIONS DES FEMMES DE L'ACCOUCHEMENT ASSISTE PAR UN PSQ	52
LES PERCEPTIONS DES FEMMES SUR LE LIEU D'ACCOUCHEMENT	53
PERCEPTIONS DES HOMMES (MARIS/LEADERS RELIGIEUX/AUTORITES LOCALES) DE L'AAPQ	54
<b>6.2. DÉTERMINANTS DE L'ACCÈS ET DE L'UTILISATION DES SERVICES DE L'AAPQ</b>	<b>56</b>
FACTEURS FAVORISANT (EXISTENCE DE STRUCTURE DE SANTE, PERSONNEL DE SANTE DISPONIBLE, PROXIMITÉ)	56
OBSTACLES (COUT DU SERVICE/DE TRANSPORT, DISTANCE, COUTUME, ETC.)	56
OBSTACLES GEOGRAPHIQUES	57

OBSTACLES LIES AU COUT	57
LES OBSTACLES LIES AUX AGENTS DE SANTE	58
LE PROBLÈME DE COMMUNICATION DE CERTAINS AGENTS DE SANTÉ REND DIFFICILE LA FRÉQUENTATION DU CENTRE DE SANTÉ POUR LES FEMMES ENCEINTES. UNE RESPONSABLE ASSOCIATIVE AFFIRME QUE « CERTAINES FEMMES N'ACCOUCHENT PAS AU CSCOM PAR MANQUE DE MOYENS ET À CAUSE DU COMPORTEMENT DU PERSONNEL DE SANTÉ ».	58
LA QUALITE DES SERVICES	59
LES OBSTACLES LIES A LA CULTURE	59
<b>6.3. DÉROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT (DOMICILE, CENTRE DE SANTÉ)</b>	<b>61</b>
LA SITUATION DES ACCOUCHEMENTS ASSISTES PAR UN PERSONNEL DE SANTE QUALIFIE DANS LE CERCLE DE TENENKOU	61
LA SITUATION DES ACCOUCHEMENTS ASSISTES PAR UN PERSONNEL DE SANTE QUALIFIE DANS LE CERCLE DE BANDIAGARA	62
DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES HOMMES MARIÉS LORS DE L'ACCOUCHEMENT DE LEURS EPOUSES	64
<b>6.4. SUPPORT MORAL OU SOCIAL LORS DE L'AAPQ</b>	<b>64</b>
<b>6.5. EFFORTS DU PERSONNEL DE SANTÉ AVEC LES AUTORITÉS LOCALES/ONG</b>	<b>65</b>
<b>6.6. SUGGESTIONS POUR LA PROMOTION DE L'UTILISATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE ET DES ACCOUCHEMENTS ASSISTÉS</b>	<b>66</b>
SYNTHÈSE DE LA PARTIE RELATIVE À L'AAPQ	67
<b><u>VII. CONCLUSION</u></b>	<b>68</b>
<b><u>VIII. RECOMMANDATIONS</u></b>	<b>68</b>
1. LES RECOMMANDATIONS ADRESSEES AUX CENTRES DE SANTE	68
2. LES RECOMMANDATIONS A L'ÉTAT	68
3. LES RECOMMANDATIONS AUX PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS	69
4. LES RECOMMANDATIONS AUX COMMUNAUTES	69
<b><u>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u></b>	<b>70</b>
<b><u>ANNEXE 1 : DISTANCE ENTRE LES VILLAGES ET LE CSREF DE BANDIAGARA</u></b>	<b>73</b>
<b><u>ANNEXE 2 : CARTE LIMITE DES COMMUNES ENQUETEES DANS LE CERCLE DE TENENKOU</u></b>	<b>75</b>
<b><u>ANNEXE 3 : LES OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES</u></b>	<b>76</b>

## RESUME EXECUTIF

L'objectif général de ce travail était d'étudier les facteurs (géographiques, sociodémographiques, socio-culturels) qui influencent l'accès aux services de Planification Familiale (PF) et de l'Accouchement Assisté par un Personnel Qualifié (AAPQ) dans la région de Mopti au Mali. A partir d'une étude qualitative, l'enquête s'est déroulée du 13 au 22 novembre 2017 pour le cercle de Bandiagara et du 11 au 20 novembre pour celui de Tenenkou. Celui-ci est situé en zone inondée tandis que Bandiagara est situé en zone exondée. En plus des critères relatifs à la diversité socio-culturelle, à l'accessibilité géographique, le choix de ces deux cercles s'explique aussi par la faiblesse du niveau des indicateurs en matière de l'AAPQ et de la PF dans ces deux districts sanitaires comparés aux autres districts de Mopti. Les taux de couverture des indicateurs de santé de la mère et de l'enfant sont particulièrement faibles dans la région Mopti comparée aux autres régions, le taux de PF était par exemple de 3,1% à Mopti contre 23,5% à Bamako<sup>1</sup> en 2012.

Afin de collecter des données, plusieurs guides d'entretien ont été adressés à différentes catégories de répondants. Ces guides comportaient des questions portant sur la connaissance de la PF, la disponibilité des services de santé reproductive et maternelle au niveau des structures de santé, les prises de décisions sur les motifs de consultations, l'accessibilité, l'utilisations des services des soins et les perceptions des services et de la qualité de soins.

A l'issue de l'étude, plusieurs constats ont été faits.

A Bandiagara tout comme à Tenenkou, la disponibilité des méthodes contraceptives dans les structures de santé ainsi que dans les boutiques est apparu comme un facteur positif. La possibilité d'éviter les grossesses, des grossesses rapprochées, la possibilité de se consacrer à d'autres activités telles que le petit commerce, le maraîchage, la réduction des dépenses sanitaires ainsi que les bénéfices sur la santé des utilisatrices sont aussi des motivations relevées.

Toutefois, malgré la disponibilité des méthodes de PF et l'existence de personnel qualifié, de nombreuses barrières subsistent à l'accès à ces services. Certaines sont liées à la prégnance de la culture, d'autres aux effets secondaires et au comportement du personnel de santé, qui est jugé souvent indisponible et indiscret.

---

<sup>1</sup> Cellule de planification et de statistique secteur santé, développement social et promotion de la famille (CPS/SS-DS-PFSSDSPF), Institut National de la Statistique du Ministère de la Planification, de l'Aménagement du territoire et de la Population, Enquête Démographique et de Santé du Mali 4ème édition 2006 ; décembre 2007

En plus de l'indiscrétion de certains agents de santé – originaires des localités –, c'est leur faible qualification en matière de PF qui est remise en question. Au niveau des villages, la discontinuité des services de PF à certains moments de la journée pour les activités de PF (quelques fois en milieu de journée et tard la nuit) limite l'accès des utilisateurs.

De plus, le déficit de formation des agents de santé constitue une barrière à l'accès des services de PF. Malgré la disponibilité des services de PF, il apparaît que le personnel de santé à certains endroits n'est pas suffisamment qualifié pour pratiquer certaines méthodes de PF (tels que les implants). On note que les conditions de prestation sont souvent dénoncées par les populations. En effet, les rapports d'âge sont très déterminants dans l'utilisation du service de PF. Ce sont ces mêmes obstacles qui font que les femmes se tournent du côté des vendeurs parallèles de contraceptifs comme les boutiquiers du quartier.

D'autres femmes affirment qu'elles n'aiment pas aller au centre de santé à cause d'une catégorie de personnel de santé recruté dans le village : des matrones et des stagiaires. En effet, l'individu recruté peut être un cousin, l'amie d'une fille, la coépouse d'une mère etc. Ce sont des statuts déjà chargés de connotations (positives ou négatives). Mais ces statuts semblent prendre le dessus sur la qualification des agents.

S'agissant de l'accouchement assisté, il ressort qu'il se déroule à la fois à domicile qu'au sein d'un centre de santé. Il est à noter que le CSCOM eu égard à sa proximité, est le lieu le plus fréquenté par les femmes enceintes. L'enquête relève que les différentes campagnes de sensibilisation organisées par des ONG locales et les radios ont permis une prise de conscience des populations. De même, l'octroi des cadeaux symboliques aux femmes accouchant à l'aide d'un personnel qualifié est perçu comme une mesure incitative pour l'ancrage de la pratique. Tous les enquêtés reconnaissent l'importance de l'assistance de l'accouchement par un personnel de santé qualifié mais les accoucheuses traditionnelles, parfois recyclées, restent encore beaucoup sollicitées. C'est pourquoi l'AAPQ, reste une pratique courante dans les cercles notamment dans les localités disposant de personnel qualifié. Cela s'explique aussi par l'existence de CSCOM et CSRéf.

De façon synthétique, les obstacles géographiques (enclavement, la distance par exemple) concernent exceptionnellement des villages reculés et qui sont éloignés des chefs-lieux de commune où se trouve le CSCOM. Les obstacles concernent les deux cercles de l'étude. Dans le cercle de Tenenkou, l'enclavement est indiqué par les enquêtés comme un sérieux handicap à la circulation des personnes. Il est de même dans le cercle de Bandiagara où certains villages de la commune de Kouri-Maoudé situés à l'intérieur des falaises, sont difficiles d'accès.

Dans les deux cercles, certains hommes sont un peu réticents par rapport à l'accouchement de leurs femmes au centre de santé car ils pensent que le personnel de santé est composé d'hommes avec une proportion de femmes soignantes. Selon la perspective des participants à l'étude, l'indiscrétion de certains agents de santé, la faible qualité de l'accueil et du traitement des utilisatrices dans

certaines centres de santé, l'ethnocentrisme (le mépris de certains agents de santé pour les locutrices de la langue peule dans le cercle de Tenenkou) sont autant de facteurs qui remettent en cause l'utilisation des services.

Tous les enquêtés reconnaissent l'importance de l'assistance de l'accouchement par un personnel de santé qualifié mais les accoucheuses traditionnelles, parfois recyclées, restent encore beaucoup sollicitées. C'est pourquoi l'AAPQ est une pratique courante dans les cercles notamment dans les localités disposant de personnel qualifié. Cela s'explique aussi par l'existence de CSCom et CSRéf. De façon synthétique, les obstacles géographiques (enclavement, la distance par exemple) concernent exceptionnellement des villages reculés et qui sont éloignés des chefs-lieux de commune où se trouve le CSCom. Les obstacles concernent les deux cercles. Selon la perspective des participants à l'étude, l'indiscrétion de certains agents de santé, la faible qualité de l'accueil et du traitement des utilisatrices dans certains centres de santé, l'ethnocentrisme (le mépris de certains agents de santé pour les locutrices de la langue peule dans le cercle de Tenenkou) sont autant de facteurs qui remettent en cause l'utilisation des services.

On pourrait promouvoir la PF et l'AAPQ en améliorant les conditions d'accueil garantissant la discrétion pour les utilisatrices des services et la confidentialité, en dotant les centres de personnel qualifié (IO et sage-femme).

En somme, il ressort de l'étude que les barrières à la PF et à l'AAPQ sont davantage socioculturelles. Ensuite, les participants à l'étude mettent en avant les comportements du personnel de santé notamment l'indiscrétion de certains agents de santé. Ils ont enfin mis l'accent sur l'accessibilité financière et géographique des services de PF et d'AAPQ.

# I. CONTEXTE GENERAL ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Le présent rapport a été produit dans le cadre d'une recherche portant sur la recherche de déterminants de l'accès et de l'utilisation des services de Planification Familiale (PF) et de l'Accouchement Assisté par un Personnel Qualifié (AAPQ) dans les cercles de Tenenkou et de Bandiagara (région de Mopti). L'idée de cette recherche est née des suites d'un constat général sur la problématique du niveau des indicateurs de la Maternelle, Néonatale, Infanto-juvénile et la Nutrition (SMNI&N) au Mali et particulièrement dans la région de Mopti. En effet, au Mali, selon les deux dernières enquêtes démographiques et de santé (EDS IV et V), les taux de mortalité ont été respectivement les suivants : i) pour les mères : 464<sup>[2]</sup> - 368<sup>[3]</sup> décès pour 100 000 naissances, ii) les nouveau-nés : 46<sup>[4]</sup> - 34<sup>[5]</sup> décès pour 1000 naissances vivantes, iii) les enfants de moins de 5 ans : 191<sup>[4]</sup> - 95<sup>[5]</sup> décès pour 1000 naissances vivantes. Ces taux de mortalité ont connu une baisse selon les EDS grâce aux actions conjuguées du gouvernement et de ses partenaires, mais elles figurent toujours parmi les plus élevées au monde.

La PF et l'AAPQ par un personnel qualifié jouent un grand rôle dans la réduction de ces différentes mortalités, leurs taux au Mali sont respectivement de 10,3% et 38,5%<sup>5</sup>. De nombreuses études ont montré que la PF familiale, les soins de qualité lors de l'accouchement et l'accès aux soins obstétricaux d'urgence pour toutes les femmes avec des complications sont des interventions clés pour la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile<sup>4</sup>. Le renforcement de ces interventions clés pourra aider le Mali à relever le défi de la réduction du taux de mortalité chez les mères et les enfants de moins de 5 ans.

Le Groupe Technique de Travail (GTT-NEP) de la Plate-forme Nationale d'Evaluation (NEP) du Mali (NEP-Mali)<sup>5</sup> a évalué les niveaux et les tendances au niveau régional et au niveau du district pour les indicateurs de SMNI&N de 2001 à 2012. Cette analyse a identifié la région de Mopti comme ayant des niveaux de couverture régulièrement plus faibles pour des indicateurs clé en

---

<sup>2</sup> Cellule de planification et de statistique secteur santé, développement social et promotion de la famille (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique du Ministère de la Planification, de l'Aménagement du territoire et de la Population, Enquête Démographique et de Santé du Mali 4ème édition 2006 ; décembre 2007

<sup>3</sup> INFO-STAT, Bureau d'étude statistique. Cellule de planification et de statistique secteur santé, développement social et promotion de la famille (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT), ICF International. Enquête Démographique de la Santé du Mali EDSM-V 2012-2013. Bamako, Mali et Calverton, Maryland ; 2013 ; Mai 2014

<sup>4</sup> Freedman LP, Graham WJ, Brazier E, Smith JM, Ensor T, Fauveau V, Themmen E, Currie S, Agarwal K. 2007. Practical lessons from global safe motherhood initiatives: time for a new focus on implementation. *The Lancet*, 370 (9595): 1,383-91

<sup>5</sup> La NEP est une nouvelle approche de compilation et d'analyse de données de diverses sources sur la santé maternelle, infantile et du nouveau-né et sur la nutrition (MNCH&N). Elle est financée par le Gouvernement du Canada pour une période de 3 ans avec l'appui technique de l'Institut pour les Programmes Internationaux (IIP) de John Hopkins University (JHU).

matière de santé de la mère, de l'enfant et de Nutrition. En conséquence, le Comité de Pilotage de la NEP au Mali a demandé au GTT-NEP d'investiguer les déterminants de cette faiblesse du niveau des indicateurs dans la région de Mopti. Pour y parvenir, l'équipe NEP a réalisé une analyse quantitative en utilisant les données des enquêtes démographiques de l'enquête démographique et de santé (EDS) et les données de routine du système d'information de sanitaire pour identifier les déterminants de la couverture de certaines interventions au Mali.

En plus, le GTT-NEP a proposé la réalisation d'une étude qualitative en vue de comprendre les obstacles à l'accès et à l'utilisation des services de l'AAPQ et de la PF dans la région de Mopti. L'AAPQ et la PF sont deux des indicateurs prioritaires à la fois pour le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) du Mali et le Gouvernement du Canada. Leurs niveaux de couverture sont particulièrement faibles à Mopti (30% [20.5-35.2%] contre 59% [51.0-64.5%] au niveau national pour l'AAPQ et 3.1% [2.0-6.8%] à Mopti 10.3% [9.4-15.4%] au niveau national pour la prévalence contraceptive. Bien que plusieurs études aient ré-analysé les données de l'EDS pour évaluer l'usage contraceptif au Mali (Pearson 2014, Kagawa 2008), les seules études qualitatives pour aborder l'usage de la contraception au Mali avaient été menées depuis 15 ans ou plus (Castle 1999, Castle 2003). De même, bien qu'une étude quantitative ait été menée en 2011 à Mopti pour évaluer l'influence des belles-mères et les perceptions des maris sur les pratiques de santé maternelle (White 2013), il y a peu d'études qualitatives publiées sur les motifs de consultation ou les prises de décisions en matière d'accouchement ou d'accouchement assisté par un personnel qualifié au Mali.

Dans cette optique, la présente étude vise à combler cette lacune constatée. L'accès et l'utilisation des services de PF et de l'AAPQ par un personnel de santé qualifié sont des moyens d'assurer une bonne santé à l'enfant et à la mère. Ils constituent aussi des moyens pour rationaliser les dépenses, d'espacer les naissances dans le but de réduire les corollaires des grossesses rapprochées et des accouchements à domicile non assistés par un personnel de santé qualifié. De même, ils permettent de réduire la mortalité maternelle et infantile.

Le choix de la région de Mopti s'explique par la faible prévalence de la PF qui est de 3,1% contre 10,3% au niveau national selon Enquête Démographique de la Santé du Mali (EDSM-V 2012-2013). La même source<sup>6</sup> précise que le taux d'accouchement assisté est de 19% à Mopti contre 38,5% au niveau national.

Ce rapport est structuré en trois parties. La première décrit le contexte dans les deux cercles retenus. La seconde partie se focalise sur la méthode de l'étude. Quant à la troisième partie, cœur du travail, elle analyse la problématique de la planification familiale et de l'accouchement assisté par un personnel qualifié. Enfin, en dernier lieu, il sera question des recommandations destinées à différents acteurs.

---

<sup>6</sup> EDSM-V 2012-2013 et Groupe Technique de Travail de la Plateforme Nationale d'Evaluation (GTT-NEP) au Mali : analyses statistiques préliminaires des données du cycle 2-2015

## **II. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE**

### **1.1. Objectif général**

L'objectif de ce travail est d'étudier les déterminants de l'utilisation des services de planification familiale et de l'accouchement assisté par un personnel qualifié dans la région de Mopti au Mali.

### **1.2. Objectifs spécifiques**

Les objectifs spécifiques de l'étude sont les suivants :

- Analyser les facteurs (sociodémographiques, socioculturels) qui influencent l'accès et l'utilisation des services de planification familiale et de l'accouchement assisté par un personnel qualifié dans la région de Mopti ;
- Identifier les barrières, y compris celles liées au genre (impact des relations homme-femme), à l'utilisation et à l'accès des services de planification familiale et de l'accouchement assisté par un personnel qualifié dans la région de Mopti ;
- Recueillir les opinions des utilisateurs et prestataires sur la qualité et comment l'offre des services de planification familiale et de l'accouchement assisté par un personnel qualifié pourrait être améliorée dans la région de Mopti.

## **III. MÉTHODES ET MATÉRIELS**

### **3.1. Présentation des zones de l'étude**

Le Mali est un pays continental qui a une superficie de 1 241 000 km<sup>2</sup> (RGPH, 2009). Sur un plan administratif, le pays compte maintenant 11 régions avec le District de Bamako 10 régions administratives dont la région de Mopti qui est l'objet de la présente étude. Cette région est à la croisée des chemins entre la partie septentrionale et la partie méridionale du Mali. C'est une région multiculturelle, composée principalement des groupes ethniques : Peul, Dogon, Bozo, Somono, Bambara et Soninké. La région de Mopti compte 8 cercles à savoir : Bandiagara, Bankass, Djenné, Douentza, Koro, Mopti Tenenkou et Youwarou. La population de la région qui comptait 2 036 209 habitants (RGPH, 2009) est passée à 2 600 000 habitants<sup>7</sup> en 2017. Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est estimé à 111 pour 1000 naissances vivantes, et le taux de fertilité global est de 5,9 enfants (EDS Mali 2012-2013).

---

<sup>7</sup> Source : DNAT, OMS, DNS, 2017

Sur le plan sécuritaire, Mopti est sur toutes les lèvres eu égard à la recrudescence de l'insécurité notamment dans les cercles de Douentza et Koro en zone exondée ainsi que dans les cercles de Youwarou et de Tenenkou en zone inondée. Il existe dans cette région de nombreux groupes armés d'obédience diverse comme la Katibat de Macina et les milices des Peuls et des Dogons.

### **3.1.1. Situation socioéconomique, socioculturelle des cercles de la région de Mopti**

L'étude s'est déroulée dans 2 cercles à savoir Tenenkou et Bandiagara.

Le cercle de Tenenkou est un des huit (8) cercles que compte la région de Mopti. Le cercle couvre une superficie de 11.297 km<sup>2</sup> (RGPH 2009) avec une population de 188.512 habitants<sup>8</sup>. La population est constituée majoritairement de Peuls et de Bozos avec une faible proportion d'autres groupes à savoir les Soninkés, les Bambaras, les Touaregs et les Sonrhais.

Kareri une des communes visitées par les membres de la mission était la commune la plus affectée par le conflit armé de 2012 avec des conséquences humanitaires<sup>9</sup>. Le cercle de Tenenkou est limitrophe avec les cercles de Youwarou au Nord, Mopti à l'Est, le cercle de Niono (région de Ségou) à l'ouest, Léré-Niafouké (région de Tombouctou) et la Mauritanie au Nord-Ouest.

**Quant au cercle de Bandiagara**, avec une superficie de 10.520 Km<sup>2</sup>, il est entouré par les cercles de Douentza au Nord, Koro à l'Est, Bankass au Sud-Est, Djenné à l'Ouest et Mopti au Nord-Ouest. Selon le dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2009), la population totale du cercle est de 227.580 habitants dont 110.996 hommes et 116.584 femmes. Le taux de croissance est de 2%. La population du cercle est majoritairement composée de Dogons agriculteurs et éleveurs. On y rencontre, aussi des Peuls éleveurs, des Soninkés, des Bambaras, des Bwas, etc.

### **3.1.2. Taux de scolarisation dans les deux cercles de l'étude**

Selon le RGPH (2009), le taux de scolarisation des garçons est de 19,3 %, contre 15,7% des filles au Mali. Selon la même source, ce taux varie selon les lieux de résidence des populations. Ainsi, 45,7% du taux de scolarisation sont concentrés dans les milieux urbains et 14,4% en milieu rural. Cependant, la crise de 2012 a joué négativement sur le taux de scolarisation dans la région (UNESCO 2016). L'absence des enseignants dans les zones affectées par le conflit a eu un effet négatif sur le nombre d'enfants scolarisés. Dans le rapport d'évaluation rapide et multisectorielle du cercle de Tenenkou (19-20 mars 2014), il apparaît que le taux brut de scolarisation était de 39%. Après la crise, ce taux a chuté jusqu'à 13% dans les localités affectées par la crise (Commune de Karéri) comparé aux localités non touchées (la ville de Tenenkou) où le taux était autour de 80%. En 2014, 14 écoles sur un total de 93 n'étaient pas fonctionnelles dans le cercle de Tenenkou, 6 ont

---

<sup>8</sup> OCHA, évaluation rapide et Multisectorielle dans le cercle de Tenenkou – 19 au 20 mars 2014

<sup>9</sup> OCHA, idem.

