



PRESIDENT'S MALARIA INITIATIVE



## RAPPORT DE RECHERCHE

# LES OBSTACLES À L'UTILISATION DU TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT (TPI) À LA SULFADOXINE PYRIMÉTHAMINE (SP) PAR LES PRESTATAIRES PENDANT LA CONSULTATION PRÉNATALE RECENTRÉE (CPNR) Au Mali



Février 2013

## TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ABRÉVIATIONS .....	5
REMERCIEMENT : .....	6
RÉSUMÉ .....	7
RAPPORT DE RECHERCHE VOLET QUANTITATIF .....	8
LISTE DES TABLEAUX .....	9
LISTE DES GRAPHIQUES .....	10
CHAPITRE 1 .....	11
GÉNÉRALITÉS .....	11
I - CONTEXTE .....	12
1.1 - JUSTIFICATION .....	12
1.2 - PROBLEMATIQUE .....	13
II - OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION .....	14
2.1 - OBJECTIF GENERAL .....	14
2.2 - OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	14
2.3 QUESTIONS DE RECHERCHE .....	14
III - RÉSULTATS ATTENDUS DU VOLET QUANTITATIF .....	14
IV - PRODUITS ATTENDUS .....	15
V - MÉTHODES DE COLLECTE ET D'ANALYSE .....	15
5.1 - ÉCHANTILLONNAGE: .....	15
5.2 - DETERMINATION DES ZONES D'ENQUETE.....	16
5.3 - EXPLOITATION ET ANALYSE DES DONNEES.....	16
CHAPITRE 2.....	18
LES RÉSULTATS .....	18
2.1. INTRODUCTION .....	19
2.2. COLLECTE DES DONNÉES .....	19
2.3. ANALYSE DES DONNÉES DE CPN .....	20
2.4. ANALYSE DES DONNÉES SUR LA SULFADOXINE PYRIMETHAMINE.....	26
2.5. ANALYSE DES DONNÉES SUR LE VACCIN ANTITÉTANIQUE .....	31
CONCLUSION .....	35
RECOMMANDATIONS .....	36
RAPPORT DE RECHERCHE VOLET QUALITATIF.....	41
CHAPITRE 1 .....	42
GÉNÉRALITÉS .....	42
I - CONTEXTE .....	43
1.1 - JUSTIFICATION .....	43
1.2 - PROBLEMATIQUE .....	44
II - OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION .....	44
2.1 - OBJECTIF GENERAL .....	44
2.2 - OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	44
2.3 QUESTIONS DE RECHERCHE .....	45
III - RÉSULTATS ATTENDUS DU VOLET QUALITATIF.....	45
IV - PRODUITS ATTENDUS .....	46
V - MÉTHODES DE COLLECTE ET D'ANALYSE .....	46
5.1 - ÉCHANTILLONNAGE .....	46
5.2 - DETERMINATION DES ZONES D'ENQUETE.....	46

5.3 - EXPLOITATION ET ANALYSE DES DONNEES .....	47
CHAPITRE 2 .....	49
LES RÉSULTATS .....	49
<i>I</i> -CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON DES ENTRETIENS APPROFONDIS AVEC LES FEMMES	50
1.1 -INFLUENCE DE LA REGION DE RESIDENCE SUR LA CPN.....	50
1.2 - EFFET DES VARIABLES SOCIODEMOGRAPHIQUES SUR LA CPN .....	53
1.3- EFFETS DES VARIABLES SOCIOCULTURELLES SUR LA CPN.....	55
<i>II</i> - CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON DES DYADES AVEC LES HOMMES	57
2.1 -INFLUENCE DE LA REGION DE RESIDENCE SUR LA CPN DES CONJOINTES DES HOMMES ENQUETES .....	57
2.2- EFFETS DES VARIABLES SOCIODEMOGRAPHIQUES SUR LA CPN DES CONJOINTES DES HOMMES .....	59
2.3 -EFFETS DES VARIABLES SOCIOCULTURELLES SUR LA CPN DES CONJOINTES DES HOMMES.....	60
III. RESULTATS .....	62
1- CONTEXTE DE L'ANALYSE DES RESULTATS.....	62
RAPPEL DE L'AXE STRATEGIQUE 5 .....	62
2. - ANALYSE DES RESULTATS ISSUS DES DONNEES QUALITATIVES.....	62
CHAPITRE 3 :LA LEVÉE DES OBSTACLES LIÉS À LA PRISE DE LA SP.....	72
3.1 -L'INSUFFISANCE DE L'INFORMATION SUR LA SP.....	74
3.2 -LES RETICENCES A LA PRISE SUPERVISEE ET LES REFUS VOILES.....	75
3.3 -LES EFFETS SECONDAIRES .....	75
3.4 -L'INSUFFISANCE DE COMPETENCES DES PRESTATAIRES.....	76
3.5 -L'INSUFFISANCE DE COMMUNICATION INTERPERSONNELLE.....	76
3.6 -LE RETARD DES FEMMES ENCEINTES AUX PREMIERES VISITES DE SOINS PRENATALS .....	77
3.7-L'INSUFFISANCE D'INCITATION DE LA DEMANDE DES SERVICES PREVENTIFS DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME .....	77
3.8 -L'INSUFFISANCE DE L'UTILISATION DES SERVICES DE CPNR PAR LES FEMMES ENCEINTES .....	78
3.9 -LA DIFFICULTE D'ACCES AUX PRODUITS DE PREVENTION ET DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME .....	79
3.10 -LA SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS RELATIVES A LA LEVEE DES OBSTACLES.....	79
CHAPITRE 4: CONTRIBUTIONS DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS.....	81
4.1 - GESTION DE L'INSUFFISANCE DE L'INFORMATION SUR LA SP .....	82
4.2 - PRODUCTION D'INFORMATION ADEQUATE SUR LA PRISE SUPERVISEE .....	83
4.3 - GESTION DES RETICENCES A LA PRISE SUPERVISEE .....	83
4.4 - GESTION DES EFFETS SECONDAIRES .....	84
4.5 - QUALIFICATION ET AMELIORATION DES COMPETENCES DES PRESTATAIRES .....	84
4.6 - STRATEGIES EN MATIERE DE CIP .....	84
4.7- FAIBLE FREQUENTATION DES CPN .....	85
4.8 - RETARDS AUX PREMIERES CPN .....	85
4.9 - PROMOUVOIR ET SUSCITER LA DEMANDE PREVENTIVE .....	85
4.10 - ACCES AUX PRODUITS DE PREVENTION.....	85
4.11 - METHODES DE SUIVI ET LEUR AMELIORATION .....	86
V - CONCLUSION.....	86
IV -BIBLIOGRAPHIE.....	87
ANNEXES : OUTILS DE COLLECTE.....	88



## SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ATN Plus/USAID	Assistance Technique Nationale Plus (USAID)
CAREF	Centre d'Appui à la Recherche et à la Formation
CNESS	Comité National d'Éthique pour la Santé et les Sciences de la Vie
CNIECS	Centre National d'Information d'Education et de » Communication pour la Santé
CPNR	Consultation Périnatale Recentrée
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSREF	Centre de Santé de Référence
CSPRO	Census and Survey Processing System
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
DNS	Direction Nationale de la Santé
DSR	Division de la Santé de la Reproduction
FGD	Focus Group Discussion
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MILD	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide de Longue Durée
MIILDA	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MS	Ministère de la Santé
P.E.C.	Prise En Charge
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
SIS	Système d'Information Sanitaire
S.P.	Sulfadoxine Pyriméthamine
TPI	Traitement Préventif Intermittent
USAID	United States Agency for International Development

## REMERCIEMENT :

L'équipe de recherche de ATN Plus remercie le bureau d'étude CAREF qui l'a aidé à mener cette recherche dont les bénéficiaires seront le Programme National de lutte contre le paludisme (PNLP), la Direction Nationale de la Santé et les Communautés pour l'amélioration de l'état de santé des populations maliennes.

Nous remercions toute l'équipe de CAREF qui a parcouru le pays parfois malgré l'insécurité et l'accès difficile de certaines zones d'enquête échantillonnées

Nos remerciements vont également aux femmes et aux hommes qui ont participé aux discussions de groupe, aux interviews ainsi qu'aux prestataires de services de santé et les principaux intervenants qui ont fourni des informations précieuses lors des enquêtes. sans oublier tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à cette évaluation.

Cette étude a été financée par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID)/ Initiative de Président Américain pour la lutte contre le paludisme (PMI) a travers l'Assistance Technique Plus (ATN Plus)

## RÉSUMÉ

Au Mali, le paludisme constitue la première cause de morbidité et de mortalité, notamment chez les enfants de moins de 5 ans et la première cause d'anémie chez la femme enceinte. Une des interventions clés qui se sont avérées efficaces pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néo-natales est la prévention du paludisme par le traitement préventif intermittent (TPI) à la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP). Il est indiqué que cette prise de SP soit supervisée par le prestataire pendant la Consultation Prénatale Recentrée (CPNR), car les femmes enceintes courent un risque plus élevé d'infestation palustre.

Même si la politique pour le TPI gratuit a été adoptée en 2006 au Mali, son application est particulièrement lente. En outre, un certain nombre de facteurs sont identifiés comme étant susceptibles d'être partiellement responsables des faibles niveaux enregistrés d'où la réalisation de cette étude financée par l'USAID/PMI Mali pour déterminer les obstacles qui persistent et limitent l'accès des femmes à la CPNR et faire des recommandations visant l'élimination de ces barrières.

Il s'agit d'une étude qualitative transversale descriptive et analytique auprès des informateurs clés (prestataires de soins prénatals, bénéficiaires, responsables sanitaires) sur la base d'un consentement éclairé de chaque enquêté. Cette étude est complétée par une approche quantitative à travers le dépouillement des documents de CPNR et d'accouchement.

Les résultats du volet quantitatif indiquent que : un peu plus de la moitié des femmes pour lesquelles l'information était disponible (54%) est allée à la première CPN à moins de 20 semaines (5