été délocalisées en Mauritanie, 4 écoles étaient mobiles et peu fonctionnelles, 4 autres non fonctionnelles selon la même source. En 2015, les écoles (1er et second cycles) de Diafarabé ont été fermées à leur tour. Récemment, lors d'une conférence organisée en juillet 2017 à Mopti par International Rescue Committee (IRC), le directeur de l'Académie d'enseignement de Mopti expliquait la situation de l'école dans le cercle en ces termes: « *le cercle de Tenenkou a le taux de scolarisation le plus faible de la région. A la date de Mars 2017, nous avons 74/93 écoles fermées à travers le cercle.* »

La fermeture des écoles, notamment à Diafarabé, oblige les parents à inscrire leurs enfants dans la ville de Tenenkou ou de Dia.

### **3.1.3. Activités économiques des deux cercles**

L'économie des deux cercles étudiés, repose sur le secteur primaire.

**Dans le cercle de Tenenkou**, l'économie repose sur le triangle : élevage-pêche-agriculture. Les trois activités sont très développées, grâce à la présence du bras Diaka (défluent du Niger). Le mode d'élevage est extensif<sup>10</sup> et caractérisé par un mouvement de transhumance. En effet en saison sèche le bétail vit dans la zone inondée au niveau des grandes bourgoutières de Décembre en Juin puis vers la zone exondée de Juillet à Novembre. Ce mouvement permanent caractérise le système pastoral du cercle. Les vaches laitières restent au niveau des villages pour les besoins alimentaires des familles.

Les vastes plaines irrigables regorgeant d'herbes propices à l'élevage, de poissons en quantité et en qualité et propice également pour la riziculture. Le petit mil est aussi cultivé dans la zone exondée, notamment dans la commune de Karéri et de Kiguiri, y compris quelques villages et hameaux des communes de Diaka et de Diafarabé. L'artisanat, le commerce et le trafic sont très développés, grâce à la porosité de la frontière avec la Mauritanie. La pauvreté impacte négativement le quotidien des populations.

Tous les secteurs socio-économiques des zones d'étude sont affectés car les déplacements des populations sont limités du fait de l'insécurité. En effet, à cause de la crise sécuritaire, aggravée par le conflit intercommunautaire, la population a été victime des mesures sécuritaires en interdisant la circulation des motos. Entre février et juillet 2017, l'Etat a interdit la circulation des motos de 6h PM à 6h AM). Cette décision de l'Etat a réduit considérablement la fréquentation des foires par les populations.

**Quant au cercle de Bandiagara**, son économie est essentiellement basée sur le secteur agropastoral<sup>11</sup>. Les petits barrages occupent une place importante dans l'économie du plateau (cultures maraichères) mais aussi ils représentent un risque potentiel de maladies (paludisme, schistosomiase

---

<sup>10</sup> Direction régionale de la santé, Plan de développement socio-sanitaire du cercle de Tenenkou 2014 - 2018

<sup>11</sup> Direction régionale de la santé, Plan de développement socio-sanitaire du cercle de Bandiagara 2013- 2017, décembre 2012

et autres) pour la population exploitante. L'agriculture occupe une place de premier choix, avec des cultures vivrières et celles de rente. Les cultures vivrières concernent les céréales (le mil, le sorgho, le fonio), le riz, l'arachide, le Wandzou et le sésame est en grande partie commercialisé.

L'élevage et le commerce y sont également développés, grâce à sa position de carrefour entre les cercles de Mopti, Douentza, Koro et Bankass. Les plus importants marchés sont au nombre de sept (7). Il s'agit des marchés de Bandiagara, Sangha, Ningari, Mory, Dourou, Kendié et Goundaka. Ces nombreux marchés (foires) hebdomadaires contribuent aussi aux activités économiques.

#### **3.1.4. Description de la situation sanitaire**

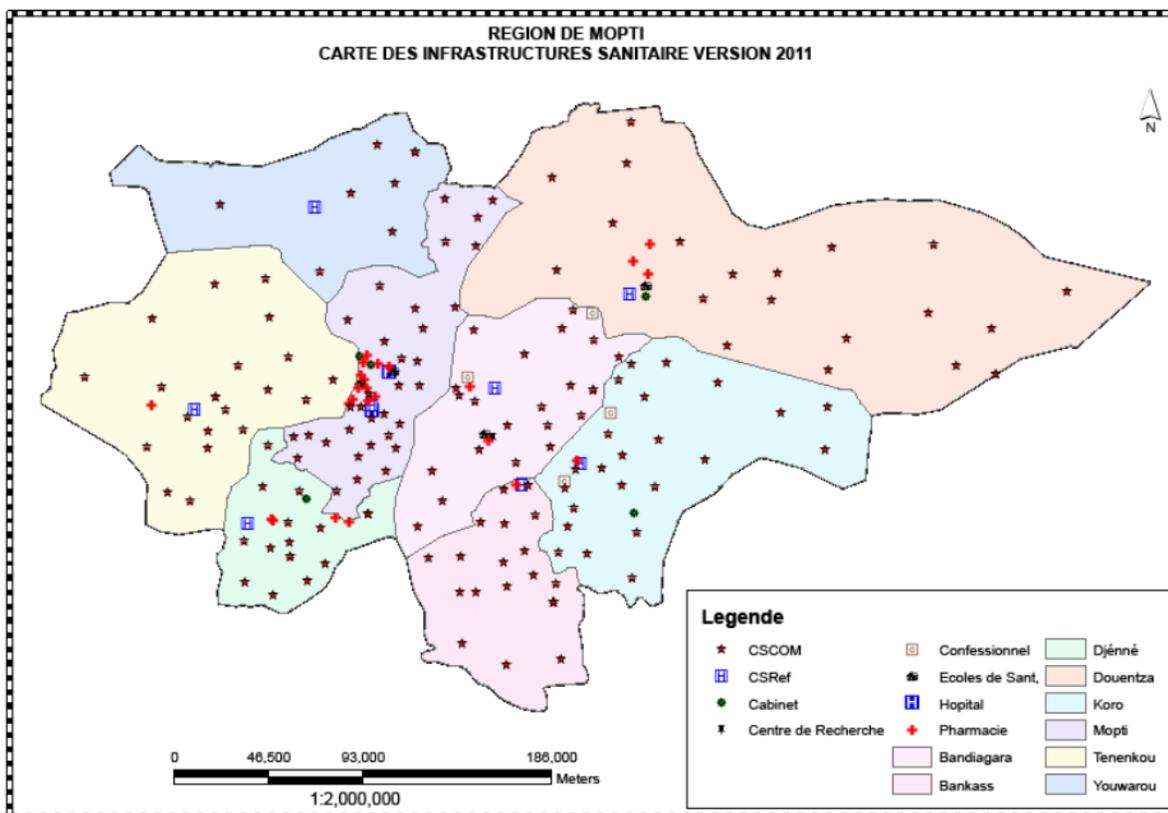
Au Mali, le concept de PF comprend un ensemble de mesures et de moyens de régulation de la fécondité, d'éducation et de prise en charge d'affections de la sphère génitale, mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantiles et juvéniles notamment celles liées aux IST-VIH/SIDA, aux grossesses non désirées, aux avortements et assurer ainsi le bien-être familial et individuel<sup>12</sup>.

En 2017, la région de Mopti comptait<sup>13</sup> de nombreux établissements sanitaires dont la répartition se présente comme suit : 1 hôpital, 8 CSRéf et 171 CSCom. Il convient de noter que le CSCom de Kita (cercle de Tenenkou) serait fermé depuis la crise de 2012.

---

<sup>12</sup> Définition tirée du document de politique et normes des services de santé de la reproduction, édition juin 2013

<sup>13</sup> Annuaire statistique 2016, Direction Nationale de la Santé, 2017



**Figure 1: Carte sanitaire de Mopti**

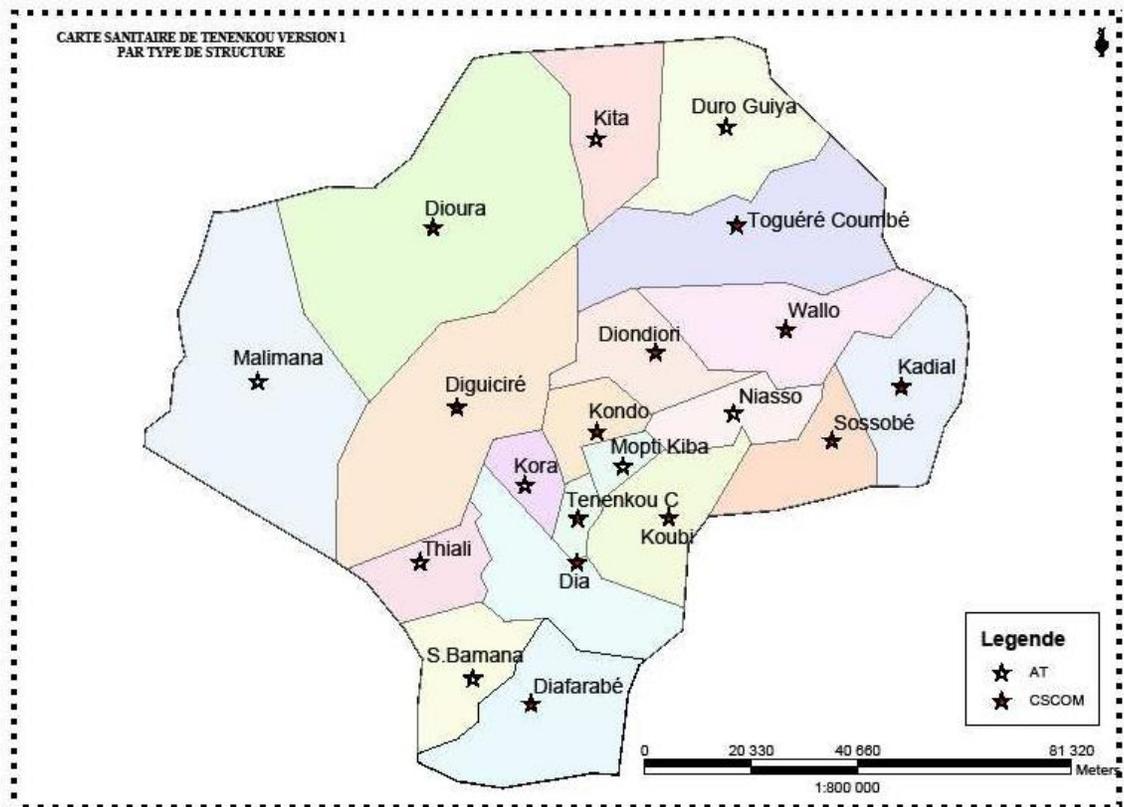
**Source :** Ministère de la Santé, CPS, 2011.

### **Nombre d’infrastructures sanitaires, personnel qualifié/formé**

Cette section va porter sur la situation sanitaire dans les cercles de Tenenkou et de Bandiagara.

**Le cercle de Tenenkou** compte 21 Centres de santé communautaire (CSCoM) et un Centre de Santé de Référence (CSRéf) fonctionnels. Il y a dix communes dans le cercle et chacune d’elles abrite au moins un centre de santé. S’agissant du personnel qualifié, contrairement aux normes de l’Organisation Mondiale de la Santé en ratio personnel qualifié/population qui préconisent 23 professionnels de santé pour 10 000 habitants, ce ratio<sup>14</sup> est de 0,70/10 000 hab. pour les médecins, de 0,73/10 000 hab. pour les sages-femmes, et de 1,38/10 000 hab. pour les infirmiers dans la région de Mopti. De plus, le rapport d’évaluation rapide et multisectorielle dans le cercle de Tenenkou (19-20 mars 2014) souligne l’insuffisance d’ambulance et d’autres équipements, notamment des motos et des points d’eau dans les CSCoMs.

<sup>14</sup> DNS 2007 in: OCHA, Profil humanitaire de la région de Mopti, juin-décembre 2017 <https://reliefweb.int/report/mali/mali-profil-humanitaire-de-la-r-gion-de-mopti-juin-d-cembre-2017>



**Figure 2: Carte sanitaire de Tenenkou**

Source : OCHA, CPS ministère de la santé, 2008

Grâce à l'intervention de l'ONG MDM-France<sup>15</sup>, vingt (20) de 21 CSCOM sont fonctionnels grâce à son intervention avec le financement d'ECHO. L'accès aux soins de santé essentiels est amélioré, les vaccins et les médicaments essentiels sont disponibles grâce à l'appui d'ECHO. Les CSCOM reçoivent des intrants nutritionnels grâce au PAM et l'UNICEF. Néanmoins, on note une insuffisance de moto-ambulances dans les CSCOM et autres équipements dans les CSCOM, notamment des motos et des points d'eau.

<sup>15</sup> OCHA, 2014, p.7

#### 4. RESSOURCES HUMAINES

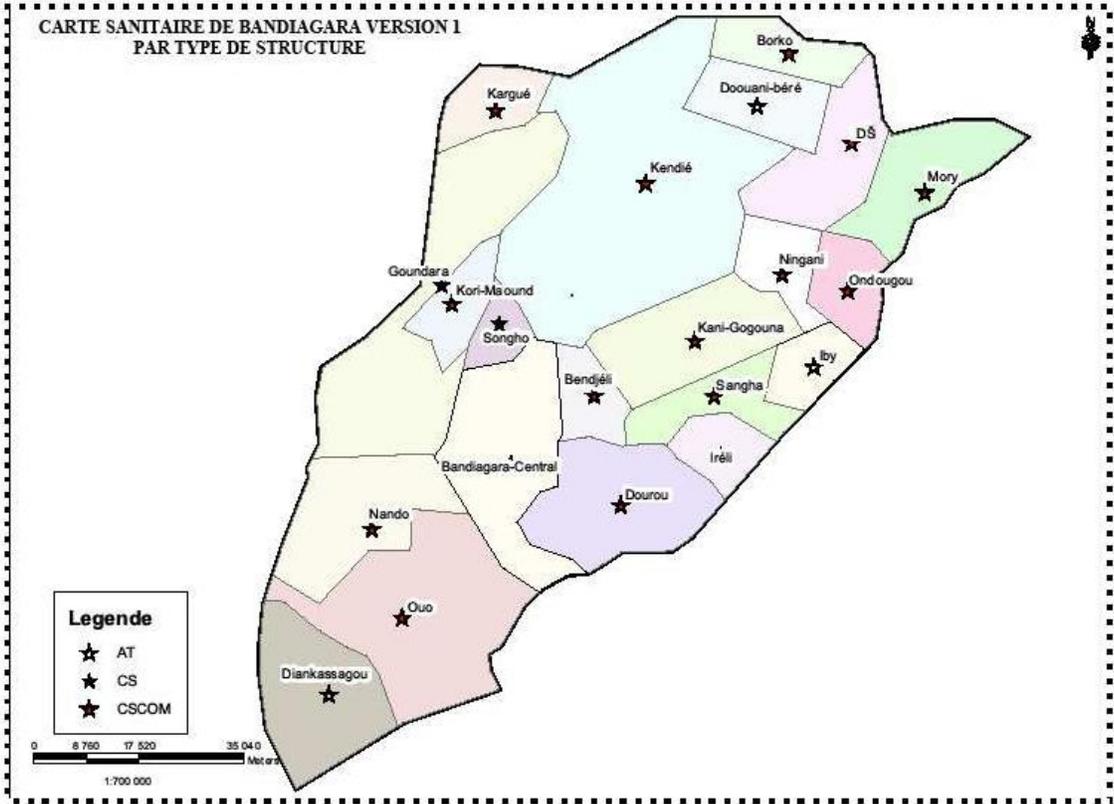
**Tableau I: Situation du personnel soignant du cercle de Tenenkou**

Nom du cercle	Médecin Généraliste	I.D.E	Labo – Pharmacien	Sage-femme	Matrone	Infirmière obstétric	TSS Santé publique	TS Santé Publique	Aide-soignant	ATS Santé Publique
Cercle de Tenenkou	4	1	1	3	15	2	3	11	16	1
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>1</b>

**Source :** Ministère de la santé, CPS, carte sanitaire du Mali, version 1, tome 2, équipements sanitaires-personnels et établissements privés, année 2007-2008

**Quant au cercle de Bandiagara**, il compte 27 aires sanitaires fonctionnelles réparties dans différentes localités du cercle et un Centre de Santé de Référence (CSRéf) fonctionnels.

Figure 3: Carte sanitaire de Bandiagara



Source : OCHA, CPS ministère de la santé, 2008

**Tableau II: Personnel Sanitaire des CSCom et CS par Structure en 2012**

Nom de l'aire	Médecin	I.D.E.	Assistants Médicaux	Infirmier du 1 <sup>er</sup> Cycle	Sage-femme	Matrone	Infirmière obstétric.	Gérant	Aide-soignant
Bgara centrale	1	1	0	0	1	2	1	1	1
Bendjéli	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Borko	0	0	0	1	0	1	0	1	1
Ed	0	0	0	1	0	1	0	1	1
Dourou	0	0	0	1	0	2	0	1	1
Goundaka	0	0	0	1	0	1	1	1	1
Ili	0	0	0	1	0	2	0	1	1
Kani-G	0	1	0	0	0	2	0	1	1
Kargué	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Kendié	0	0	0	1	0	2	1	1	1
Kori-Maoudé	0	0	0	1	0	1	0	1	1
Mory	0	0	0	1	0	1	0	1	1
Nando	0	0	0	1	0	1	0	1	1
Nigari	0	0	0	1	0	1	0	1	1
Ondougou	0	0	0	1	0	1	0	1	1
Oui	0	0	0	1	0	2	0	1	1
Kama	1	0	0	1	1	2	0	1	1
Sangha	1	0	0	1	1	2	0	1	1
Songho	0	0	0	1	0	1	0	1	1
Diangassegou	0	0	0	1	0	1	0	1	1
Yendouma	0	0	0	1	0	1	0	1	1
Doganibéré	0	0	0	1	0	1	0	1	1
iby	0	0	0	0	0	1	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	<b>29</b>	<b>3</b>	<b>23</b>	<b>23</b>

**Source :** Données de la DNP analysées par la NEP/CREDOS, rapport d'activités, année 2012, période du 1/1/2012 au 31/12/2012

### **Distances entre les CSCom et les CSRéf de Tenenkou**

Tout comme la région, le cercle de Tenenkou est constitué d'une zone exondée couvrant la commune de Karéri et une partie de la commune de Toguéré Coumbé. Toutes les autres communes du cercle sont situées dans la zone inondée et enclavée : Diafarabé ; Diaka ; Ouro-Guiré ; Tenenkou ; Sougoulbé; Ouoro Ardo; Toguéré Kotia; Diondiori et Toguéré Coumbé. Il faut aussi noter que le cercle de Tenenkou est enclavé par le fleuve Niger et plusieurs marres et lacs, qui font que la zone est accessible par route seulement de mars à juillet et par voie fluviale d'août à février. Même en période de décrue du fleuve Niger, le transport fluvial par pirogues motorisées reste affecté négativement. La boue affecte la circulation des motos et des cars. En l'absence de toute route bitumée, les pistes rurales restent l'alternative pour la circulation.

Dans le cercle de Tenenkou, la plupart des villages sont situés dans un rayon de 15 Km des centres de santé. Cependant, il y a des villages de la commune de Karéri, qui se situent à plus de 75 km du CSCom de Malémana. Le village de Sikéré Finadji est un exemple parmi tant d'autres.

**Tableau III: Zone sanitaire de Tenenkou**

Nom du cercle / zone sanitaire	Tenenkou
Région	Mopti
Cercles, régions ou pays limitrophes	Youwarou, Mopti, Djené, Niono et Macina
Distance cercle- capitale régionale	110 Décrue et 500 Crue
Nombre de communes	10
Nombre de communes urbaines	1
Nombre de communes rurales	9
Superficie en km <sup>2</sup>	11 297
Population totale (DNP), 2012	183 695

*Source : Rapport d'activités, année 2012, période du 1/1/2012 au 31/12/2012*

**Tableau IV: Distance entre les CSCOM et le CSREF de Tenenkou**

Distances	Population			Proportion		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Moins de 5 Km	223 871	239 124	272 882	128.60	136.15	148.55
Entre 5 et 15 Km	107 267	93 339	119 541	61.62	53.14	65.08
Entre 15 Km et 30 Km						
Plus de 15 Km						
Plus de 30 Km						
TOTAL	174 088	175 635	183 695	100.00	100.00	100.00
<5 Km CSCom fonctionnel			149	0.00	0.00	0.08

*Source : Rapport d'Activités, année 2012, période du 1/1/2012 au 31/12/2012*

#### **Distance entre les CSCom et le CSRéf de Bandiagara**

Dans le cercle de Bandiagara, certains CSCOM sont distants du CSREF impliquant ainsi des difficultés d'évacuation en raison du terrain accidenté car c'est le cercle des falaises. C'est le cas de Kori-Maoudé situé à 27 km ou de Kargué situé à 109 km de la ville de Bandiagara. Au-delà de la question de la distance, le problème se situe au niveau des contraintes naturelles car certaines localités sont enclavées et difficiles d'accès à cause des chemins rocailleux. La prise en charge des cas urgents est impossible sans les voies d'accès vers le centre de santé de référence de Bandiagara.

Dans le cercle, les taux d'accouchements assistés ont augmenté entre 2009 et 2012 comme suit : 35,85% en 2009; 49,29% en 2010; 48,37 en 2011 et 50,06 en 2012.

**Tableau V: Zone sanitaire de Bandiagara**

Nom du cercle / zone sanitaire	Bandiagara
Région	Mopti
Cercles, régions ou pays limitrophes	Bankass, Koro, Mopti et Djenné
Distance cercle- capitale régionale	75 Km
Nombre de communes :	21
Nombre de communes urbaines	1
Nombre de communes rurales	20
Superficie	7700 km <sup>2</sup>
Population totale (DNP) 2012	356 931
Poids de la population du cercle dans la région	16.00

**Source** : Rapport d'Activités, année 2012, période du 1/1/2012 au 31/12/2012

### 3.1.5. Partenaires des deux interventions

La PF et l'AAPQ sont appuyées par des ONG qui accompagnent les CSRéf dans la réalisation des activités, pour Tenenkou, il s'agit de :

- L'Association Malienne pour la Protection et le Développement de l'Environnement au Sahel (AMPRODE/SAHEL) ;
- Debbo Lafia ;
- International Rescue Committee (IRC)<sup>16</sup> ;
- Médecins Sans frontière-France (MSF-France).

Pour Bandiagara, les partenaires qui œuvrent pour la promotion de la pratique de la PF sont :

- Le groupe Marie Stopes Mali ;
- Blue star ;
- L'ONG locale « YA-G-TU ».

<sup>16</sup>L'ONG IRC octroie une prime de 50.000FCFA au DTC et une somme allant de 70.000F à 100.000F aux Associations de Santé Communautaire (ASACO).

## Méthodes

Cette section fournit des informations sur le choix de l'approche qualitative, des sites d'enquête, des techniques et instruments d'enquête, de la période de l'étude, etc.

Eu égard aux objectifs de l'étude, l'approche méthodologique a été exclusivement qualitative. Avant le démarrage de l'étude, les responsables ont entrepris une série de démarches d'assurance-qualité et de respect de la déontologie en matière de recherche.

A présent, nous allons décrire les sites d'enquête, les conditions de l'étude, les techniques de collecte (l'entretien individuel, le focus-group, la recherche documentaire et l'observation directe), l'outil/instrument (guide d'entretien par cible).

### 1.3. Les sites de l'étude

Les sites ont été choisis de façon raisonnée en fonction de la situation de zones inondées et exondées qui caractérisent la région de Mopti, de la diversité linguistique et du niveau de couverture de ces deux interventions. À partir d'une méthodologie qualitative, l'enquête s'est déroulée du 11 au 20 novembre 2017 dans le cercle de Tenenkou situé en zone inondée et du 13 au 23 novembre 2017 Bandiagara en zone exondée. En plus des critères relatifs à la diversité socio-culturelle, à l'accessibilité géographique, le choix de ces deux cercles s'explique aussi par la faiblesse du niveau des indicateurs en matière de l'AAPQ et de la PF. En effet, leurs niveaux de couverture sont particulièrement faibles à Mopti : 27,5% contre 57,3% au niveau national pour AAPQ et 3,1% contre 10,3% au niveau national pour la prévalence contraceptive.

Cette étude a été menée dans les cercles de Bandiagara et de Tenenkou dans la région de Mopti, au Mali.

Bandiagara est principalement une zone rurale de la région de Mopti dont l'économie est basée sur l'agriculture et l'élevage. Les principaux groupes ethniques sont les Dogons et les Peuls. Le cercle de Bandiagara compte 317965 habitants (RGPH 2009).

Tenenkou compte 163 641 habitants (RGPH 2009). C'est une zone relativement isolée de Mopti dont certaines parties sont accessibles seulement par pirogue durant la saison des pluies. La culture du riz, la pêche, l'élevage et le maraîchage sont les principales activités. Il est composé de personnes appartenant aux groupes ethniques Peul, Bozo, Bambara, Soninké et Dogon.

## 1.4. Les communes et les villages enquêtés

Tableau VI: Liste des communes et villages enquêtés

CERCLES	COMMUNES	VILLAGES
TENENKOU	Ouro-Guiré	Koubi
	Toguérou coumbé	Wallo
		Kamaka Sébé
	Tenenkou	Tenenkou
	Commune de Diafarabé	Diafarabé
		Mamba
	Commune de Diaka	Dia
	Ouro-Ardo	Kondo
	Diondiori	Diondiori et Niasso
	Commune de Sougoulbé	Kora
	Commune de Karéri	Malémana
BANDIAGARA	Bandiagara	Bandiagara
	Koundiala	Koundiala
	Kouri-Maoudé	Kouri-Maoudé
	Doucombo	Doucombo

Après une discussion avec le personnel de santé de chaque cercle, les communes et villages ont été choisis sur la base des critères d'accessibilité géographique, de la diversité ethnique des populations, de sécurité des chercheurs et de leurs assistants.

## 1.5. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative dans les cercles de Bandiagara et de Tenenkou dans la région de Mopti au Mali.

## 1.6. Outils de collecte des données

Compte tenu de la spécificité des localités concernées et de l'objet d'étude, différents guides d'entretien ont été adressés à chaque catégorie présentée ci-dessus.

L'usage de l'entretien (individuel ou de groupe) visait à rechercher les manières de voir les choses de la part des acteurs étudiés, c'est-à-dire le sens, les systèmes de sens des faits, les modèles culturels. Ces faits concernent les systèmes de représentations (pensées construites) et les pratiques sociales (faits expériences). Les données recueillies renvoient aux idéologies, aux valeurs, aux représentations, aux images et au sens que les acteurs confèrent à leurs pratiques. Elles concernent aussi les expériences personnelles, les trajectoires, les processus.

En plus de la revue documentaire, l'étude a utilisé des techniques de discussions collectives (focus-groupe) et l'entretien individuel. Les techniques d'enquête se présentent comme suit :

- Focus groupes avec des femmes mariées ;
- Focus groupes avec des hommes mariés ;
- Focus groupes avec des femmes âgées ;
- Interviews individuelles avec des adolescentes de 15 à 17 ans ;
- Interviews individuelles avec des couples mariés ;
- Interviews individuelles avec des prestataires de services de santé et des autorités locales.

Les guides d'entretien pour chaque catégorie de répondant comportaient des questions sur la connaissance sur la planification familiale, la disponibilité des services de santé reproductive et maternelle au niveau des structures de santé, les prises de décisions sur les motifs de consultations, l'accessibilité des soins et les perceptions de la qualité des soins.

A la fin de chaque journée, les enquêteurs faisaient une synthèse qui leur permettait d'adapter les guides d'entretien.

### 1.7. Échantillonnage des cibles

Le nombre maximum de participants qui étaient prévus pour cette étude est présenté dans les deux colonnes de gauche du Tableau I ci-dessous. Les deux colonnes de droite indiquent le nombre réel enquêté.

**Tableau VII: Echantillonnage en fonction des cibles**

<b>Cibles</b>	<b>Nombre Total par groupe</b>	<b>Nombre de personnes</b>
Focus group hommes mariés	4	40
Focus group femmes mariées	4	40
Focus group musokoroba	4	40
<b>Total focus</b>	<b>16</b>	<b>120</b>
Dyades femmes mariées	18	18
Dyades hommes mariés	18	18
Entretien individuel leaders locaux	18	18
Entretien individuel adolescentes	18	18
Entretien individuel agent de santé	12	12
Entretien individuel leader d'ONG	3	3

## **1.7. Les critères d'inclusion et de non inclusion par cible enquêtée**

### **Hommes mariés**

Critères d'inclusion :

- Être âgé de 18 à 49 ans
- Être marié (mariage religieux, traditionnel ou civil)
- La participation doit être libre, volontaire et gratuite.
- Être capable de donner son consentement

Critères de non inclusion :

- Refus de répondre aux questions

### **Femmes mariées**

Critères d'inclusion :

- Être âgée de 18 à 49 ans
- Être mariée (mariage religieux, traditionnel, ou civil)
- La participation doit être libre, volontaire et gratuite.
- Être capable de donner son consentement

Critères de non inclusion :

- Refus de répondre aux questions

### **Femmes âgées**

Critères d'inclusion :

- Être âgée de 50 ans ou plus

Critère de non inclusion :

- Femme n'ayant jamais eu d'enfant

Entretiens individuels approfondis

### **Dyades Familiales (Homme et Femme)**

Critères d'inclusion

- Les deux parties doivent être âgées de 15 à 49 ans
- Consentement des deux parties mariées
- Disponibilité des deux parties au moment de la collecte de données

Critères de non inclusion :

- Absence d'un(e) partenaire
- Refus de l'une des parties de prendre part à l'étude

## **Adolescentes**

### Critères d'inclusion

- Être âgée de 15 à 17 ans
- Pour les femmes non mariées : le tuteur donne le consentement pour la participation à l'étude

### Critères de non inclusion :

- Le tuteur refuse de donner le consentement pour la participation à l'étude.

## **Autorités locales**

### Critères d'inclusion :

- Être un leader local (i.e. : chef de village, chef de quartier, chef religieux).
- La participation doit être libre, volontaire et gratuite.

### Critères de non inclusion :

- Être habitant du village depuis une période d'au moins 6 mois

## **Prestataires de services de santé**

### Critères d'inclusion :

- Avoir vécu dans le village d'au moins durant 3 mois et ou travaillé dans le village pendant au moins 3 mois
- Être prestataire de santé (sage-femme, infirmière, accoucheuse traditionnelle, relais, ASC)

### Critères de non inclusion :

- Ne pas avoir vécu ou travaillé dans le village en deçà de 3 mois
- N'être pas concerné par la PF et l'AAPQ

## **Représentants d'ONG**

### Critères d'inclusion :

- Travailler dans un domaine lié à la planification familiale ou à l'AAPQ dans la zone désignée.

### Critère de non inclusion :

- Ne pas travailler dans un domaine lié à la planification familiale ou à l'AAPQ dans la zone d'étude

## **1.8. La certification CTI et le comité d'éthique**

L'investigatrice Principale Melinda Munos, le coordinateur scientifique de l'étude au Mali Bréma Dicko ainsi que les deux responsables de la NEP en charge de la supervision de l'étude ont tous passé un examen de Certification CTI sur internet. Ensuite, le protocole de recherche a été approuvé en octobre 2017 par le comité d'éthique à Bamako et préalablement par celui de Johns Hopkins.

## **1.9. Déroulement de l'étude**

Conformément au protocole de recherche validé par les comités d'éthique, toutes les cibles ont été rencontrées. La formation des deux équipes a eu lieu à Bamako. La procédure de recrutement a respecté les critères d'inclusion et de non inclusion. Il en est de même pour la procédure de consentement pour les adolescentes qui a été obtenue auprès des tuteurs.

Il convient de noter que le recrutement des facilitateurs locaux dans les deux cercles de l'étude a été un choix judicieux qui nous a dispensé de l'utilisation de la technique dite de boule neige qui avait été aussi proposée dans le protocole. Les facilitateurs nous ont été d'un grand apport car ils ont procédé à l'identification des cibles sur la base des critères retenus dans le protocole. Leur connaissance des contextes locaux et la maîtrise des langues locales ont permis de gagner du temps durant l'enquête.

De même, conformément au protocole de recherche, les équipes ont procédé à des débriefings journaliers afin de faire le point sur l'avancement de la collecte des données. C'est ainsi que les aspects éthiques ont été pris en compte.

Dans cette section, nous allons présenter l'échantillonnage final de l'étude ainsi que la procédure de l'étude.

## 1.10. Echantillonnage des cibles

**Tableau VIII: Echantillonnage en fonction des cibles**

Cibles	Nombre prévu par technique	Nombre personnes prévues	Nombre réalisé par techniques	Nombre total de participants
Focus group hommes mariés	4	40	4	38
Focus group femmes mariées	4	40	7	66
Focus group muso koroba	4	40	4	48
Femmes âgées (muso koroba)				
Entretien Individuel (EI)	-	-	7	7
Dyades femmes mariées	18	18	8	14
Dyades hommes mariés	18	18	7	12
Entretien individuel leaders locaux	18	18	8	8
Entretien individuel hommes mariés	0	0	1	1
Beaux-parents	0	0	8	8
Entretien individuel adolescentes	18	18	10	10
Entretien individuel agent de santé	12	12	15	15
Entretien individuel leader d'ONG	3	3	4	4

## 1.11. La formation des équipes à Bamako

Après la validation du protocole par le comité d'éthique en octobre 2017, le coordinateur scientifique a finalisé le recrutement des enquêteurs, des chercheurs seniors et des superviseurs. Leur choix était basé sur des critères d'expertise, de la connaissance de la région, de la maîtrise d'au moins une langue locale et de la disponibilité. Cette équipe était composée de deux superviseurs et de six assistants de recherche. A ceux-ci, ajoutaient les deux enquêteurs recrutés sur place à Bandiagara. Il s'agissait d'une femme et d'un homme qui ont une maîtrise des langues locales ainsi que des enquêtes similaires.

Ensuite, le coordinateur scientifique a organisé en début novembre 2017, deux journées de formation méthodologique à l'intention des superviseurs, des chercheurs seniors et juniors au CREDOS. Cette formation a porté sur les objectifs de l'étude, les procédures de collecte de données, le nombre d'entretiens à mener et les exigences en matière de rapportage.

Le conseiller résident de la NEP a édifié les participants sur la plateforme NEP ainsi que sur l'importance de cette étude.

Par ailleurs, le coordinateur de la NEP a notifié l'envoi des lettres d'information aux autorités administratives de la région de Mopti plus spécifiquement aux acteurs suivants :

- Le gouverneur de la région ;
- Les deux préfets de Bandiagara et de Tenenkou ;
- Le Directeur régional de la santé ;
- Les médecins chefs des deux districts concernés.

Chaque équipe de recherche a reçu les copies de ces lettres ainsi que des ordres de mission établis par le CREDOS.

## **1.12. Procédures de l'étude**

Cette section fournit des détails sur les procédures de l'étude.

### **Processus de Recrutement**

A titre de rappel, deux cercles (Bandiagara et Tenenkou) ont été sélectionnés pour l'étude afin de fournir un échantillon qui a tenu compte de la diversité socioculturelle et des activités économiques des populations de la région. A l'intérieur de chaque district, des villages ont été délibérément sélectionnés sur la base de la sécurité et de l'accessibilité pendant l'hivernage.

Dans le cercle de Bandiagara, quatre communes ont été choisies : - Bandiagara - Koundialan - Kori-Maoudé – Doucombo.

S'agissant du cercle de Tenenkou, les données ont été recueillies principalement dans les communes de Diafarabé, de Tenenkou et de Diaka, pour les communes de Ouro-Guiré, Sougoulbé, Karéri, Diondiori, Ouro-Ardo et Toguéré-Coumbé, les élus communaux, les Directeurs Techniques des Centres de santé (DTC), les chefs Coûtumiers et les citoyens lambda<sup>17</sup> ont été rencontrés à la foire à Tenenkou.

Dans chaque cercle, les enquêteurs ont rencontré les autorités locales avec un ordre de mission et une lettre expliquant les buts et le protocole de l'étude. Dans chaque village retenu, ils se sont présentés aux autorités traditionnelles et religieuses pour les informer du but de cette recherche et pour identifier des participants potentiels.

---

<sup>17</sup>Citoyen lambda se caractérise, dans cette étude, par toute personne susceptible de fournir des informations sur les différentes thématiques. Les citoyens lambda ont été classés selon leur cible.

Dans le cercle de Bandiagara, deux enquêteurs (dont une femme) natifs et locuteurs de la langue Dogon et Peul ont été recrutés pour renforcer l'équipe. Les enquêteurs se sont faits aidés par des facilitateurs locaux.

Pour recruter les participants potentiels, les enquêteurs ont utilisé un texte rédigé à cet effet, qui explique les objectifs d'ensemble de l'étude, vérifie l'éligibilité et confirme l'intérêt dans la participation.

Par ailleurs, nous avons décidé d'utiliser la technique de l'échantillonnage dite de boule de neige afin de sélectionner des participants supplémentaires. En plus, les enquêteurs ont porté une attention à la composition des participants dans chaque village en tenant compte des aspects socio-culturels. C'est ainsi que l'enquête s'est déroulée jusqu'à atteindre la saturation.

### **Procédure de Consentement**

Les enquêteurs ont obtenu un consentement éclairé des participants à l'étude comme cela avait été exigé lors de leur formation à Bamako. Avant de mener l'entretien, l'enquêteur lisait à haute voix et présentait le formulaire de consentement au participant. Les enquêteurs ont expliqué aussi : ce qu'on entend par consentement et pourquoi cela est demandé à chaque participant(e). Le formulaire de consentement stipule que les participants potentiels étaient libres de participer ou de ne pas participer à l'étude sans aucune conséquence. Après avoir lu le formulaire de consentement, les enquêteurs ont répondu aux questions posées par les participants sur le consentement. Par la suite, ils signaient et dataient la fiche de consentement.

L'étude concernait les adolescentes âgées de 15 à 17 ans. Les mariées étaient considérées comme des adultes dans ce milieu et nous avons obtenu leur consentement et les non mariées étaient considérées comme mineures et leur consentement a été sollicité et obtenu auprès d'un tuteur.

Chaque superviseur de zone surveillait aussi le processus de consentement et faisait une retro information aux enquêteurs. Les formulaires de consentement étaient rédigés en français et ils ont été lus dans la langue locale aux participants non lettrés.

#### **1.13. Exécution de l'étude**

Les personnes ayant fourni un consentement ont participé à un focus group ou un entretien individuel, certains étaient dans les deux groupes. La durée moyenne pour les entretiens individuels était de 45 minutes et de 2 heures pour les focus groups. Les entretiens individuels ont eu lieu dans ou près des ménages des participants. Les discussions en groupes thématiques ont lieu dans un endroit de rencontre commun dans le village.

La collecte de données s'est réalisée dans le délai des 2 semaines prévues dans le protocole grâce au recrutement des facilitateurs locaux dans les deux cercles de Bandiagara et de Tenenkou. Ces

derniers ont été d'un apport considérable car au-delà de la maîtrise des langues Dogon et Peule, ils ont identifié des potentiels participants dans le cercle avant le démarrage de l'enquête. Cela a permis un gain de temps. De plus, leur maîtrise du contexte socioculturel et sécuritaire a permis de réaliser l'étude dans de meilleures conditions.

Tous les entretiens du cercle de Bandiagara ont pu être enregistrés avec l'accord des différentes cibles. Cependant, dans le cercle de Tenenkou, seulement 18 entretiens ont été enregistrés sur un total de 59 réalisés dans le cercle. La raison est double. D'une part, certains n'ont pas été enregistrés sur demande des intéressés – craignant d'éventuelles conséquences eu égard à l'insécurité qui sévit dans le cercle. D'autre part, le chef d'équipe de Tenenkou, ayant oublié son dictaphone à Bamako, s'est contenté de prises de notes. Son expertise en matière d'enquête qualitative, lui a permis de saisir la quintessence des entretiens dont il avait la charge.

En somme, les entretiens enregistrés ont été résumés par écrit, et des notes ont été prises pour ceux qui n'ont pas été enregistrés.

#### **1.14. Vérifications et correction des données collectées sur le terrain**

Nous avons effectué une analyse progressive de données durant toute la durée de l'étude au cours de sessions journalières de restitution d'équipes. Au cours de ces restitutions, le superviseur de l'étude qualitative lisait et conduisait l'analyse initiale des transcriptions au fur et à mesure qu'ils devenaient disponibles.

Ensuite, les chercheurs seniors ont rédigé chacun un rapport de recherche sur la base d'un plan de rédaction élaboré par le coordinateur scientifique. Ce dernier a ensuite réalisé un rapport préliminaire de supervision suivant la structure provisoire acceptée par le CREDOS et la principale investigatrice de Johns Hopkins University (JHU). Ce premier rapport a été réalisé grâce à la technique qualitative d'analyse de contenu. Celle-ci a permis de procéder à une analyse thématique des données, de saisir l'essentiel des verbatims et de procéder à des comparaisons et des synthèses entre les deux sites de l'étude.

#### **1.15. Transcriptions des entretiens**

La transcription des entretiens a été faite par les chercheurs seniors et les assistants de recherche. Le travail a commencé sur le terrain d'enquête pour se terminer à Bamako. Concrètement, elle consiste en la saisie des réponses fournies par les enquêtés lors des entretiens. Ces derniers n'ont pas été tous enregistrés conformément au souhait de certains répondants, dans ce cas, les chercheurs concernés ont transcrit les prises de notes.

## **1.16. Techniques de codage et traitement des données avec le logiciel Sphinx qualitatif**

Conformément au protocole validé par les comités d'éthique (malien et américain), nous avons utilisé le logiciel d'analyse Sphinx quali qui permet à la fois de faire le tri à plat, le tri croisé ainsi qu'une analyse lexicale des entretiens codifiés. La procédure d'encodage se présente comme suit :

- L'édition de tous les outils utilisés dans le cadre de l'étude ;
- La création des renvois automatiques en fonction des réponses des enquêté(e)s ;
- L'encodage par cible tout en suivant l'enregistrement question par question.

A la fin de l'encodage des données, nous avons procédé à une vérification des "observations"<sup>18</sup>. Chaque focus-group est codifié comme une seule observation (un entretien dans le langage du logiciel sphinx). Il en est de même pour les dyades. A la fin de l'encodage des données, nous avons procédé à une vérification des "observations"<sup>19</sup>.

Enfin, suivant les objectifs de l'étude, nous avons procédé au traitement des données en tenant compte des variables (sexe, religion, etc.). En plus des tableaux et des graphiques générés, nous avons procédé à l'analyse de quelques extraits de verbatims illustratifs des deux thématiques de l'étude. Ce rapport présente les principales données issues de ce traitement.

### **Techniques d'analyse des données avec le logiciel Sphinx qualitatif**

L'approche qualitative est une approche itérative. L'analyse est itérative dans la mesure où elle débute dès les premiers entretiens. Nous avons effectué une analyse progressive de données durant toute la durée de l'étude au cours de sessions journalières de restitution d'équipes. Les restitutions étaient dirigées par le superviseur qui a accompagné les enquêteurs pendant toute la durée de l'étude. Au cours de ces restitutions, le superviseur de l'étude qualitative lisait et conduisait l'analyse initiale des transcriptions au fur et à mesure qu'ils devenaient disponibles.

A l'issue des enquêtes de terrain, les équipes ont retranscrit les entretiens audios. Ceux qui n'ont pas été enregistrés sur demande des enquêté(e)s ont pu faire l'objet de prise de notes. Celles-ci ont été relues et rédigées conformément aux questions auxquelles se rapportaient les notes.

Ensuite, les chercheurs séniors ont rédigé chacun un rapport de recherche sur la base d'un plan de rédaction élaboré par le coordinateur scientifique. Ce dernier a ensuite réalisé un rapport

---

<sup>18</sup> Dans le logiciel Sphinx, un entretien est désigné par le terme "observation".

<sup>19</sup> Dans le logiciel Sphinx, un entretien est désigné par le terme "observation".

préliminaire suivant la structure provisoire acceptée par le CREDOS et la principale investigatrice de Johns Hopkins University (JHU). Ce premier rapport a été réalisé grâce à la technique qualitative d'analyse de contenu. Celle-ci permet de procéder à une analyse thématique des données, de saisir l'essentiel des verbatims et de procéder à des comparaisons et des synthèses entre les deux sites de l'étude.

### **1.17. Limites de l'étude**

A l'instar de toute étude scientifique, celle-ci recouvre quelques limites. Le refus de certains enquêtés de se faire enregistrer a été une difficulté aux retranscriptions fidèles de leurs discours riches. Ce refus s'explique par la peur induite par la situation sécuritaire délétère dans le centre du Mali. Cette situation a rendu difficile quelques fois l'encodage de ces entretiens car il a fallu les lire pour distinguer les réponses devant être utilisées dans Sphinx. Néanmoins, les prises de notes effectuées par les chercheurs leur ont permis de réaliser une retranscription substantielle des entretiens.

La situation sécuritaire dans le centre du Mali a rendu difficile l'accès à certaines localités de Tenenkou. Afin d'y pallier, les chercheurs ont profité des foires hebdomadaires de Tenenkou et de Diafarabé pour réaliser des entretiens individuels avec des DTC, des agents de vaccination et d'autres personnes.

Les transcriptions des réponses collectées lors des dyades et des focus-groups ne permettent pas de distinguer suffisamment les réponses de chaque participant. Dans ces retranscriptions, on note des réponses souvent difficiles à utiliser car très peu heuristiques. Il convient de souligner que les réponses souvent sommaires voire de non réponses à certaines questions lors de certains focus-group n'a pas permis de comparer à suffisance les réponses des participants aux focus concernés.

Par ailleurs, certains entretiens ont été réalisés en Peul et d'autres en Dogon par des assistants de recherche à Bandiagara et par des assistants recrutés à Bamako. Il a fallu que ces entretiens soient traduits par les enquêteurs et retranscrits. Cela prend du temps et au-delà, c'est une limite en ce sens que toute traduction est approximative.

De plus, l'insécurité qui sévit notamment dans le cercle de Tenenkou a été un frein à la réalisation de l'enquête dans certaines localités. Afin d'y pallier, les chercheurs ont profité des foires hebdomadaires de Tenenkou et de Diafarabé afin de réaliser des entretiens individuels avec des DTC, des agents de vaccination et des autres personnes.

Enfin, chaque focus-group est codifié comme une seule observation (un entretien dans le langage du logiciel sphinx). Il en est de même pour les dyades. C'est pour cette raison que le total initial de 81 observations codifiées dans le logiciel Sphinx ne coïncidait pas avec l'effectif total des enquêtés (cf tableau 5 ci-dessus). Cela s'explique par le fait qu'en étude qualitative chaque focus-group est codifié comme une seule observation (un entretien dans le langage du logiciel sphinx). Il en est de

même pour les dyades. A la fin de l'encodage des données, nous avons procédé à une vérification des ‘‘observations’’<sup>20</sup>. En effet, un focus-group peu importe l'effectif de ses participants compte pour un seul entretien. Ainsi, une fois transcrit, on peut citer un focus en ces termes dans un texte à titre d'exemple comme suit : « *selon le focus-group des femmes mariées* » ; ou « *les participants au focus-group des hommes mariés indiquent que...* ». Dans ces conditions où un focus-group équivaut à un entretien, il est difficile dans un logiciel tel que le sphinx qualitatif de faire coïncider le nombre total des participants à l'étude avec le nombre d'observations codifiées à moins de multiplier les réponses d'un focus par le nombre de ses participants. C'est l'option que nous avons retenue afin que l'effectif des entretiens codifiés dans le Sphinx coïncide avec l'échantillon final de l'étude.

En somme, il est important de préciser que contrairement aux données quantitatives, l'analyse des discours (données qualitatives) des enquêtés avec un logiciel d'analyse reste limitée car le logiciel ne peut générer ni de graphiques, ni de diagrammes avec les données textuelles. Le logiciel génère cependant des graphiques avec des variables sociodémographiques comme : sexe, âge, profession, etc. C'est pourquoi, l'analyse thématique de contenu est une technique intéressante visant à combler cette lacune des logiciels qualitatifs.

## **1.18. Aspects éthiques**

### **Risques liés à l'étude**

Les risques encourus par les participants concernant leur implication dans l'étude étaient minimes. Le consentement volontaire de chaque participant a été obtenu. Les outils de collecte garantissaient l'anonymat. Les interviews individuelles avec les femmes ont porté sur leur utilisation de la contraception, ce qui implique des informations sensibles et pourrait blesser la femme si ces informations venaient à être divulguées.

D'autres risques étaient liés à la zone d'étude en raison de la situation sécuritaire. Ceci présente un danger potentiel pour le personnel de terrain.

### **Sécurité des données**

Comme avec n'importe quelle étude, il y a toujours des risques liés à la sécurité des données.

Tout a été mis en œuvre pour assurer la sécurité des données, c'est pour cette raison que nous avons formé les enquêteurs sur l'importance de la sécurité de ces dernières. Ces mesures concernaient les dispositions de retrait des cartes mémoire des enregistreurs audio et en faisant en sorte qu'ils les

---

<sup>20</sup> Dans le logiciel Sphinx, un entretien est désigné par le terme ‘‘observation’’.

gardent sur eux ; la suppression de l'historique des appels téléphoniques, la conservation discrète des formulaires papier sur eux-mêmes tout le temps, en conservant les données sur une copie dure dans une pièce fermée à clé à Bamako et enfin, la sécurisation des fichiers audio et les transcriptions sur un serveur sécurisé (JHBox).

Nous avons recruté des enquêtrices et avons essayé d'utiliser uniquement celles-ci pour les interviews individuelles avec les femmes pour réduire n'importe quel malaise concernant les questions sur la contraception.

### **Avantages personnels et sociaux directs**

Il n'y a pas eu d'avantage direct pour les participants à l'étude.

L'identification des obstacles à l'accouchement assisté d'un agent qualifié pour les accouchements, l'accès et l'usage de la planification familiale éclaireront la prise de décisions sur des types d'interventions qui pourraient aider à supprimer ces obstacles. L'équipe de la NEP communiquera ces informations et recommandations aux décideurs politiques maliens afin qu'ils puissent mieux s'orienter dans le processus de prise de décisions avec comme objectif final, la réduction des mortalités maternelles et infantiles dans la région de Mopti.

### **Paiement**

Aucun paiement n'a eu lieu auprès des participants, il n'y a pas eu de conséquence pour les participants qui n'ont pas complété toutes les phases de la recherche.

## RESULTATS ET DISCUSSION

Dans cette partie, nous allons présenter successivement les données relatives à la section PF et à la section AAPQ. Chaque section de la partie sera suivie d'une synthèse analytique. Nous présenterons de façon distincte les résultats et leurs discussions de chaque cercle concerné, en commençant par la PF puis l'AAPQ. En dernier lieu, nous allons évoquer les besoins des répondants liés à la PF et à l'AAPQ. Dans les deux cas, les analyses seront accompagnées de verbatims des cibles enquêtées dans les deux cercles de l'étude.

### Répartition de l'échantillon final par cercle

Tableau IX: Districts sanitaires enquêtés

District sanitaire	Nombre de citation	Pourcentage
Bandiagara	138	53,3
Tenenkou	121	46,7
<b>TOTAL</b>	259	100

## IV. LA PLANIFICATION FAMILIALE

Dans cette partie, nous allons présenter les données relatives aux déterminants de l'utilisation des services de planification familiale dans les cercles de Tenenkou et Bandiagara. Les perceptions des différents acteurs (femmes mariées, adolescentes, leaders religieux, chefferies, hommes mariés, personnel de santé...) seront aussi présentées.

### Perceptions sur la planification familiale

Après la présentation des perceptions des adolescentes et des femmes, nous allons présenter les perceptions des hommes et du personnel de santé.

#### 4.1. Perceptions des adolescentes et des femmes

La plupart des adolescentes n'utilisent pas les services de la PF. Celle-ci est davantage utilisée par les femmes mariées. Les motivations sont présentées ci-dessous.

**Si oui dans quel but les femmes ou les couples doivent utiliser la PF ?**

**Tableau X: Motivations des femmes pour la PF**

Motivations	Nombre de citation	Pourcentage
Non réponse à cette question	215	83,0
Espacement des naissances	22	8,5
Limitation des naissances	3	1,2
Espacement et limitation des naissances	15	5,8
Réduction des dépenses	30	11,6
Bien être de la femme	26	10,0
Santé des enfants	9	3,5
<b>TOTAL</b>	259	100

La PF, pratiquée dans les deux cercles par des femmes mariées et certaines filles, est perçue comme une pratique ayant des avantages telles que :

- La réduction des dépenses;
- L'espace des naissances;
- Le Bien-être de la femme;
- La protection des enfants contre les maladies;
- Le bien-être de la famille, etc.

S'agissant du rapport des adolescentes à la PF, on observe avec les deux tableaux suivants que les adolescentes sont réticentes en majorité pour la PF. D'ailleurs, on observe qu'elles ne veulent pas l'utiliser après le mariage.

- Adolescente / femme et accès à la PF – Est-ce que vous voulez avoir accès à la planification familiale ?

**Tableau XI: Perceptions des adolescentes de la PF**

Motivations	Nombre de citation	Pourcentage
Oui	3	25
Non	9	75
<b>TOTAL</b>	12	100

- **Utilisation après mariage – Est-ce que vous pensez que vous allez utiliser la planification familiale lorsque vous serez mariée ?**

Motivations	Nombre de citation	Pourcentage
Oui	4	33,3
Non	8	66,7
<b>TOTAL</b>	12	100

Dans le cercle de Tenenkou, une adolescente de 15 ans estime qu'«*au Mali, de nombreuses filles contractent des grossesses non désirées ou précoces. Les grossesses non désirées et celles précoces sont souvent liées à la violence sexuelle contre leur gré* ». Les zones d'instabilité, à l'instar de Tenenkou, ont le taux de viol sexuel le plus élevé. Pour éviter la reproduction de ces genres de grossesses, les méthodes de PF peuvent être des solutions. Déscolarisée, elle donne son point de vue sur la PF. Pour elle, «*la planification est une bonne chose surtout pour nous les adolescentes pour éviter des grossesses précoces et non désirées* ».

Certaines femmes estiment que l'utilisation des services de PF doit concerner plus les femmes mariées, qui ont des grossesses rapprochées. Cette manière de penser sur la PF exclut certaines femmes comme les adolescentes et les célibataires. Une utilisatrice de la PF mariée dit dans son discours en ces termes : «*je pense que c'est la meilleure méthode qui puisse exister pour les femmes mariées et des femmes qui ont des grossesses rapprochées.* ».

Certaines d'entre elles, qui vivent cela ont finalement le soutien de leurs maris qui sont désormais convaincus. Ainsi «*il y a des femmes, qui reçoivent les plaquettes des mains de leur mari. Moi, j'en vends, et le plus souvent, ce sont les maris eux-mêmes, qui viennent payer pour leurs femmes* » affirmait une revendeuse de méthodes de contraception (cercle de Tenenkou).

Dans le cercle de Bandiagara, de nombreuses utilisatrices qui estiment que c'est une bonne chose à cause notamment de l'espacement des naissances et l'évitement des grossesses non désirées.

«*Je pense que c'est une bonne chose, on a beaucoup d'information là-dessus et de nombreuses femmes pratiquent la PF. Je pense aussi que c'est une bonne chose, ça permet de mettre de l'écart entre les enfants, nos enfants sont plus épanouis car les naissances sont désormais espacées* » (femme mariée Kori-Maoudé).

«*C'est une bonne chose pour la famille surtout pour la femme car en cas d'utilisation de la PF, c'est la femme qui décide à quelle période elle veut tomber enceinte. Avec la PF, tout le monde est tranquille en famille : l'homme, la femme et même les enfants donc c'est une très bonne chose.* » (Femme mariée, Bandiagara).

Il y a une minorité d'entre elles qui doutent à utiliser les méthodes de PF à cause des effets secondaires.

«*Beaucoup de femmes ont eu peur car elles ne savent pas ce que ça peut provoquer. Une accoucheuse traditionnelle m'avait déconseillée cette pratique mais sans me dire pour quelle raison. Il paraît qu'on peut en mourir. Comme je lui fais confiance, donc j'ai suivi son conseil* » (femme mariée à Bandiagara).

## 4.2. Perceptions des hommes

**Dans le cercle de Tenenkou**, les perceptions des hommes enquêtés vont dans le même sens que certaines femmes qui pensent d'avantage que la PF doit être exclusivement pratiquée par les femmes mariées.

Dans les localités disposant d'un centre de santé comme la ville de Tenenkou, Dia, Diondiori, Walo, Niasso et Diafarabé, les services sont offerts aux femmes dans le CSCoM.

Au niveau des villages, ce sont les agents de santé communautaire qui s'occupent de la distribution des services. Tout comme les femmes, les hommes interrogés sont plus ou moins favorables à l'utilisation des services de PF par leurs femmes comme le rapporte un adulte (homme marié), ressortissant de Nouh Peul, « *à mon avis, la PF est bonne si elle est faite pour permettre l'espacement des naissances. Elle est aussi conforme avec les principes de la religion musulmane car elle soulage la femme* ».

Cependant, certains hommes sont sceptiques. Ils n'ont pas de bonnes perceptions sur la PF. Ils doutent du bien-fondé des méthodes et pensent aux effets secondaires qu'elles peuvent engendrer. Comme le dit un vendeur de bétail, « *la PF sert seulement à bloquer les grossesses. J'ai entendu parler dans les causeries qu'il existe un médicament (comprimé) que les femmes et les jeunes filles utilisent pour bloquer les grossesses c'est-à-dire empêcher les femmes de tomber enceinte* ».

Un autre groupe dit : « *nous sommes trompés par les Blancs. Ces derniers veulent limiter les naissances chez nous pendant qu'eux ont rempli le monde. Lors d'un cours séjour en Occident (Allemagne), j'ai assisté à un match sur invitation d'un partenaire allemand. Quand j'ai vu le nombre de personnes dans les gradins toutes de couleur blanche et que je me suis dit qu'on peut avoir plusieurs stades remplis au même moment et dans tous les pays occidentaux. Je me suis dit que le Blanc veut nous tromper avec la planification. Car s'ils avaient procédé comme ils nous demandent de le faire, ils ne seraient pas aussi nombreux que cela. Même si je ne suis pas bien instruit, tu sais que mon analyse est fondée et c'est pourquoi je ne crois pas à cette politique.*»

Une autre catégorie d'enquêtés pense que la PF est condamnée par la religion et que les impacts positifs de la PF ne sont pas palpables. Cela est rapporté par un élu local de Diafarabé qui dit être musulman « *Je n'aime pas la planification familiale parce qu'elle n'est pas conforme avec les principes de ma religion. Je n'aimerai pas donc que ni ma femme, ni aucune autre ne la fasse, parce que les résultats escomptés sont moins importants tout comme l'excision* ».

Néanmoins, les hommes partisans de la PF reconnaissent qu'elle permet simplement d'espacer les naissances et de réduire la charge de la famille comme l'affirme un enseignant retraité et beau-père. Selon lui, « *la planification familiale, comme son nom l'indique, est très importante. La vie ce sont des phases, différentes étapes à franchir. Actuellement, compte tenu des difficultés de tous ordres, utiliser la PF permet de diminuer le coût de la vie et cela à plusieurs niveaux* ».

(économique, social et même culturel). Car, avec un nombre réduit de personnes à sa charge, la gestion tout azimut de la famille devient facile pour le chef de famille. C'est pour tout cela que je suis personnellement favorable à la pratique de la planification familiale » (Beau-père, Tenenkou).

**Dans le cercle de Bandiagara**, les hommes mariés rencontrés ont aussi des opinions divergentes de celles des femmes sur la PF.

Certains hommes sont totalement contre, car ils pensent que les femmes pratiquent la PF dans un dessein de libertinage d'après ce propos :

*« Regarde ! Certaines femmes se planifient en l'absence même de leur mari. Comment tu comprends ça ? Moi je crois que certaines femmes ont vu seulement une occasion inespérée de pouvoir faire leur débauche en toute quiétude. »* (Homme marié, Bandiagara).

D'autres ont une opinion toute faite sur l'utilisation de la PF par les femmes, car ils pensent que l'usage de la PF par les femmes est considéré par elles comme une sorte de victoire sur l'ordre social établi. Il faisait d'elles de simples procréatrices. Désormais, elles sont maîtresses de leur maternité et peuvent décider à quand faut-il avoir un enfant. Selon un homme marié de Bandiagara : *« les femmes perçoivent la PF comme une sorte de revanche sur leur mari d'après ce témoignage. Certaines femmes se planifient sans l'avis de leur mari. Donc c'est une volonté de s'émanciper du joug de leur mari. Et ça ! On ne l'accepte pas. »*

La grande majorité des hommes rencontrés dans les localités enquêtées ont une opinion positive de la PF. Cette opinion favorable fait suite à la sensibilisation menée par les ONG précédemment décrites, mais, aussi à l'action des relais de santé communautaire présents dans de nombreux villages. S'ils ont une perception positive de la PF, en revanche, le passage à la pratique n'est pas sans difficulté.

### **4.3. Perceptions des leaders religieux et des autorités locales sur la PF**

A Tenenkou, un marabout interrogé s'est prononcé sur la pratique de la PF en ces termes : *« la planification familiale est bonne, lorsque la décision émane d'un couple consentant. Il faut aviser les personnes concernées en l'occurrence le couple ».*

En revanche, certains leaders étaient septiques comme cet élu local de Diafarabé qui dit être musulman : *« Je n'aime pas la planification familiale parce qu'elle n'est pas conforme avec les principes de ma religion. Je n'aimerai pas donc que ni ma femme, ni aucune autre ne la fasse, parce que les résultats escomptés sont moins importants tout comme l'excision ».*

A Bandiagara, pour certains religieux, la PF n'est pas contraire aux préceptes de l'islam. En effet, un imam estime que cette pratique existait déjà du temps du prophète (PSL) :

*« Ce que condamne l'islam, c'est d'ôter la vie. Or, si je comprends bien, avec la PF, il n'y a même pas une formation de fœtus à plus forte raison une vie humaine. Mieux ! Même du temps du prophète, les gens utilisaient la PF sans que cela ne soit condamné. Des hadiths ont même rapporté des précisions en disant que les hommes utilisaient des intestins d'animaux en guise de préservatif ».*

Les propos de cet imam sont partagés par un autre leader religieux du cercle qui dit que : *« La pratique de l'espacement des naissances remonte en effet au temps des grands dignitaires de l'islam, notamment les khalifes. Ce qui trompe certaines personnes, c'est l'amalgame entre la PF et avortement. Pour avorter, il faut mettre fin à une vie, or avec la PF la femme ne procréé pas à plus forte raison d'avorter sa progéniture. »*

Les chefs de villages rencontrés dans certaines localités enquêtées à Bandiagara attestent que grâce à la PF, les femmes ont pu se consacrer à d'autres activités comme le maraîchage financé par des projets. Ce propos atteste ces dires : *« maintenant, les femmes peuvent s'organiser en coopérative et faire la culture du gombo. Ensuite, les filles, qui partaient faire la bonne en ville, revenaient enceintes et souvent leurs fiançailles se cassent. Mais, grâce au PF cela peut être évité.*

*Autrefois, avant l'avènement des méthodes de PF, à cause des maternités souvent rapprochées, des femmes étaient en incapacité de s'adonner convenablement aux activités économiques ».*

Le cercle de Tenenkou tout comme celui de Bandiagara sont majoritairement peuplés de musulmans. L'acceptation de la PF par certains musulmans est un atout à mettre à profit. Comme l'atteste cet autre leader religieux *« la PF, si elle est bien utilisée, est avantageuse pour la femme en améliorant sa santé et en réduisant les coûts du ménage. Une femme qui tombe fréquemment malade est un fardeau pour son mari. Mais si elle utilise les méthodes, d'un, elle sera toujours en bonne santé et de deux, l'espacement des naissances qui en résulte permet d'avoir des enfants en bonne santé. »*

#### **4.4. Perceptions du personnel de santé sur l'utilisation de la PF par les populations**

Le personnel de santé des deux cercles a mis l'accent sur la nécessité de renforcer les compétences des agents de santé dans l'insertion et le retrait des implants de la PF. Nous livrons ici les extraits des observations n° 20 et 35:

**Observation 20 :** *« Il y a des difficultés à délivrer les services de PF car certaines femmes ne viennent pas au centre de santé. Elles achètent discrètement les méthodes dans les pharmacies privées et elles s'adressent à d'autres agents voire même les nôtres de le faire. Tout est disponible. Il y a une école de Tenenkou où enseignent les médecins qui servent dans la ville de Tenenkou. Il serait utile d'organiser des formations en P.F (DIU, jabelle) car sans formation adéquate, il n'est pas possible de réaliser les implants. La DRS nous a envoyé un carton de capsules mais nous n'avons pas bénéficié de formation. Donc, il y a un problème. » (Agent de santé, Tenenkou)*

La difficulté d'accessibilité géographique apparaît dans un autre verbatim disponible dans le logiciel sphinx.

**Observation 35** : « *Les populations n'ont rien à part leurs motos et souvent ils manquent du frais de carburant pour venir et il n'y a pas de route surtout pendant l'hivernage car il n'y a pas de route en ce moment* » (Agent de santé, Tenenkou).

## V. DETERMINANTS DE L'UTILISATION DES SERVICES DE LA PLANIFICATION FAMILIAL

### 5.1. Facteurs favorisants

La PF est un domaine dans lequel évoluent beaucoup d'ONG sur le terrain. Les différentes sensibilisations ont permis de « familiariser » cette pratique avec les populations. En plus de l'action des ONG, il y a le travail de sensibilisation des relais communautaires. Les relais communautaires sont des individus souvent recrutés localement dans le village pour faire appliquer des politiques de santé (sensibilisation au PF, à la vaccination, etc.).

**Dans le cercle de Tenenkou**, au niveau des chefs-lieux de communes, notamment Diafarabé, Dia et Tenenkou, les femmes ont une bonne perception de la PF. Elles pensent que c'est une bonne pratique surtout quand il s'agit des cas de grossesses rapprochées. « *Ni muso be sere n'a ma planiki ke a be sa fu* » [Traduction en français] : « *si une femme connaît de problèmes de grossesses rapprochées, si elle ne fait pas recours au planning familial elle va mourir pour rien* » souligne une adolescente de Dia. Les grossesses rapprochées sont de véritables dilemmes pour les femmes et les familles toutes entières.

Les grossesses rapprochées engendrent des coûts et des dépenses supplémentaires dans un milieu où la pauvreté fragilise les tissus sociaux. C'est au regard de ces difficultés, que la PF est une alternative pour les familles. Une femme de l'association des femmes « Dental de Diafarabé » estime que « *la planification est une bonne chose surtout en cas des grossesses rapprochées car c'est l'homme et la femme, qui vont bénéficier des avantages en premier. Ensuite, les enfants tomberont rarement malades* ».

Une commerçante interrogée à Tenenkou parlait de la planification en ces termes :

« *planification kani ka sabu ke a bi a be den lafia (la planification est utile en ce sens qu'elle met tout le monde à l'aise dans le couple)* ». Elle m'a permis d'espacer mes naissances et surtout de me reposer « *oun lafiala (je suis à l'aise)* ». « *J'ai vécu la situation, il y a trois ans. Pendant que le premier allaitait, le second bougeait dans mon ventre. Cela m'épuisait physiquement et mon mari avait du mal à supporter les charges financières. Nous étions tous les deux atteints mentalement et moralement. Après cette situation qui nous a servi de leçon, nous avons ensemble décidé d'utiliser la planification afin d'éviter* »

*de revivre une telle si dure expérience. Nous sommes les deux à avoir décidé de cela et depuis lors, nous sommes en paix ».*

Pour une autre interlocutrice « *la PF est très avantageuse pour une famille car les enfants issus d'un couple qui pratique la PF sont rarement malades. La PF est un moyen de réduire les dépenses de la famille* ». Ce sentiment est partagé par d'autres participantes d'un focus organisé à Dia.

**Dans le cercle de Bandiagara**, les femmes enquêtées ne voient pas d'inconvénients à pratiquer la PF dans le but d'espacer les naissances. Toutes les femmes pensent que la pratique de la PF contribue au bien-être de la famille. Cette opinion favorable fut construite au fil des années grâce à l'action de sensibilisation des ONG qui ont également rendu disponible gratuitement les pilules « *Les agents des projets (blue-star, Care-Mali) nous ont sensibilisées à l'utilisation de la PF. Si tu as même la carte de Care-Mali, on te donne les contraceptifs en pilule gratuitement dans les centres de santé* » (une femme mariée à Kori-Maoudé).

Dans les CSRéf de Tenenkou et de Bandiagara, toutes les méthodes de contraception sont disponibles : implants, comprimé, DIU, condoms, collier, injectable et chirurgie.

## **5.2. Barrières (coût, distance, tradition, stéréotypes, effets secondaires, etc.)**

Les barrières sont davantage socioculturelles, elles sont relatives aux types de comportements du personnel de santé et à l'accessibilité financière et physique des services.

### **Barrières à l'utilisation**

Malgré la disponibilité des méthodes contraceptives, des barrières existent. Elles se résument comme suit : l'indiscrétion, l'attitude discourtoise, la durée d'attente, le tabou autour de la sexualité ainsi que la honte éprouvée par des adolescentes face aux personnes âgées rencontrées dans les services de santé, les rapports d'âge soignants/soignés, la non qualification et l'indiscrétion de certains agents de santé prescripteurs et traitants, etc. ainsi, les barrières sont plutôt socioculturelles que l'inaccessibilité géographique et financière aux contraceptifs. Obstacles liés aux effets secondaires.

Les effets secondaires sont des manifestations indésirables suscités à la suite des produits contraceptifs peuvent constituer des barrières à la pratique de la PF. L'usage de PF n'est pas sans effets secondaires. Lors des entretiens avec des femmes mariées (Cercle de Tenenkou), les effets secondaires reviennent comme étant des facteurs décourageants : « *j'ai utilisé la jabelle pendant 3 ans. Mais quand je l'ai enlevé, mes règles ne s'arrêtaient guère. J'ai fait 23 jours de règle. Les agents de santé n'ont pu trouver aucune solution à part me dire que « ça va passer ». Mon cas a servi de conseil pour d'autres femmes, qui voulaient implanter la jabelle. Il paraît qu'on cache les effets secondaires aux patientes* ».

Pour d'autres le recours aux méthodes ne limite pas les naissances « *j'en ai utilisé et j'ai contracté une grossesse à un moment où je ne devais pas* » (une femme de Tenenkou).

Interrogée par rapport aux effets secondaires, la sage-femme explique que les effets secondaires proviennent des attitudes d'automédication. D'après elle, « *le vrai problème que nous n'arrivons pas à gérer est que beaucoup de femmes achètent des médicaments à la pharmacie sur recommandations de leurs camarades. Donc en cas de saignement, elles diront que la planification n'est pas bonne. On n'arrive pas à gérer ces cas* ». (Une sage-femme de Tenenkou)

### **Obstacles liés à la culture / religion**

Un grand nombre d'obstacles ont trait à la religion et à la culture malienne. Ils peuvent être entre autres les problèmes d'interprétation du coran, le tabou autour de la sexualité, le refus des maris, la différence d'âge soignants/soignés (du conjoint, à la religion, à la tradition et à la mauvaise interprétation).

Il existe aussi des stéréotypes comme l'illustre cette jeune fille adolescente, élève « *la première fois que je suis allée pour la PF, nous étions quatre copines, mais ce jour je suis tombée sur l'amie de ma mère, qui était aussi venue. Je n'ai plus osé demander quoi que ce soit. J'ai eu vraiment honte de me retrouver au même endroit que les femmes âgées pour ces genres de choses.* »

Il ressort aussi de l'enquête que la sexualité est un sujet tabou, surtout en milieu peul, notamment à Tenenkou. Certaines femmes peules considèrent qu'il existe peu de publicité sur l'usage de la PF « *Nous femmes peules, nous nous gênons de parler de notre intimité. Tu vois qu'elles ne parlent pas toutes. Je suis une femme de castes, je sais de quoi je parle et si je mens qu'elles m'interrompent. Toutes les dix femmes ici présentes, nous utilisons la PF avec ou sans accord de nos maris. Nous nous cachons pour des raisons multiples parce que « mouyinið mbado wana ko yaafi » « les grossesses rapprochées ne sont pas faciles pour la femme ». Certains de nos maris se contentent de nous enceinter et de partir. Quelques mois après l'accouchement, tu les revois encore prêts à refaire la même chose. Ils ne partagent aucunement notre douleur.*»

Une enquêtée (femme d'un enseignant) rapporte que « *certaines hommes sont contre la PF pour d'autres raisons mais ils se cachent derrière la religion. Au plus profond d'eux, ils pensent que les femmes usent de ces méthodes pour couvrir leur infidélité. Ainsi, si elle est exposée à la contraction d'une grossesse non désirée, elle se retiendra. C'est donc, la jalousie qui motive le refus de beaucoup d'hommes.*»

« *À cause du regard des autres femmes, moi je préfère envoyer un enfant acheté au coin de la rue. Car au centre de santé, on peut rencontrer des gens dont on n'a pas envie qu'ils sachent qu'on suit la PF. Surtout si tu vis dans un régime polygamique, toutes les femmes cherchent à se nuire.* » (Femme mariée, Bandiagara).

D'après un agent de santé, servant dans la commune de Toguéré-Coumbé, « *une femme est retombée enceinte à moins de quarante jours après son dernier accouchement, au motif que son mari n'accepte pas la planification et qu'elle ne peut pas refuser d'avoir des rapports sexuels avec lui. Elle m'a demandé de la faire avorter. Je lui ai demandé de revenir avec son mari et d'avoir l'aval des islamistes*<sup>21</sup>. Elle n'est plus revenue. »

Nombreux enquêtés pensent que l'enfant est un don de Dieu et toute âme que Dieu crée, il met des moyens à la disposition des parents pour l'entretenir. « *Allah (Dieu) ye nin wo nin da o ka kan kana dijɛ na* » « *toute âme que Dieu crée, doit naître* » (propos d'un homme de confession musulmane).

« *L'affaire de la PF est très compliquée dans notre zone, certaines femmes refusent la pratique malgré le consentement de leur mari. Par exemple, un homme est venu avec sa femme pour placer la jadelle pour 5 ans. La femme a refusé prétextant que son mari veut l'empêcher de procréer afin de profiter de sa nouvelle épouse* » dit un agent de santé (cercle de Tenenkou).

Selon le même agent de santé, nous voyons que « *la polygamie développée dans le cercle crée des scènes de jalousie entre les femmes. De ce fait, une femme qui connaît des grossesses rapprochées n'utilisera pas les méthodes de contraceptifs sous prétexte qu'elles l'empêcheront de procréer* »

### **Obstacles liés à l'enclavement et à l'insécurité**

Selon l'interview des populations, il existe d'autres facteurs, qui concourent à entraver la pratique de la PF. On peut citer d'une part, l'enclavement et d'autre part, l'insécurité provoquée par la présence des groupes armés extrémistes violents dans le cercle de Tenenkou. A propos de l'enclavement un enquêté disait:

« *Les populations n'ont rien à part leurs motos et souvent ils manquent du frais de carburant pour venir et il n'y a pas de route surtout pendant l'hivernage car il n'y a pas de route en ce moment* » (agent de santé, Tenenkou).

A propos de l'insécurité, un agent de santé communautaire de la commune de Toguéré Coumbé a dit ceci « *depuis 2012 que je travaille dans ce village, ni l'Etat, ni d'ONG n'était jusque-là venu faire quoique ce soit concernant la PF parce qu'il y a l'insécurité mais aussi et surtout l'enclavement. C'est moi qui achète [en ville] et revend aux femmes* ».

Les obstacles géographiques (enclavement, par exemple) concernent exceptionnellement des villages reculés des chefs-lieux de commune. Dans le cercle de Tenenkou, l'enclavement est un sérieux handicap à la circulation des personnes comme évoqué ci-haut. Il est de même dans le cercle de Bandiagara par endroit. Certains villages de la commune de Kouri-Maoudé se situent à

---

<sup>21</sup> Ces derniers s'opposent catégoriquement à la planification familiale à plus forte raison l'avortement. Depuis qu'ils occupent le cercle, aucune campagne communautaire de sensibilisation sur la PF ne fut faite. Les agents pendant la période se contentent de sensibiliser les femmes qui viennent pour les CPN et celles allaitantes qui viennent pour faire vacciner leurs enfants. Ils distribuent à celles-ci les méthodes disponibles.

l'intérieur des falaises, sont difficiles d'accès. Dans le cercle de Bandiagara, certains villages sont aussi difficile d'accès.

Dans la même catégorie de femmes mariées, certaines ont été découragées compte tenu des effets secondaires fréquents comme la perturbation des menstrues. Ainsi, a témoigné une femme mariée à propos du contraceptif qu'on place sous la peau :

*« Moi j'ai fait plus de trois semaines de règle et à chaque fois que je me rends au centre de santé, la sage-femme me dit que ça va passer et me donne des comprimés. Mais c'était toujours la même chose. Je peux dire que j'ai même été guérie de moi-même. Depuis lors, je n'ai conseillé cela à personne. Ce qui est même choquant c'est que les agents de santé ne peuvent pas donner d'explications claires et compréhensibles, donc j'ai compris que si je n'arrêtais pas ce n'est pas bon ».*

En général, les femmes qui n'ont pas opté pour la PF ont une méfiance « inexplicquée » vis-à-vis de cette pratique.

Les effets secondaires ont été le principal facteur de méfiance pour les femmes interviewées :

*« Lorsque j'ai arrêté la pilule, j'avais mes règles, mais de façon bizarre car ça venait aujourd'hui et s'arrêtait, puis elles recommençaient dans trois jours. Je ne maîtrisais plus mon corps. Propos d'une femme mariée, Koundiala).*

*« Moi j'ai fait quatre maternités, les deux dernières étaient rapprochées. Donc, une amie m'a conseillé la PF, ce que j'ai fait. Mais, lorsque j'ai eu envie d'avoir une autre maternité, je suis allée enlever de mon bras la jabelle. Seulement, je ne suis jusque-là pas tomber enceinte et cela fait deux ans. Mon mari m'a même traité de sorcière parce que je n'arrive plus à faire d'enfants. En vérité je me suis planifiée à son insu. Aujourd'hui voici les conséquences » (femme mariée à Bandiagara).*

### **Obstacles liés à la prise de décision dans le cadre de l'utilisation de la PF**

La décision de pratiquer la PF est souvent complexe. Selon les couples, cette décision peut être collégiale (le couple) ou unilatérale (femme seule). Dans la majorité des cas, les couples se mettent d'accord autour de la question. En effet, les campagnes de sensibilisation visent aussi des hommes qui ont une grande responsabilité dans le foyer. Lors des entretiens dyades (hommes ou femmes), les enquêtés témoignent que la décision est surtout collégiale. Cependant certaines femmes ont témoigné qu'à la suite du refus de leurs maris, elles ont été ramenées à se planifier seules. C'est le cas d'une femme mariée dans le cercle de Bandiagara qui, après six maternités, voulait se planifier pour se consacrer à des activités génératrices de revenus :

*« Je ne voulais pas dépendre de mon mari tout le temps. Alors, on a trouvé un projet, qui aide les femmes. Seulement, ils nous ont fait savoir que des maternités trop rapprochées constituent un sérieux handicap. Donc, je voulais travailler et arrêter la maternité. Mon mari s'y est opposé, mais*

*je me suis quand même planifiée. C'est quelqu'un que j'envoie discrètement acheter des pilules. Mon mari me soupçonne, mais il n'a pas de preuves » (le cercle de Bandiagara).*

– Qui sont les individus impliqués dans les décisions d'utiliser la planification familiale ?

**Tableau XII: Les acteurs de décisions de la PF**

Acteurs de décisions	Nombre de citation	Pourcentage
Le mari	9	30
Elle-même	21	70
La belle-mère.	0	0
Le père	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Il en résulte que les femmes sont actrices de décision malgré le fait qu'elles appartiennent à une société malienne patriarcale où la femme est considérée comme un cadet social et où le mari a un rôle prépondérant dans la prise de décision au sein des familles.

### **5.3. Obstacles liés aux comportements du personnel de santé : confidentialité, relation patient/soignant, langue parlée**

Malgré la disponibilité des méthodes de PF, il ressort de l'étude que les comportements du personnel de santé découragent certains usagers des services. Le problème de confidentialité, des relations patient/soigné sont cités comme des freins à l'utilisation des services de PF.

#### **Obstacles liés à la langue de communication**

La plupart des agents de santé ne parlent pas la langue locale « *foufouldé* » (*langue peule*).

Une femme disait ceci : « *si tu pars au CSCom central de Tenenkou ou au CSRéf, tant que tu ne parles pas la langue bamanankan, la plupart des agents de santé ne te répondent pas. Par exemple, une fois, je me suis rendue au centre de santé afin de me confier à une sage-femme. A mon arrivée, j'ai salué trois fois en foufouldé, les agents présents ne m'ont pas adressé un seul mot et ils ont engagé une nouvelle partie de jeu de cartes. J'ai patienté en vain pendant quelques minutes, je suis rentrée chez moi sans que quelqu'un m'adresse la parole* ».

Un responsable d'un CSCom (cercle de Tenenkou) auquel nous avons expliqué le fait, il nous a répondu en ces termes : « *certains de nos agents, surtout ceux qui viennent du sud du pays, sont prisonniers de leur imagination. Ils pensent que tout malien parle la langue bamanankan. Ces agents ne fournissent aucun effort pour comprendre les autres langues.* »

Une participante à l'étude affirmait ainsi : « *je ne connais pas la planification familiale, c'est pourquoi je ne peux pas dire grande chose. Je ne suis pas la télévision, j'écoute un peu la radio mais je ne comprends pas bambara (la langue parlée par des agents de santé)* » et que « *la méconnaissance de la PF est liée à l'inadaptabilité de la langue de communication due à la barrière linguistique* ».

### **Obstacles liés à la relation utilisateur de PF– prestataire de santé et confidentialité**

Si le service existe, les conditions de prestation sont souvent dénoncées par les bénéficiaires. En effet, les rapports d'âge sont très déterminants dans l'accessibilité au service de la PF. Ce sont ces mêmes obstacles qui font que les femmes se tournent du côté des vendeurs parallèles de contraceptifs comme les boutiquiers du quartier

La déontologie médicale est fondée en partie sur le secret médical. Ce secret médical est piétiné, selon les témoignages recensés auprès des populations à Bandiagara et à Tenenkou. Les femmes qui se rendent dans les services de PF nous ont confié leur envie de rester anonymes comme cela se doit. Il ressort de l'étude qu'une bonne partie du personnel d'appui est recruté au sein de la population autochtone et qui connaît les utilisatrices ainsi que leurs familles. Cette familiarité repousse les utilisatrices au lieu de les attirer. En effet, selon les témoignages, ce serait ce personnel autochtone qui trahit le secret médical en dénonçant certaines femmes et filles :

*« pour moi, ce sont les agents de santé qu'il faut changer. Une fois, en partant à l'école, je suis partie au service de PF pour prendre les pilules. Au retour le soir, j'ai trouvé ma mère en colère. Elle m'a sermonné devant des personnes dans la famille pour avoir été au service de PF. J'ai jeté ainsi les médicaments. Je suis sûre que c'est la vieille matrone qui a tout rapporté à ma mère car elles sont dans la même tontine du quartier ».* (Propos d'une élève, Tenenkou)

### **Rôle des femmes**

Il ressort de l'étude que les maris ont un grand rôle. Toutefois, les femmes elles-mêmes sont des actrices majeures de décision.

**Tableau XIII: Individus impliqués dans les décisions d'utiliser la planification familiale**

<b>Individus impliqués dans la décision</b>	<b>Nombre de citation</b>	<b>Pourcentage</b>
Maris	28	42,4
Beaux-parents	10	15,2
Femmes elles-mêmes	28	42,4
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

On note que malgré la réticence de certains hommes, il apparaît que les femmes enquêtées décident d'elles-mêmes avec ou sans l'accord du mari.

#### **5.4. Sources d'information sur la planification familiale (ONG/centres de santé/radios)**

Les femmes sont informées par leur entourage lors des cérémonies de baptême, de mariage ou de tontine qui sont des occasions d'informations pour elles. Dans les milieux ruraux, les radios de proximité sont aussi des moyens de communication et d'information du large public. Depuis 2015, la radio communautaire de Diafarabé est sous la menace djihadiste. Ce sont les ONGs telle que Debbo Lafia qui soutiennent la sensibilisation des femmes sur l'importance de la planification familiale. Leur stratégie consistait à organiser des causeries avec les femmes pendant les Consultations prénatales (CPN) et postnatales (CPoN) à travers des agents de santé. Il y a quelques années, c'était AMPRODE-Sahel qui faisait la même tâche.

A défaut des radios de proximité, la télévision et la radio nationale sont des sources d'information indéniables pour les membres de la communauté. Grace à ces moyens de communication, les enquêtés affirment avoir connaissance de la PF à travers les médias, mais aussi à travers les activités de sensibilisation des ONG sur le terrain. *« D'après ce que j'ai cru entendre à la radio, la planification est une bonne chose en ce sens qu'elle permet d'éviter les grossesses rapprochées. Elle est une bonne pratique tant qu'elle ne porte pas préjudice à la santé de la femme. Si tel est le cas, elle est donc vitale et nécessaire pour la femme et la famille »* soutenait un enquêté.

**Dans le cercle de Bandiagara**, les principales sources d'informations demeurent les ONG qui ont des programmes périodiques de sensibilisation. Il s'agit du groupe Marie Stoppes Mali, qui s'appuie sur Blue Star et l'ONG locale YA-G-TU.

#### **5.5. Besoins des femmes/adolescentes en matière de planification familiale**

Les besoins des femmes et jeunes filles renferment d'autres dimensions, notamment la confiance en l'agent de santé, l'absence d'espaces dédiés aux adolescentes désireuses d'utiliser la PF ainsi que le respect de l'anonymat. Les principales difficultés concernent le problème d'éthique médicale et l'accès à certaines méthodes contraceptives.

Pour les agents de santé, l'amélioration de l'accès et l'utilisation des services de PF par la population passe par la sensibilisation et la disponibilité des produits contraceptifs. Le DTC intérimaire de Diafarabé a sollicité ces actions dans son discours. Pour la sensibilisation et la dotation en produits, le DTC estime :

*« C'est votre appui. En tout cas si vous voulez nous appuyer, nous allons commencer par la sensibilisation parce que Diafarabé, je peux dire que Diafarabé est une commune à 90% de lettrés.*

*Donc il est facile de faire comprendre les gens. Tu vois? Au fur et à mesure que vous venez en appui tout de suite avec la sensibilisation et avec les produits. Ça va marcher. Là où je suis sûr que ça va marcher, c'est lorsque vous viendrez en appui aux femmes enceintes avec les produits gratuits. Là aussi c'est très bon. »*

**Dans le cercle de Bandiagara**, les femmes et adolescentes ont mis l'accent sur l'information comme action importante à mener à destination des populations.

## **Synthèse de la partie**

Il ressort de l'étude que la PF est pratiquée dans les deux cercles (Tenenkou et Bandiagara) par des femmes mariées et certaines adolescentes. Il est important de noter que la disponibilité des méthodes de PF est en grande partie liée aux efforts des partenaires.

Dans les deux cercles, la pratique de la PF est désormais ancrée dans les habitudes malgré : les barrières socioculturelles, l'indisponibilité de certaines méthodes dans les localités reculées, les effets secondaires constatés, le comportement inapproprié de certains agents de santé, les interprétations contradictoires du Coran, l'absence d'espaces dédiés aux adolescentes désireuses d'utiliser la PF.

Pour les informations transmises par les télévisions et les radios, elles doivent être diffusées dans les langues locales. De plus, le recourt aux services d'un interprète s'avère nécessaire dans le cercle de Tenenkou.

## VI. ACCOUCHEMENTS ASSISTÉS PAR UN PERSONNEL DE SANTÉ QUALIFIÉ (AAPQ)

Dans cette partie, il s'agira de comprendre les facteurs qui influencent l'AAPQ. Pour ce faire, nous sommes intéressés aux facteurs suivants :

- Lieu d'accouchement (hôpital/domicile) ;
- Déroulement de l'accouchement ;
- Difficultés/obstacles
- Perceptions sur l'AAPQ.

Nous allons d'abord évoquer la pratique dans le cercle de Tenenkou, ensuite il sera question de Bandiagara puis suivra une synthèse.

### 6.1. Perceptions de l'accouchement assisté par un personnel qualifié

Si d'une manière générale, l'AAPQ est apprécié par les hommes et les femmes dans les deux cercles, on note tout de même des perceptions différentes liées aux obstacles et aux vécus de certains hommes et de certaines femmes.

#### Perceptions des femmes de l'accouchement assisté par un PSQ

D'une manière générale dans les deux cercles, les femmes ont une bonne perception des accoucheuses traditionnelles pour qui elles ont de l'estime. Un membre d'une association accorde plus de considérations aux ATR, pour elle, « *l'accoucheuse traditionnelle est plus douée que les sages-femmes. Parce que l'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié même s'il n'y a pas de problèmes pendant l'accouchement elles inventent les problèmes pour charger des dépenses sur la femme* » (cercle de Tenenkou).

Certaines femmes n'ont aucun problème avec le personnel de santé qualifié. Les femmes lettrées ou mariées à des hommes lettrés, les fonctionnaires et les leaders communautaires acceptent d'accoucher avec le personnel de sante qualifié.

Lors d'un focus avec les jeunes femmes de Dia, une participante parlait en ces termes pour magnifier l'AAPQ « *pour moi, l'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié est une bonne chose parce que « dogotoro bando Allah ta kofè. A ka tia Allah fè i ka kissi* » (« *les agents de santé sont ceux qui nous connaissent après Dieu. Avec eux, on a toutes les chances de nous en sortir saines et sauvées* ») (Dia, cercle de Tenenkou).

D'autres femmes affirment que les sages-femmes s'adressent mal aux femmes pendant l'accouchement. Cette attitude est décriée par les femmes de Diafarabé et de Toguéré Coumbé.

« Elles les poussent à accoucher à la maison pour être épargnée des insultes et des coups que les sages-femmes les infligent au centre de santé. En plus, l'accouchement à la maison engendre peu de dépenses ».

Les femmes enceintes soutiennent ne pas vouloir se faire prendre en charge par des agents de santé d'âge jeune d'autant plus qu'il s'agit d'une catégorie de personnel recrutée au niveau local et dont elles auraient vu grandir. C'est bien le déficit de confiance en ces agents de santé et la question du secret médical qui sont au cœur de leur préoccupation.

### Les perceptions des femmes sur le lieu d'accouchement

Plusieurs perceptions ont été recueillies auprès des femmes sur le centre de santé communautaire. Ces perceptions portent sur la distance, l'indisponibilité des agents de santé en cas d'urgence, le manque de respect et de qualification de certains agents de santé.

Selon vous, qu'est-ce que les femmes de cette localité pensent du centre de santé local ?

**Tableau XIV: Distance, coût/qualité des services**

Distance coût qualité des services	Nombre de citation	Pourcentage
Distance	0	0,0
Coût	23	31,1
Qualité des services	3	4,0
Types et comportements du personnel de santé (attitudes, sexe, âge, groupe ethnique, langue parlée)	48	64,9
<b>TOTAL OBS.</b>	74	100

On remarque dans le tableau que les comportements du personnel de santé et le coût sont deux aspects importants du point de vue des femmes.

De même, il est à noter qu'en plus du problème de communication entre les patients et les agents, l'indisponibilité du personnel de santé pour les cas d'urgence est notée. D'après une femme leader :

« Il quitte le centre de santé vers 12h, le médecin-chef, la sage-femme et la matrone ne sont pas disponibles en cas d'urgence au centre de santé de Diafarabé. A partir de 12h tu ne trouveras personne au centre de santé et quand tu te rends chez le médecin chef ou chez la sage-femme tu auras comme réponse : tu étais où ce matin ? Ou bien c'est maintenant que tu viens ? Moi je pense que la mort ne prévient pas tout comme la maladie. Personne ne souhaite tomber malade ».

Une enquêtée soulève le problème de distance et de langue. Selon elle :

« Ici à Diafarabé le centre de santé est un peu loin pour certains quartiers à plus forte raison les villages distants de 15km comme Nouh Peul. Nous, peuls sommes très fatigués dans le centre de santé de Diafarabé. En plus de ne pas comprendre bambara, les stagiaires qui ne connaissent presque rien nous maltraitent ».

Une femme mariée s'exprimait : « *une fois, une des filles stagiaires m'a manqué du respect. Elle pourrait être ma fille. Elle fut soutenue malgré tout par ses supérieurs et depuis j'ai classé les centres de santé. Les agents de santé manquent du respect aux personnes âgées, alors qu'un bon encadrement du personnel influe sur la qualité des services. Les patientes n'ont pas besoin de tels agents dans leur centre de santé* ».

- Quelle(s) catégorie(s) de personnel travaillent au centre de santé local ?

**Tableau XV: Catégorie de personnel dans les centres de santé**

Catégorie(s) de personnel	Nombre de citation	Pourcentage
Médecins	12	25,5
Infirmières	2	4,3
Auxiliaires de santé	11	23,4
Sages femme	9	19,1
Stagiaire	2	4,3
Assistante chargée de nutrition	1	2,1
Agent de santé chargé de vaccination	2	4,3
Matrone	5	10,6
Le gérant de la pharmacie	3	6,4
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

On observe que les centres de santé sont dotés en personnel qualifié (médecins et sages-femmes) notamment avec une proportion importante d'auxiliaires.

### **Perceptions des hommes (maris/leaders religieux/autorités locales) de l'AAPQ**

Les hommes rencontrés dans les deux cercles n'ont pas remis en cause ce type d'accouchement, qui leur est familier. Ils reconnaissent que les complications liées à certaines grossesses doivent être prises en charge par les centres de santé.

- Pendant la grossesse, est-ce que vous avez eu des discussions avec la mère sur où et comment elle devrait accoucher ?

**Tableau XVI: Discussion du couple relative à l'AAPQ**

Discussion avec la mère	Nombre de citation	Pourcentage
Oui	33	86,8
Non	5	13,2
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

On remarque dans ce tableau que les grossesses font l'objet de discussion et de prise de décision concertée au sein des couples.

Par ailleurs, on note que ces hommes ont accepté que leurs épouses bénéficient d'un AAPQ.

- Lieu et manière d'accouchement- où et comment a-t-elle accouché ?

**Tableau XVII: Lieu d'accouchement**

Lieu d'accouchement	Nombre de citation	Pourcentage
Domicile	3	8,6
CSCOM	32	91,4
CSREF	0	0,0
<b>TOTAL</b>	35	100,0

On remarque que les CSCOM sont les lieux privilégiés pour l'accouchement assisté dans les sites de l'étude. Le recours à une accoucheuse traditionnelle reste néanmoins une pratique sociale.

Les perceptions des hommes sur l'AAPQ par rapport à l'accueil sont étayées par les propos suivants « *le personnel de santé doit être psychologue. Quand tu reçois un patient, il faut savoir bien l'accueillir. Psychologiquement, un bon accueil remonte le moral du patient et joue en faveur du soignant. Mais quand l'accueil est glacial, le malade est moralement abattu. Tout agent de santé doit être accueillant car l'accueil en lui-même est une thérapie, la première thérapie pour un malade* » (un beau-père, Tenenkou).

Aussi, il nous semble que les agents de santé doivent être mieux formés afin de répondre à ce besoin des patients. Une bonne formation en développement personnel, en la gestion des stress, en la prise en charge psycho-sociale des malades constitue une des conditions indispensables pour qu'ils soient acceptés et appréciés par des femmes. L'accueil et la langue de communication font défaut dans les centres de santé. « *On nous envoie des agents de santé qui ne comprennent pas nos langues locales (tyeyaxo et foulfouldé) et veulent que nous comprenions les leurs. Beaucoup d'entre eux n'ont aucune gentillesse, aucune considération pour ceux qui ne comprennent pas bambara. A l'exception de quelques chefs (DTC), les autres infirmières et matrones une fois dans leur blouson se prennent pour des reines. Ces dernières se comportent très mal à l'égard des patientes. Imaginez des agents qui passent deux ans et même plus dans un village et ne parviennent pas à prononcer un mot dans la langue locale* » affirmait un enquêté de la commune de Ouro-Guiré (cercle de Tenenkou).

La disponibilité des agents de santé est un facteur, qui contribue à l'augmentation des AAPQ au niveau du CSCOM. Cela est attesté par un conseiller qui parlait en ces termes « *le personnel de santé doit être disponible, il doit être présent à tout moment pour accueillir les patientes. La qualité de l'accueil est importante pour la patiente* » (cercle de Tenenkou).

Ce sont tous ces facteurs, qui concourent à la non-fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes. Ces dernières préfèrent se rabattre sur les ATR avec le consentement même de leur mari.

## 6.2. Déterminants de l'accès et de l'utilisation des services de l'AAPQ

### **Facteurs favorisant (Existence de structure de santé, personnel de santé disponible, proximité)**

Les deux principaux facteurs favorisant l'utilisation des services de l'AAPQ sont la gratuité de la césarienne et le système de référence. Depuis juin 2005, le gouvernement du Mali a rendu gratuite la pratique de la césarienne et elle est effective sur l'ensemble du territoire. Cette motivation peut s'expliquer par le fait que les utilisatrices seront prises en charge au cas où elles auront des complications lors de l'accouchement.

L'effectivité de la prise en charge de la césarienne a réduit considérablement le nombre de décès maternel. Selon une étude réalisée en août 2015 par le Groupe de Suivi Budgétaire du Mali : « *Le budget alloué à la prise en charge de la césarienne est passé de 815 millions en 2006 à 1,55 milliards en 2014. De 2005 à 2013, 130 453 interventions ont été réalisées dans le cadre de la gratuité. L'étude révèle une baisse progressive de la proportion de décès des mères après césarienne (de 2,1% en 2006 à 1,0% en 2013)* »<sup>22</sup>.

Comme l'affirme une femme d'une association de Tenenkou, « *Avec les césariennes aujourd'hui toutes les femmes accouchent au centre de santé. En cas de complications, l'évacuation est très facile à partir des centres de santé* ».

Par rapport au besoin et le moyen d'évacuation, un responsable de la santé expliquait « *Pendant la crue, le CSRéf travaille avec la vedette<sup>23</sup> ou le véhicule ambulance quand les routes sont praticables. Ce sont les ASACO qui cotisent les frais utilisés pour de pareils besoins, mais il y a des communes, qui ne cotisent pas encore* ».

Selon une belle-mère (Diafarabé) « *les femmes enceintes fréquentent les centres de santé par peur d'être victimes des complications qui pourraient survenir au cours de l'accouchement. Ces complications peuvent nécessiter une évacuation vers un centre de santé dont les compétences dépassent celles de Diafarabé. Elles se soucient plus de leur santé, du coup ni la distance, ni l'argent ne sont importants.* »

### **Obstacles (Coût du service/de transport, distance, Coutume, etc.)**

Malgré ces facteurs favorisants, des obstacles subsistent même si les femmes pensent que ces derniers ne doivent plus interférer la fréquentation des centres de santé pour les accouchements.

---

<sup>22</sup> Ousmane Ballo, « prise en charge de la césarienne au Mali de 2005 à 2014 : 1,55 milliards en 2014 », dans le *journal le Challenger* in : [www.news.abamako.com](http://www.news.abamako.com)

<sup>23</sup> La pinasse vedette est une sorte de pirogue ultra-rapide utilisée pendant la crue pour transporter les malades vers le CSRéf de Ténenkou. Elle joue le rôle de l'ambulance pendant l'hivernage.

- Pour quelles raisons est-ce que certaines femmes n'accouchent pas dans un centre de santé dans votre localité?

**Tableau XVIII: Barrières dans l'accès au centre de santé**

Barrières accès au centre de santé	Nombre de citation	Pourcentage
Qualité des services	0	0,0
Types et comportement du personnel de santé (attitudes, âge, sexe, groupe ethnique, langue)	15	23,8
Manque de possibilité d'être référé à un centre de santé d'urgence si nécessaire	3	4,8
Pas de barrière d'accès	13	20,6
Inexistence de CSCom	2	3,2
Nomadisme des Peuls et des Bozos	2	3,2
L'insécurité dans le cercle	2	3,2
L'enclavement	15	23,8
La jeunesse de certains agents	2	3,2
La coutume	9	14,3
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

On remarque que l'enclavement et les comportements du personnel de santé constituent des barrières d'accès aux centres de santé.

### Obstacles géographiques

Les obstacles géographiques rendent la fréquentation du centre de santé difficile pour les femmes enceintes. Contrairement aux centres urbains, l'enclavement de plusieurs villages est un obstacle aux AAPQ. Une femme de Diafarabé trouve que les populations de Tomona et Mamba accèdent difficilement au centre de santé compte tenu de leur enclavement : « *la seule difficulté pour ces femmes de se faire assister par un personnel qualifié, est le problème d'accessibilité pendant la période hivernale car elles résident derrière le fleuve* ».

Selon les témoignages recueillis dans les villages à l'intérieur de Bandiagara, la distance par rapport au centre de santé est un réel handicap. C'est le cas des femmes de Koundiala, de Kouri-Maoudé qui sont transportées à bord de tricycle vers le centre de santé au chef-lieu de la commune tel le témoin d'un relais de santé: « *En réalité beaucoup de femmes accouchent en cours de route avant même d'atteindre le centre de santé. Ici à Kouri-Maoudé les chemins sont rocailleux et le tricycle n'est pas adapté. Certaines femmes, après avoir fait la moitié de la route, accouchent à mi-chemin* » (cercle de Bandiagara).

### Obstacles liés au coût

Les frais de l'accouchement, selon la sage-femme rencontrée à Bandiagara, s'élèvent à 1500 FCFA. Cependant, les femmes disent qu'ils peuvent atteindre les 15000Fcfà voire plus. Selon un enquêté marié, « *dans la pratique, aucune femme n'a accouché à seulement 1500FCFA, car il*

*existe des dépenses annexes à régler comme l'achat des gangs, des désinfectants, du nettoyage du placenta ».* « On dit chaque fois que c'est 1500F mais personne ici à Bandiagara n'a accouché à ce prix-là. Moi qui vous parle ma femme a accouché ici et j'ai déboursé environ 16000F. Les 1500F dont on parle c'est pour le CSCOM mais après on te dit de payer ceci ou cela. »

### **Les obstacles liés aux agents de santé**

Le problème de communication de certains agents de santé rend difficile la fréquentation du centre de santé pour les femmes enceintes. Une responsable associative affirme que « *certaines femmes n'accouchent pas au CSCOM par manque de moyens et à cause du comportement du personnel de santé* ».

Une autre femme peule rapporte que : « *Parfois si tu parles foulfouldé, c'est vraiment tout un tas de problèmes. Imaginez, dans un milieu peulh, on ne veut pas qu'on parle notre langue, c'est exagéré ça* ».

Lors du focus groupe avec les jeunes femmes de Tenenkou, la plus âgée d'entre elles, nous avait expliqué son vécu en ces termes : « *il y a quelques années, au CSCOM central de Tenenkou, j'ai été abandonnée par le DTC au motif qu'il devait se rendre à son champ pendant que le travail avait commencé à la maison. Si j'étais d'une autre ethnie ou je parlais bamanakan, il n'allait pas m'abandonner* ».

D'autres enquêtées reconnaissent la barrière linguistique « *L'accueil est plus ou moins bon même si la communication est très difficile entre nous* » disait une belle-mère âgée de 68 ans. Certaines patientes et les agents de santé ne parlent pas la même langue, ce qui est un obstacle pour l'accès à la santé. Cette situation occasionne la mésentente entre les usagers du centre de santé et les agents de santé.

L'indiscrétion et le non-respect du secret professionnel de certains agents de santé sont décriés par les femmes. Selon elles « *certaines agents de santé n'hésiteraient pas à raconter la scène de l'accouchement dans les lieux de causerie. Ces cas ont été observés à Tenenkou, où une des enquêtées a vu l'image de son enfant né avec des malformations dans les téléphones des gens dans la rue* ».

« *Moi je préfère accoucher à la maison que d'accoucher entre les mains d'un agent de santé recruté ici à Bandiagara. Car, il va rapporter tout ce qu'il a vu le jour de ton accouchement. C'est ce qui est arrivé à notre nièce à qui on répète sans cesse les lamentations qu'elle a faite à l'hôpital, ainsi que les cris de désolation. Ce sont des choses que personne ne doit savoir. Ce sont les agents autochtones, qui vont tout raconter dans la causerie. Franchement s'il en est ainsi, je préfère aller à Mopti ville ou accoucher à la maison* » (femme mariée).

## **La qualité des services**

Au cours de cette étude, les éléments de qualité des services de l'AAPQ concernent :

- La discrétion
- L'accueil
- L'équité
- La courtoisie
- La communication

Une femme mariée d'une association témoigne: « *Parfois aussi, les sages-femmes font partie de ces difficultés-là* ». Avant d'ajouter : « *parce que pendant l'accouchement, certaines femmes se mettent à crier et cela rend certaines sages-femmes en colère. Les sages-femmes les frappent ou les insultent avec des mots violents etc.* ». Cela est jugé mauvais pour les femmes. Ce comportement peut être classé parmi les facteurs de résignation à aller accoucher dans un centre de santé. Comme l'interlocutrice conclut : « *Donc ça décourage de nombreuses femmes mariées d'aller accoucher au centre de santé par un personnel qualifié* ».

Un beau-père affirme que « *Le personnel de santé doit être psychologue. Un accueil chaleureux fait du bien à un patient. Mais quand tu vas au centre de santé, l'infirmier ou le médecin te reçoit très mal, d'une façon timide, déjà toi le malade, tu te décourages. Tu penses que cette réception ne va pas en ta faveur quoi. Tu vas penser à ta mort, tu penses que tu ne seras pas guéri de ta maladie. Déjà ça joue sur le moral du patient. Tout responsable de santé doit être accueillant* ».

Pour un retraité, les agents de santé ne traitent pas les populations au même pied d'égalité. « *nous qui sommes instruits n'avons pas les mêmes problèmes que la masse ignorante que constitue le reste de la population. Par exemple, à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit, je peux avoir un agent pour assister une femme de ma famille en travail. Il en est de même pour les autres fonctionnaires actifs ou à la retraite. Souvent, si j'attends les villageois disent du mal des agents de santé, j'ai l'impression qu'ils exagèrent. Mais à force d'entendre cela partout dans ce milieu d'analphabètes, j'ai tendance à l'accepter. Les villageois disent également payer à chaque déplacement entre 2.000F et 5.000F à l'agent de santé* ».

## **Les obstacles liés à la culture**

La tradition est l'une des raisons qui empêchent les femmes d'aller accoucher dans un centre de santé. Comme le dit cette responsable associative « *il y a certaines femmes, qui veulent accoucher à la maison parce que c'est la tradition chez eux* ».

Selon un agent d'ONG, originaire du cercle de Tenenkou « *les accoucheuses traditionnelles disposent des incantations permettant de faciliter du travail à la délivrance. C'est pourquoi dans*

*le cercle, les femmes accouchent isolées à la maison préférant ces vieilles plus humaines et plus discrètes que les petites matrones.»*

*« J'ai enfanté trois fois et à chaque fois, c'est au CSCom. Je n'ai pas eu de problème. Mais les femmes se gênent d'accoucher au centre de santé parce que le personnel sanitaire qui assiste l'accouchement est constitué des filles de chez nous qu'on a vu naître et grandir et qui n'ont pas de niveau. Certaines d'entre elles ont l'âge de nos filles.» (Utilisatrice des CSCOMS, Tenenkou).*

Selon une prestataire de santé : *« les traditions et les coutumes ont un poids dans la commune rurale de Diafarabé ».*

*« La population est telle que, je suis née et j'ai grandi ici, les traditions et les coutumes ont trop de poids. Les malades n'ont pas une heure de visite. Au moment où nous nous apprêtons à nous reposer ou à manger c'est en ce moment que les Bozos et les Peulhs prennent leurs enfants pour venir nous voir. Ils viennent aussi à des heures tardives » (Un agent de santé, cercle de Tenenkou).*

Pour elle : *« les bozos et les peulhs ne tiennent pas compte des horaires d'ouverture et de fermeture du centre de santé. Le graphique qui suit résume les perceptions relatives aux barrières dans la délivrance des services ».*

Quelles sont quelques barrières auxquelles les femmes font face pour accoucher assistées par un personnel de santé qualifié ?

**Tableau XIX: Barrières au niveau de la livraison des services d'AAPQ**

<b>Les barrières à l'utilisation des PF/AA</b>	<b>Nombre de citation</b>	<b>Pourcentage</b>
Accessibilité financière et physique des services	2	14,2
Qualité des soins	0	0,0
Types et comportements du personnel de santé (attitudes, âge, sexe, groupe ethnique, langue parlée)	6	42,9
Barrières socio-culturelles	6	42,9
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

### **Le Genre**

Le concept de genre a été élaboré pour étudier la façon dont les sociétés pensent, organisent et hiérarchisent la différenciation des personnes.

Dans cette étude, nous avons tenté de cerner les perceptions des femmes et des hommes sur l'AAPQ. Aux centres de santé visités, le suivi et l'accouchement des femmes sont assurés par un personnel féminin : la sage-femme et la matrone. Le personnel masculin participe peu à la prise en charge des femmes enceintes ou en travail. Cette situation est observée dans plusieurs centres de santé au Mali. Ce sont les matrones, les techniciennes de santé, les sages-femmes qui sont chargées de faire les CPN et les accouchements. Toutefois, quelques cas isolés nécessitent l'intervention d'un spécialiste : le DTC.

Dans le cercle, les hommes sont un peu réticents par rapport à l'accouchement de leur femme au centre de santé attendu qu'ils pensent que le personnel de santé est composé d'hommes avec une faible prévalence de femmes. Les ASC sont généralement des hommes.

Une interlocutrice nous expliquait que « *Dans un milieu peul ce n'est pas du tout facile pour les femmes mariées d'être assistées par un personnel qualifié. Il y a certains hommes qui pensent qu'au centre de santé il n'y a que des hommes médecins et que ce sont les hommes qui font accoucher les femmes et cela est contraire aux principes de leur religion. C'est une des difficultés que nous, les femmes peules, rencontrons* ».

### **6.3. Déroulement de l'accouchement (domicile, centre de santé)**

#### **La situation des accouchements assistés par un personnel de santé qualifié dans le cercle de Tenenkou**

Plusieurs témoignages ont montré que les femmes accouchent au centre de santé, notamment le CSCoM. « *Vous savez nous sommes au village, tout n'est pas rose. Les gens acceptent que leurs femmes accouchent au centre de santé, mais de nombreuses femmes n'achèvent pas leur CPN alors elles n'accouchent pas au CSCoM. Ce qui constitue une difficulté pour le personnel. Aucun texte n'interdit aux gens d'envoyer leur femme accouchée au CSCoM. Une femme n'ayant pas suivi correctement les CPN a honte d'aller accoucher au CSCoM* » selon les propos d'un conseiller communal du cercle de Tenenkou.

Dans le cercle de Tenenkou, les enquêtés ont indiqué que : « *MSF-France prend en charge les dépenses liées à l'accouchement* ». Les actions de l'IRC concernent l'approvisionnement des CSCoM en produits pharmaceutiques. Elle contribue également à la promotion des accouchements assistés par le personnel de santé qualifié. Ce fait est une source de motivation pour de nombreuses femmes à venir accoucher aux CSCoM.

Une femme leader d'une association indique qu' « *à Diafarabé, auparavant, les femmes préféraient accoucher à la maison avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle, mais aujourd'hui presque toutes les femmes accouchent au centre de santé. Elles veulent accoucher dans les centres de santé parce qu'il y a sécurité et la sûreté, ce qui n'est pas le cas de l'accouchement à domicile. Au centre de santé, elle est suivie et soignée avant, pendant et après l'accouchement. Tout cela motive les femmes à aller accoucher dans les centres de santé. On ne se plaint pas de la qualité de l'accueil. La distance est acceptable et les frais d'accouchement sont moins chers* ».

Selon cette interlocutrice « *les femmes ont tiré l'avantage d'aller accoucher au centre de santé où elles pourront bénéficier d'une assistance médicale, d'un suivi postnatal. Elles ont pris conscience que toutes ces prestations leur sont offertes gratuitement avec le soutien des partenaires (IRC et MSF)* ». « *Avec la gratuité offerte par IRC : seau, drap, savon : il y a des dames qui viennent accoucher pour bénéficier de cela* » comme témoigne un DTC : « *20 à 30 % des femmes qui viennent accoucher au CSCoM de Diondiori, viendraient grâce au soutien de l'IRC ou des*

*complications sauf en cas de rupture des médicaments de l'IRC et MSF où elles sont contraintes de payer les ordonnances ».*

Un fonctionnaire de l'administration civile expliquait l'accouchement de son dernier enfant en ces termes :

*« J'ai quatre enfants dont le dernier est né cette année même. Tous vivent le jour dans un CSRéf ou CSCom. Madame et moi avons eu des discussions, car en tant que cadre du pays, l'accouchement devait se faire au CSRéf où elle était suivie par une sage-femme. Le jour j, je l'ai transportée à l'hôpital et attendu le dénouement sans problème. ».* Une autre interlocutrice abonde dans le même sens :

*« J'étais très régulière dans le suivi et la prise des médicaments. Je décide de tout avec mon mari, qui est enseignant. C'est avec lui et lui seul, que je planifie tout, de la grossesse à l'accouchement. Ainsi, il m'a amenée après le début du travail au CSRéf où j'ai donné naissance à mon dernier enfant, il y a juste quelques mois ».*

Un enquêté de Sougoulbé le dit en ces termes : *« Ma femme a accouché au CSRéf assisté d'un personnel de santé qualifié et fut libérée le lendemain. Je l'ai soutenu pour ce que je pouvais et confié le dénouement à Dieu et au personnel de santé ».*

Une autre femme de la commune de Sougoulbé rapporte ceci : *« oui, j'ai toujours accouché au CSCom. J'ai accouché trois fois et à chaque fois je l'ai fait au CSCom sous l'œil vigilant d'un personnel qualifié. »*

Une autre femme d'un fonctionnaire expliquait son accouchement en ces termes *« j'ai fait les CPN comme cela se doit et après le début du travail d'accouchement, je me suis rendu directement au CSCom. Mon mari avait prévenu mon médecin de la situation. Une fois au CSCom, toutes les conditions étaient déjà réunies pour que j'accouche comme je le souhaite et cela a toujours été le cas. »*

Aux dires de ces enquêtés, les centres de santé sont des lieux sûrs, où les femmes peuvent accoucher en toute sécurité et sûreté. La décision sur le lieu d'accouchement est prise après une concertation dans le couple.

### **La situation des accouchements assistés par un personnel de santé qualifié dans le cercle de Bandiagara**

Les femmes rencontrées seules ou en dyades préfèrent accoucher dans un environnement où elles peuvent être prises en charge. Elles mettent en avant les risques d'accoucher à domicile en l'absence d'un personnel médical qualifié.

- **Facilité de référer à un centre de santé en cas d'urgence**

**Tableau XX: Motivation du choix d'un centre de santé pour l'AAPQ**

Facilité de référer à un centre de santé	Nombre de citation	Pourcentage
Oui	21	65,6
Non	0	0,0
Non concerné(e) par la question	11	34,4
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

On observe dans ce tableau que les femmes choisissent d'accoucher au centre de santé parce qu'elles sont assurées qu'elles seront référées au besoin. Autrement dit, il apparaît que les femmes choisissent d'accoucher au centre de santé parce qu'elles sont assurées d'être prises en charge en cas de complication.

- Si vous aviez à accoucher de nouveau, est-ce que vous le feriez dans un centre de santé ?

**Tableau I: Lieu du prochain accouchement**

Facilité de référer à un centre de santé	Nombre de citation	Pourcentage
Oui	35	92,1
Non	1	0,0
Je suis en ménopause	2	34,4
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

Les répondantes qui ne sont pas en ménopauses, affirment qu'elles se rendront au centre de santé en cas d'une nouvelle grossesse.

- Qui prend/prennent la décision sur ou une femme enceinte doit accoucher ?

**Tableau XXI: Prise de décision relative au lieu de l'accouchement**

Prise de décision	Nombre de citation	Pourcentage
Mari	7	43,8
Belle-mère	2	12,5
La femme enceinte elle-même	5	31,3
Ce sont les femmes (belle-mère...)	2	12,5
Mère	0	0,0
Sœur	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

On remarque dans le tableau que le choix du lieu d'accouchement fait l'objet d'une décision concertée entre les femmes et les hommes.

## Difficultés rencontrées par les hommes mariés lors de l'accouchement de leurs épouses

Tout comme la PF, l'AAPQ enregistre un faible taux à Mopti selon les données EDS (2012-2013). De nombreuses difficultés et dysfonctionnement ont été soulignés par les enquêtés et qui expliqueraient, en partie, le faible taux.

En général dans les cercles de l'étude, l'accouchement est une affaire de femmes. Aucune femme du milieu ne souhaite voir son mari s'impliquer à son accouchement. Une fois que le travail commence, la femme est accompagnée par une autre généralement plus âgée pour l'assister psychologiquement et informer au besoin les parents. « *Nous hommes restons à l'écart très anxieux. Nous sommes là pour assurer les frais* » disait un chef de quartier. « *En cas de complication, la décision de l'évacuation nous revient et c'est à notre charge* » poursuivait-il.

### 6.4. Support moral ou social lors de l'AAPQ

La préférence des femmes enceintes porte sur la mère, la sœur, la belle-mère et le mari auquel revient les charges financières. C'est dire que le social est primordial, il donne un sentiment de protection et de soutien psychologique majeur lors de l'accouchement perçu comme une épreuve, un « travail » pénible. Lors d'un focus avec les jeunes femmes de Tenenkou, « *les femmes au moment de l'accouchement préfèrent être accompagnées de leurs mères, de leurs sœurs sauf en cas de difficulté. Elles ne veulent pas de la famille du mari, beaucoup de choses peuvent se passer au moment de l'accouchement et on ne souhaite pas que n'importe quelle personne assiste à cela. Certaines accompagnantes sont indiscrètes.* »

Les femmes qui décident d'accoucher au centre de santé, viennent accompagner par un membre de sa famille d'origine, au cas échéant, c'est un membre de sa belle-famille. En effet, comme l'indiquent les tableaux suivants le support moral et la qualité de l'accompagnant sont importants.

**Tableau XXII: Support émotionnel (ex : la famille a le droit d'être présente)**

Support émotionnel	Nombre de citation	Pourcentage
Oui	32	100
Non	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Non seulement les femmes enceintes attendent un soutien moral mais aussi celui-ci provient du cadre familial comme l'indique le tableau suivant :

– Qui est-ce qu’elles veulent avec elles ?

**Tableau XXIII: Support moral lors de l’AAPQ**

Support émotionnel	Nombre de citation	Pourcentage
Mère	2	13,3
Belle-mère	6	40,0
Sœur	1	6,7
Amie	1	6,7
Le mari	0	0,0
Un membre de la famille	5	33,3
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

### **6.5. Efforts du personnel de santé avec les autorités locales/ONG**

Il ressort de l’étude que le personnel de santé dans les cercles a joué un rôle important dans la sensibilisation des populations à travers les associations de santé communautaire, la prise en charge des utilisatrices de la PF et de l’accouchement assisté.

A la question selon vous, qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer l'utilisation des services de planifications familiale dans cette région?, il ressort des propositions telles que la sensibilisation et la collaboration avec les autres acteurs du domaine. Voici les extraits d’entretien codifiés dans le logiciel sphinx (chaque numéro correspond à un enquêté):

3 : « *On a même discuté avec l'ASACO pour qu'elle sensibilise la population par rapport aux heures d'ouverture. Ce centre a commencé tôt la sensibilisation vu le jumelage entre eux et la France. Il recevait les infirmières ici, les élèves infirmiers de la France, eux aussi ils partaient en France qui nous aidait pour ce truc. L'Etat doit obliger les femmes à venir au centre de santé puisqu'en cas de complication c'est au centre qu'elles viennent. Il faut faire aussi la sensibilisation* » (agent de santé de communautaire, Diafarabé).

Un autre agent de santé travaillant à Togueré-Coumbé (cercle de Tenenkou) abonde dans le même que celui de Diafarabé en ces termes :

15 : « *Sensibilisation, information, implication des leaders communautaires et octroi des méthodes aux populations gratuitement pendant une bonne période. De nos jours avec la situation sécuritaire et la présence des groupes terroristes, pas possible de faire une sensibilisation communautaire. Donc, nous nous contentons de la sensibilisation à l'occasion des CPN, de l'accouchement et du consuling. La distance constitue un autre problème. Des villages comme Ioré (5km), Tibitaba (4km) et Kana (10 km) sont inaccessibles avec la décrue. Ces villages sont*

*complètement enclavés. Pas assez d'eau pour naviguer et assez d'eau et de boue pour faire circuler une moto ou aller à pied » (agent de santé, Togueré-coumbé, Tenenkou).*

D'autres agents abondent dans le même sens :

*17 : « Sensibilisation des populations, collaboration franche avec les autres acteurs du domaine. Les cabinets se méfient de nous pour la simple raison que nous pourrions être des espions » (agent de santé, Diondiori, Tenenkou).*

*19 : « Organiser le suivi des activités. Former les agents sur des méthodes de courte et de longue durée. Offrir pendant trois ans gratuitement les intrants. Aller au-delà des CSComs en allant vers les agents de santé communautaires » (médecin chef par intérim, Tenenkou).*

Dans le cercle de Bandiagara, les propositions portées ne sont guère différentes.

*35 : Je voudrais toujours que les relais communautaires m'aident à sensibiliser les femmes et hommes de l'importance du PF pour que tout le monde puisse pratiquer la PF, sinon seule je n'y peux rien » (agent de santé, Kori-Maoundé, Bandiagara).*

*36 : « Il faut la sensibilisation des femmes. Il faut sensibiliser aussi les hommes pour qu'ils comprennent l'importance de la pratique pour toute la famille, il faut faire venir d'autres partenaires pour leur faire expliquer » (agent de santé, Koundiala, Bandiagara).*

D'une manière générale, les efforts du personnel de santé en matière de la promotion de l'AAPQ se résument à la sensibilisation, les causeries-débats, la formation du personnel de santé.

## **6.6. Suggestions pour la promotion de l'utilisation de la planification familiale et des accouchements assistés**

A ce niveau, on ne note pas une différence importante entre les besoins dans les cercles. Les enquêtés mettent plus l'accent sur la sensibilisation des populations sur la PF notamment car de l'analyse des discours, on note que certaines femmes refusent de la pratiquer par peur des effets secondaires. Dans ces conditions, une campagne générale, avec des indications précises sur la posologie pour les comprimés, les détails sur la petite chirurgie des implants contribueront à la promotion de la PF.

Les populations préconisent un renforcement de la formation du personnel recruté au niveau local. L'accouchement assisté semble plus accepté par les populations. L'assurance d'être référé en cas de complication, les mesures incitatives (la relative proximité des CSComs, la gratuité de la césarienne, le kit fourni par les ONG telle que IRC) ont aidé à la promotion de l'AAPQ.

A la question, Avez-vous des suggestions pour la promotion de l'utilisation de la planification familiale et des accouchements assistés par du personnel qualifié dans votre localité ? les réponses

suivantes se présentent comme suit dans le logiciel sphinx (chaque numéro correspond à un enquêté):

2 : « *en réalité, les CSCom du Mali méritent d'être renforcés en termes d'équipement, de logistique, de formation et même en termes d'éthique* » (Agent d'ONG, Tenenkou).

6 : Un autre enquêté préconise « *la sensibilisation* » (agent de santé communautaire, Diafarabé).

14 : Un leader religieux local dit s'en remettre à Dieu « *Nous n'avons pas de médicaments ni d'argent. C'est Dieu qui décide de tout. L'homme peut décider de faire quelque chose, mais Dieu n'est pas d'accord cela ne se réalisera pas* » (leader religieux, Diafarabé). Un autre estime en revanche que :

16 : « *L'accouchement doit être assisté par des femmes et non pas des hommes. Il faudra former le maximum de femmes afin de pallier cela* » (leader religieux 2, Diafarabé).

Il semble nécessaire de recourir à la sensibilisation et à la mise à disposition des produits contraceptifs afin que l'utilisation de la PF soit plus importante. A ce sujet deux agents d'ONG proposent la : «

21 : « *Sensibilisation large avec l'implication des services indiqués (développement social, promotion de la femme et l'ASACO). Il faut aussi doter les ONG qui travaillent dans le domaine en produits contraceptifs. Veiller qu'il n'y ait pas de rupture* » (agent 1 d'ONG, Tenenkou) et de :

22 : « *Rendre disponible les méthodes : dotation suffisante pour l'ensemble du cercle, accessible : le coût ne doit pas dépasser le pouvoir d'achat des demandeurs, la formation du personnel* » (agent 2 d'ONG Tenenkou).

## **Synthèse de la partie relative à l'AAPQ**

Si d'une manière générale, l'AAPQ est apprécié par les hommes et les femmes dans les deux cercles, on note tout de même des perceptions différentes liées aux obstacles et aux vécus des uns et des autres.

L'étude a permis de relever que les femmes semblent de plus en plus conscientes de la nécessité d'accoucher dans un centre de santé. De l'analyse des discours, il ressort que les femmes estiment que l'accouchement aux centres de santé a des avantages en termes de santé maternelle et infantile mais aussi à la suite de l'accouchement, les femmes ont la possibilité d'acquiescer un certificat de naissance pour l'enfant. Elles mettent en avant les risques d'accoucher à domicile en l'absence d'un personnel médical qualifié.

Il apparaît dans les entretiens que de nombreuses femmes accouchent au CSCom grâce à la motivation mise en place par l'IRC. Après le départ de Médecins du Monde en 2012 et le repli de MSF sur Tenenkou en 2015, c'est MSF et IRC qui prennent en charge les dépenses liées à l'accouchement. Une partie des frais est assurée par MSF. C'est ce qui motive les femmes à aller accoucher au CSCom. La disponibilité du personnel qualifié n'est pas effective partout.

Pour combler cette insuffisance, l'alternative est le recours aux ATR. En cas de difficulté d'accouchement, les femmes sont évacuées vers le CSCom le plus proche et puis au CSRéf de Tenenkou pour les cas les plus graves. En somme, on note qu'il existe des barrières à l'utilisation de la PF et de l'AAPQ. Il s'agit des barrières socioculturelles et l'indiscrétion des agents.

## VII. CONCLUSION

Au terme de cette étude, nous constatons que le faible taux de la planification familiale et l'accouchement assisté par un personnel qualifié est consécutif à plusieurs facteurs ayant trait à la tradition, au comportement des agents de santé. Le respect du secret médical est une dimension qui a été évoquée tout au long de cette étude.

La distance et l'enclavement sont des freins pour les populations situées à l'intérieur des falaises pour le cercle de Bandiagara et en zone inondée et enclavée pour le cercle de Tenenkou.

## VIII. RECOMMANDATIONS

Au regard de ces constats, nous proposons les recommandations suivantes :

### 1. Les recommandations adressées aux centres de santé

- Mettre à la disposition des adolescentes et des femmes un mécanisme d'information continue sur les avantages et les effets secondaires habituels de chaque méthode de contraception ;
- Faciliter l'accès à toutes les méthodes de planification aux femmes démunies habitant loin des centres de santé ;
- Mettre en place des points d'accueil dédiés aux adolescentes en vue d'éviter l'effet de génération qui constitue un obstacle réel selon les entretiens ;
- S'appuyer sur les gouvernements des enfants afin de promouvoir la PF à l'école ;
- Promouvoir l'utilisation de l'accouchement assisté par un personnel qualifié à travers la sensibilisation ;
- Etablir un partenariat avec les radios locales dans le cadre de la sensibilisation sur la PF et l'AAPQ ;
- Organiser des rencontres-débats avec les leaders religieux et coutumiers.

### 2. Les recommandations à l'Etat

- Assurer la formation de tout le personnel de santé sur l'insertion et le retrait de DIU et de l'implant ;
- Assurer la disponibilité de toutes les méthodes contraceptives aux différents niveaux ;
- Retracer les pistes rurales d'accès au centre de santé : pour les populations à l'intérieur des falaises car l'inaccessibilité géographique constitue un frein ;

- Contribuer à la promotion de l'usage des méthodes contraceptives à travers la mise en place et la prise en charge des clubs de planification familiale dans les écoles et les universités ;
- Concevoir et mettre en œuvre avec l'appui des ministères concernés des contenus socioéducatifs radio-télévisés en rapport avec la PF et l'AAPQ ;
- Valoriser financièrement la fonction de relais communautaire.

### **3. Les recommandations aux Partenaires Techniques et Financiers**

- Contribuer à l'approvisionnement de toute la pyramide sanitaire en produits contraceptifs de toutes sortes ;
- Accompagner l'Etat dans la conception et la diffusion des contenus socioéducatifs radio-télévisés en rapport avec la PF et l'AAPQ.

### **4. Les recommandations aux communautés**

- Soutenir les actions de l'Etat et de ses partenaires visant à promouvoir la santé de la femme et de l'enfant ;
- Organiser des séances de causerie avec les leaders religieux sur la PF et l'accouchement assisté afin de contribuer à la promotion à la santé maternelle et infantile.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Annuaire statistique 2016, Direction Nationale de la Santé, 2017.

Castle, S., Konate, M. K., Ulin, P. R., & Martin, S. (1999). A qualitative study of clandestine contraceptive use in urban Mali. *Stud Fam Plann*, 30 (3), 231-248.

Castle, S., Traore, S., & Cisse, L. (2002). (Re)defining reproductive health with and for the community: an example of participatory research from Mali. *Afr K Reprod Health*, 6(1), 20-31.

Cellule de planification et de statistique secteur santé, développement social et promotion de la famille (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique du Ministère de la Planification, de l'Aménagement du territoire et de la Population, Enquête Démographique et de Santé du Mali 4ème édition 2006 ; décembre 2007.

Direction nationale de la Santé in : OCHA, Profil humanitaire de la région de Mopti, juin-décembre 2017 <https://reliefweb.int/report/mali/mali-profil-humanitaire-de-la-r-gion-de-mopti-juin-d-cembre-2017>

Direction régionale de la santé, Plan de développement socio-sanitaire du cercle de Tenenkou 2014 – 2018.

Direction régionale de la santé, Plan de développement socio-sanitaire du cercle de Bandiagara 2013- 2017, décembre 2012.

Document de politique et normes des services de santé de la reproduction, édition juin 2013.

Freedman LP, Graham WJ, Brazier E, Smith JM, Ensor T, Fauveau V, Themmen E, Currie S, Agarwal K. 2007. Practical lessons from global safe motherhood initiatives: time for a new focus on implementation. *The Lancet*, 370 (9595) : 1,383–91.

Groupe Technique de Travail de la Plateforme Nationale d'Evaluation (GTT-NEP) au Mali : analyses statistiques préliminaires des données du cycle 2-2015.

Instat du Mali (2009). Recensement Général de la Population et de l'Habitat.

Instat du Mali, ICF International. Enquête Démographique de la Santé du Mali EDSM-V 2012-2013. Bamako, Mali et Calverton, Maryland; 2013; Mai 2014.

Kaggwa, E. B., Diop, N. & Storey, J. D. (2008). The role of individual and community normative factors: a multilevel analysis of contraceptive use among women in union in Mali. *Int Fam Plan Perspect*, 34(2), 79-88. Pearson E., 2014.

OCHA, 2014. Rapport d'évaluation rapide et multisectorielle dans le cercle de Tenenkou (19-20 mars 2014). URL :

[https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/assessments/Eval\\_Conjointe\\_Tenenkou.pdf](https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/assessments/Eval_Conjointe_Tenenkou.pdf), Document consulté le 17/1<sup>er</sup>/2018 à 10h50mn.

Ousmane Ballo, « prise en charge de la césarienne au Mali de 2005 à 2014 : 1,55 milliards en 2014 », dans le *journal le Challenger* in : [www.news.abamako.com](http://www.news.abamako.com)

Pearson, E. (2014). Couples' unmet need for family planning in three West African countries. *Stud Fam Plann*, (45(3), 339-359.

White, D., Dynes, M., Rubardt, M., Sissoko, K., & Stephenson, R. (2013). The influence of intrafamilial power on maternal health care in Mali: Perspectives of women, men and mothers-in-law. *Int Perspect Sex Reprod Health*, 39(2), 58-68.

## **ANNEXES**

## ANNEXE 1 : DISTANCE ENTRE LES VILLAGES ET LE CSREF DE BANDIAGARA

### DISTANCE EN KM DES AIRES DE SANTE AU CSRef de Bandiagara

Bandiagara central	0
Bendjeli	18
Borko	98
Dè	77
Dourou	25
Goundaka	45
Irely	77
Kani-Gogouna	45
Kargué	109
Kendié	45
Kori-Maoundé	27
Mory	77
Nando	77
Ningari	77
Ondougou	70
Ouo	45
Sangha	45
Songho	15
Diangassagou	67
Doganibéré	77
Kama	30

Yendouma	75
Tabitongo	55
Ouroly	55
Djiguibombo	18
Iby	55
Bourkouma	97
<b>Total</b>	<b>412804</b>

## ANNEXE 2 : CARTE LIMITE DES COMMUNES ENQUETÉES DANS LE CERCLE DE TENENKOU



## ANNEXE 3 : LES OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES

### Elder Women Guide for Focus Group

**PI Name:** Melinda Munos

**Study Title:** Determinants for access and utilization of family planning and delivery assisted by a skilled birth attendant in the region of Mopti, Mali

**IRB No.:** 00008178

**PI Version/Date:** August 28, 2017

<b>Nom</b>	de _____	<b>Date:</b>	_____
<b>l'interviewer(euse):</b>	_____		_____
<b>Identifiant:</b>	_ _ _ _		
<b>Genre:</b>	Homme	Femme	
<b>Éducation:</b>	Aucune éducation	Éducation primaire	Éducation secondaire Éducation supérieure
<b>Religion:</b>	Musulmane	Catholique	Protestante Animiste
	Autre (spécifiez svp): _____		
<b>Groupe ethnique:</b>	_____		

### Planification familiale

1. Dans votre localité, quelles sont les barrières à l'accès à et l'utilisation des services de planification familiale ?

Relances :

- Distance
- Coût
- Relation patient-personnel de santé
- Respect des normes culturelles ou religieuses
- Heures d'ouverture des centres de santé
- Inquiétudes à propos de la confidentialité

2. Quelles sont les perceptions des femmes dans votre localité par rapport aux méthodes de planification familiale ?

3. Qui est-ce qui prend les décisions au niveau de l'espacement des naissances dans les familles dans votre localité ?

4. Quelles sont les perceptions des hommes par rapport à la planification familiale ?

### **Accouchements assistés par un personnel de santé qualifié**

5. Dans votre localité, quelles sont les barrières à l'accès à et l'utilisation de l'accouchement assisté par un personnel qualifié ?
6. Quelles sont les relations entre les femmes de votre génération et le personnel des centres de santé qui assistent les accouchements dans votre localité ?
7. Généralement, dans votre localité, où et comment est-ce que les femmes veulent-elle accoucher ?  
Relance :
  - Quel est le contexte des accouchements ?
  - Qui veulent-elles présent(e) pendant l'accouchement ?
  - Qui est-ce qu'elles préfèrent avoir pour les assister pendant l'accouchement ?
  - Quel type de compétences est-ce que ceux qui l'aident devraient-ils avoir ?
8. Quelles sont les perceptions des femmes vis-à-vis les accouchements assistés par un personnel de santé qualifié dans un centre de santé ?
9. Qu'est-ce que les femmes pensent des accouchements assistés par un personnel de santé qualifié par rapport aux accouchements assisté par une accoucheuse traditionnelle ?

**Men in Union Guide for Focus Group****PI Name: Melinda Munos****Study Title: Determinants for access and utilization of family planning and delivery assisted by a skilled birth attendant in the region of Mopti, Mali****IRB No.: 00008178****PI Version/Date: August 28, 2017**

<b>Nom</b>	<b>de</b>	_____	<b>Date:</b>	_____
<b>l'interviewer(euse):</b>		_____		_____
<b>Identifiant:</b>		_ _ _ _		
<b>Genre:</b>		Homme	Femme	
<b>Éducation:</b>		Aucune	Éducation primaire	Éducation secondaire supérieure
<b>Religion:</b>		Musulmane	Catholique	Protestante Animiste
		Autre (spécifiez svp): _____		
<b>Groupe ethnique:</b>		_____		

**Planification familiale**

1. Généralement, qu'est-ce que les hommes mariés dans cette localité pensent de la planification familiale ?
2. Qui sont les individus impliqués dans les décisions d'utiliser la planification familiale ?  
Relance :
  - Quel est le rôle du mari ?
  - Quel est le rôle de la femme ?
  - Quel est le rôle de la belle-mère ?
3. Est-ce que vous pensez qu'il y a un besoin d'améliorer l'utilisation des services de planification familiale par les adolescentes et les femmes mariées ?
  - Si non : pourquoi pas ?
  - Si oui : est-ce que vous avez des suggestions ?
4. Quelles sont les difficultés de l'accès aux services de planification familiale ?  
Relance :
  - Distance
  - Coût
  - Relation patient-personnel de santé

- Respect des normes culturelles ou religieuses
- Heures d'ouverture des centres de santé
- Inquiétudes à propos de la confidentialité

### **Accouchements assistés par un personnel de santé qualifié**

5. Dans votre localité, quelles sont les barrières à l'accès à et l'utilisation de l'accouchement assisté par un personnel qualifié ?
  
6. Quels sont les individus qui sont impliqués dans la décision autour de la recherche de soins pendant la grossesse et l'accouchement ?  
 Relance :
  - Quel est le rôle du mari ?
  - Quel est le rôle de la femme ?
  - Quel est le rôle de la belle-mère ?
  
7. Généralement, dans votre localité, où et comment est-ce que les femmes veulent-elle accoucher ?  
 Relance :
  - Quel est le contexte des accouchements ?
  - Quel support moral ou social veulent-elles ? (ex.: qui veulent-elles présent(e) pendant l'accouchement ?)
  - Qui est-ce qu'elles préfèrent avoir pour les assister pendant l'accouchement ?
  - Quel type de compétences est-ce que ceux qui l'aident devraient-ils avoir ?
  
8. Qu'est-ce que les hommes pensent des accouchements assistés par un personnel de santé qualifié des femmes mariées dans votre localité ?

**Women in Union Guide for Focus Group****PI Name: Melinda Munos****Study Title: Determinants for access and utilization of family planning and delivery assisted by a skilled birth attendant in the region of Mopti, Mali****IRB No.: 00008178****PI Version/Date: August 28, 2017**

<b>Nom</b>	<b>de</b>	_____	<b>Date:</b>	_____
<b>l'interviewer(euse):</b>		_____		_____
<b>Identifiant:</b>		_ _ _ _		
<b>Genre:</b>		Homme	Femme	
<b>Éducation:</b>		Aucune	Éducation primaire	Éducation secondaire supérieure
<b>Religion:</b>		Musulmane	Catholique	Protestante Animiste
		Autre (spécifiez svp): _____		
<b>Groupe ethnique:</b>		_____		

**Planification familiale**

1. Généralement, qu'est-ce que les femmes mariées dans cette localité pensent de la planification familiale ?
2. Selon vous, quelles sont les raisons que les femmes de votre localité utilisent ou n'utilisent pas les méthodes de planification familiale ?
3. Quelles sont quelques difficultés auxquels font face les femmes en union pour accéder aux services de planification familiale ?
4. Qui sont les individus impliqués dans les décisions d'utiliser la planification familiale ?  
Relance :
  - Quel est le rôle du mari ?
  - Quel est le rôle de la femme ?
  - Quel est le rôle de la belle-mère ?
5. Dans votre localité, quelles sont les sources d'information sur la planification familiale ?  
Relance :
  - Est-ce qu'il y a des communication/de l'éducation sur l'espace ou la limitation des naissances ? Qui/qu'est-ce qui est la source de cette information ?

- Si vous aviez besoins de planification familiale, comment est-ce que vous sauriez où aller ?
6. Est-ce que vous pensez qu'il y a un besoin d'améliorer l'utilisation des services de planification familiale par les adolescentes et les femmes mariées ?
- Si non : pourquoi pas ?
  - Si oui : est-ce que vous avez des suggestions ?

### **Accouchements assistés par un personnel de santé qualifié**

7. Généralement, dans votre localité, où et comment les femmes veulent-elles accoucher, et pourquoi ?

Relance :

- Distance
  - Coût
  - Qualité des services
  - Types et comportements du personnel de santé (attitudes, sexe, âge, groupe ethnique, langue parlée)
8. Quels sont les difficultés auxquelles les femmes mariées font face pour avoir un accouchement assisté par un personnel de santé qualifié ?
9. Qu'est-ce que les femmes pensent de l'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié par rapport à l'accouchement assisté par une accoucheuse traditionnelle ?
10. Selon vous, qu'est-ce que les femmes de cette localité pensent du centre de santé local ?

Relance :

- Distance
- Coût
- Qualité des services
- Types et comportements du personnel de santé (attitudes, sexe, âge, groupe ethnique, langue parlée)

**Men in Union Guide for Individual Interview****PI Name: Melinda Munos****Study Title: Determinants for access and utilization of family planning and delivery assisted by a skilled birth attendant in the region of Mopti, Mali****IRB No.: 00008178****PI Version/Date: August 28, 2017**

<b>Nom</b>	<b>de</b>	_____	<b>Date:</b>	_____
<b>l'interviewer(euse):</b>		_____		_____
<b>Identifiant:</b>		_ _ _ _		
<b>Genre:</b>		Homme	Femme	
<b>Éducation:</b>		Aucune	Éducation primaire	Éducation secondaire supérieure
<b>Religion:</b>		Musulmane	Catholique	Protestante Animiste
		Autre (spécifiez svp): _____		
<b>Groupe ethnique:</b>		_____		

**Planification familiale**

1. Qu'est-ce que vous pensez de la planification familiale ?
  - Est-ce que vous pensez que les femmes ou les couples devraient utiliser la planification familiale ?
  - Si oui : dans quel but (espacement des naissances, limitation des naissances ou les deux ?) ?
2. Est-ce que vous avez déjà utilisé la planification familiale ?
  - Si oui : pourquoi ?
  - Si non : pourquoi pas ?
3. Quelles sont quelques difficultés dont vous savez pour accéder aux services de planification familiale ?

**Accouchements assistés par un personnel de santé qualifié**

4. Avez-vous déjà eu un enfant [même si l'enfant n'est plus présentement en vie] ?  
Si oui :
  - Pendant la grossesse, est-ce que vous avez eu des discussions avec la mère sur où et comment elle devrait accoucher ?

- Est-ce que votre partenaire a accouché de la façon dont vous vouliez qu'elle accouche [lors du dernier accouchement, s'il y a plusieurs enfants] ?
  - i. Si oui : où et comment a-t-elle accouché ?
  - ii. Si non : où et comment a-t-elle accouché, et comment a-t-elle finit par accoucher de cette façon ? Pourquoi n'a-t-elle pas pu accoucher tel que prévu ?

5. Quelles sont quelques difficultés auxquelles font face les femmes pour pouvoir accoucher dans un centre de santé ?

Relance :

- Coût
  - Distance
  - Barrières ou inquiétudes culturelles
  - Barrières géographiques (saison des pluies, heures d'ouverture du centre de santé)
  - Types et comportement du personnel de santé (attitudes, âge, sexe, groupe ethnique, langue)
6. Pour quelles raisons est-ce que certaines femmes n'accouchent pas dans un centre de santé dans votre localité ?

Relance :

- Qualité des services
- Types et comportement du personnel de santé (attitudes, âge, sexe, groupe ethnique, langue)
- Manque de possibilité d'être référé à un centre de santé d'urgence si nécessaire

**Women in Union Guide for Individual Interview****PI Name: Melinda Munos****Study Title: Determinants for access and utilization of family planning and delivery assisted by a skilled birth attendant in the region of Mopti, Mali****IRB No.: 00008178****PI Version/Date: August 28, 2017**

<b>Nom de</b>	_____	<b>Date:</b>	_____
<b>l'interviewer(euse):</b>	_____		_____
<b>Identifiant:</b>	_ _ _ _		
<b>Genre:</b>	Homme	Femme	
<b>Éducation:</b>	Aucune	Éducation éducation	Éducation secondaire supérieure
<b>Religion:</b>	Musulmane	Catholique	Protestante Animiste
	Autre (spécifiez svp): _____		
<b>Groupe ethnique:</b>	_____		

**Planification familiale**

1. Qu'est-ce que vous pensez de la planification familiale ?
2. Est-ce que vous pouvez me dire – si vous vous sentez à l'aise de m'en parler – si vous avez déjà utilisé la planification familiale ?  
Si oui :
  - Comment et pourquoi est-ce que vous avez pris cette décision ?
  - Qui était impliqué dans cette décision (avec qui en avez-vous parlé) ?
  - Ou est-ce que vous avez obtenu cette planification familiale ?
  - Est-ce que vous avez eu des difficultés à y accéder ?Si non :
  - Comment et pourquoi est-ce que vous avez pris cette décision ?
  - Qui était impliqué dans cette décision (avec qui en avez-vous parlé) ?
  - Avez-vous déjà voulu obtenir une méthode de planification familiale mais n'avez pas pu ? Si oui : est-ce que vous pouvez me parler de pourquoi vous n'avez pas pu ?

**Accouchements assistés par un personnel de santé qualifié**

3. Avez-vous déjà eu un enfant [même si l'enfant n'est plus présentement en vie] ?

Si oui :

- Pouvez-vous me parler de votre accouchement le plus récent ?
- Avez-vous accouché de la façon dont vous vouliez accoucher ?
  - i. Si oui : où et comment avez-vous accouché ?
  - ii. Si non : où et comment avez-vous accouché, et comment avez-vous fini par accoucher de cette façon ? Pourquoi n'avez-vous pas pu accoucher tel que prévu ?

4. Pendant votre grossesse, avez-vous fait des préparations pour votre accouchement [seulement si elle a déjà eu un enfant] ?

Si oui :

- Quelles préparations avez-vous fait ?
- Avez-vous planifié ou vous vouliez accoucher ?
- Est-ce que quelqu'un vous a aidé à planifier (mari, belle-mère, etc.) ?
- Pourquoi est-ce que vous avez planifié d'accoucher de cette façon ?
- Si vous vouliez accoucher dans un centre de santé mais avez accouché à la maison, quels sont les facteurs qui ont mené à cette situation ?

5. Qu'est-ce qui est important pour vous au niveau de l'endroit où vous accouchez ?

Relance :

- Qualité des services
- Support émotionnel (ex. : la famille à le droit d'être présente)
- Accès géographique et financier
- Facilité de référé à un centre de santé en cas d'urgence

6. Si vous aviez à accoucher de nouveau, est-ce que vous le feriez dans un centre de santé ?

Relance :

- Qu'est-ce qui vous encouragerait à y aller ?
- Qu'est-ce qui vous découragerait d'y aller ?

### **Perception des services, du personnel de santé et attentes**

7. Qu'est-ce que vous pensez du personnel de santé dans votre localité ?

Relance :

- Distance
- Coût
- Qualité des services
- Types et comportement du personnel de santé (attitudes, âge, sexe, groupe ethnique, langue)



### Adolescent Women Guide for Individual Interview

PI Name: Melinda Munos

Study Title: Determinants for access and utilization of family planning and delivery assisted by a skilled birth attendant in the region of Mopti, Mali

IRB No.: 00008178

PI Version/Date: August 28, 2017

<b>Nom</b>	<b>de</b>	_____	<b>Date:</b>	_____
<b>l'interviewer(euse):</b>		_____		_____
<b>Identifiant:</b>		_ _ _ _		
<b>Genre:</b>		Homme	Femme	
<b>Éducation:</b>		Aucune	Éducation primaire	Éducation secondaire supérieure
<b>Religion:</b>		Musulmane	Catholique	Protestante Animiste
		Autre (spécifiez svp): _____		
<b>Groupe ethnique:</b>		_____		

### Planification familiale

1. Qu'est-ce que vous pensez de la planification familiale ?
2. Est-ce que vous pouvez me dire – si vous vous sentez à l'aise de m'en parler – si vous avez déjà utilisé la planification familiale ?  
Si oui :
  - Comment et pourquoi est-ce que vous avez pris cette décision ?
  - Qui était impliqué dans cette décision (avec qui en avez-vous parlé) ?
  - Ou est-ce que vous avez obtenu cette planification familiale ?
  - Est-ce que vous avez eu des difficultés à y accéder ?Si non :
  - Comment et pourquoi est-ce que vous avez pris cette décision ?
  - Qui était impliqué dans cette décision (avec qui en avez-vous parlé) ?
  - Avez-vous déjà voulu obtenir une méthode de planification familiale mais n'avez pas pu ? Si oui : est-ce que vous pouvez me parler de pourquoi vous n'avez pas pu ?
3. Est-ce que voulez avoir accès à la planification familiale ?  
Si oui :
  - Pourquoi ?

- Qu'est-ce qui rendrait l'accès à la planification familiale plus facile pour vous ?

Si non :

- Pourquoi pas ?

4. Est-ce que vous pensez que vous allez utiliser la planification familiale lorsque vous serez mariée ?

### **Accouchements assistés par un personnel de santé qualifié**

5. Avez-vous déjà eu un enfant [même si l'enfant n'est plus présentement en vie] ?

Si oui :

- Pouvez-vous me parler de votre accouchement le plus récent ?
- Avez-vous accouché de la façon dont vous vouliez accoucher ?
  - i. Si oui : où et comment avez-vous accouché ?
  - ii. Si non : où et comment avez-vous accouché, et comment avez-vous fini par accouché de cette façon ? Pourquoi n'avez-vous pas pu accoucher tel que prévu ?

6. Pendant votre grossesse, avez-vous fait des préparations pour votre accouchement [seulement si elle a déjà eu un enfant] ?

Si oui :

- Quelles préparations avez-vous fait ?
- Avez-vous planifié ou vous vouliez accoucher ?
- Est-ce que quelqu'un vous a aidé à planifier (mari, belle-mère, etc.) ?
- Pourquoi est-ce que vous avez planifié d'accoucher de cette façon ?
- Si vous vouliez accoucher dans un centre de santé mais avez accouché à la maison, quels sont les facteurs qui ont mené à cette situation ?

7. Qu'est-ce qui est important pour vous au niveau de l'endroit où vous accouchez ?

Relance :

- Qualité des services
- Support émotionnel (ex. : la famille à le droit d'être présente)
- Accès géographique et financier
- Facilité de référé à un centre de santé en cas d'urgence

8. Si vous aviez à accoucher de nouveau, est-ce que vous le feriez dans un centre de santé ?

Relance :

- Qu'est-ce qui vous encouragerait à y aller ?
- Qu'est-ce qui vous découragerait d'y aller ?

### **Perception des services, du personnel de santé et attentes**

9. Qu'est-ce que vous pensez du personnel de santé dans votre localité ?

Relance :

- Distance
- Coût
- Qualité des services
- Confidentialité
- Types et comportement du personnel de santé (attitudes, âge, sexe, groupe ethnique, langue)

**Health Provider Guide for Individual Interview**

**PI Name: Melinda Munos**

**Study Title: Determinants for access and utilization of family planning and delivery assisted by a skilled birth attendant in the region of Mopti, Mali**

**IRB No.: 00008178**

**PI Version/Date: August 28, 2017**

**Région:** \_\_\_\_\_

**District de santé:** \_\_\_\_\_

**Cercle** \_\_\_\_\_

**Village/quartier:** \_\_\_\_\_

**Nom de l'interviewer(euse) :** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Numéro Identifiant:** |\_\_| |\_\_| |\_\_|

**Disponibilité, accessibilité et utilisation des services de planification familiale**

1. Il y a-t-il des services de planification familiale offerts dans ce centre de santé ?  
▪ Si oui : lesquels ?

2. Il y a-t-il des difficultés au niveau de la livraison des services de planification familiale dans votre communauté ?

Relance :

- Approvisionnement, ruptures de stock
- Attitudes culturelles vis-à-vis la planification familiale
- Manque d'utilisation (ex. : les femmes ne viennent pas)
- Est-ce que vous pensez que ça vous aiderait de recevoir des formations additionnelles ?

3. Quelles sont des barrières auxquelles les femmes font face pour obtenir des services de planification familiale ?

Relance :

- Culturelles
  - Coût
  - Distance
  - Elles ne savent pas quels services sont offerts
  - Elles n'ont pas d'intérêt pour ces services
4. Selon vous, qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer l'utilisation des services de planification familiale dans cette région ?

### **Accouchements assistés par un personnel de santé qualifié**

5. Généralement, dans votre localité, où est-ce que les femmes veulent accoucher et pourquoi ?

6. Il y a-t-il des difficultés au niveau de la livraison des services d'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié ?

Relance :

- Chaîne d'approvisionnement, ruptures de stock
  - Attitudes culturelles vis-à-vis la planification familiale
  - Manque d'utilisation (ex. : les femmes ne viennent pas)
  - Est-ce que vous pensez que ça vous aiderait de recevoir des formations additionnelles ?
  - Possibilité de transport vers un autre centre de santé en cas d'urgence
7. Quelle(s) catégorie(s) de personnel travaille au centre de santé local (médecins, infirmières, auxiliaires de santé, sages femme) ?

8. Quelles sont quelques barrières auxquelles les femmes font face pour accoucher assistées par un personnel de santé qualifié ?

Relance :

- Culturelles
- Coût
- Distance
- Elles ne savent pas quels services sont offerts
- Elles n'ont pas d'intérêt pour ces services

- Heures d'ouverture du centre de santé
9. Selon vous, est-ce qu'il y a des besoins insatisfaits dans votre localité en termes de santé reproductive et maternelle ?
- Si oui :
- Quels sont-ils ?
  - Est-ce que vous avez des suggestions pour y faire face ?
10. Selon vous, qu'est-ce qui devrait être fait pour améliorer la provision des services de planification familiale et de santé maternelle dans cette localité la santé reproductive et maternelle ?

**Promotion des services de santé**

11. Est-ce que vous pouvez me parler de vos efforts pour promouvoir la planification familiale et les accouchements assistés par du personnel qualifié dans votre localité ?
- Relance :
- Collaboration avec des ONG ?
  - Collaborations avec des stations de radio ?
  - Collaborations avec des autorités locales ?
12. Quelles sont quelques difficultés liées à la promotion de la planification familiale et des accouchements assistés par du personnel qualifié dans votre localité ?

**Local Authorities and NGO staff for Individual Interview**  
**PI Name: Melinda Munos**  
**Study Title: Determinants for access and utilization of family planning and delivery assisted by a skilled birth attendant in the region of Mopti, Mali**  
**IRB No.: 00008178**  
**PI Version/Date: August 28, 2017**

**Région:** \_\_\_\_\_

**District de santé:** \_\_\_\_\_

**Cercle** \_\_\_\_\_

**Village/quartier:** \_\_\_\_\_

**Nom de l'interviewer(euse) :** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Numéro Identifiant:** |\_\_|\_\_|\_\_|

**Disponibilité, accessibilité et utilisation des services de planification familiale**

1. Dans votre communauté, quelle est la situation par rapport à l'utilisation des services de planification familiale ?
2. Quelles sont les barrières à l'utilisation des méthodes de planification familiale et de santé maternelle dans les centres de santé dans votre communauté ?  
Relance :
  - Accessibilité financière et physique des services
  - Qualité des soins
  - Types et comportements du personnel de santé (attitudes, âge, sexe, groupe ethnique, langue parlée)
  - Barrières socio-culturelles
3. Selon vous, qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer l'utilisation des services de planification familiale dans cette région ?

#### **Accouchements assistés par un personnel de santé qualifié**

4. Généralement, dans votre localité, où est-ce que les femmes veulent accoucher et pourquoi ?
5. Dans quelles conditions est-ce que les femmes veulent-elles accoucher ?  
Relance :
  - Qui est-ce qu'elles veulent avec elles ?
  - Quel type d'assistant(e) veulent-elles ?
6. Qui prend/prennent la décision sur où une femme enceinte doit accoucher ?
7. Quelles sont quelques barrières au niveau de la livraison des services d'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié ?  
Relance :
  - Accessibilité financière et physique des services
  - Qualité des soins
  - Types et comportements du personnel de santé (attitudes, âge, sexe, groupe ethnique, langue parlée)
  - Barrières socio-culturelles
8. Selon vous, qu'est-ce qui devrait être fait pour augmenter le nombre de femmes qui accouchent dans un centre de santé dans votre communauté ?

#### **Perception des services, du personnel de santé et attentes**

9. Quelles sont les perceptions dans la communauté de comment le personnel de santé reçoit, parle aux et s'occupe des jeunes femmes et des femmes ?
10. Êtes-vous impliqués dans des efforts pour promouvoir la planification familiale et les accouchements assistés par du personnel qualifié dans votre localité ?  
Si oui :
  - Quels sont ces efforts ?
  - Qui sont vos partenaires ?
  - Parlez-moi de vos efforts avec les autorités locales/ONG ?
11. Quelles sont quelques difficultés liées à la promotion de la planification familiale et des accouchements assistés par du personnel qualifié dans votre localité ?
12. Avez-vous des suggestions pour la promotion de l'utilisation de la planification familiale et des accouchements assistés par du personnel qualifié dans votre localité ?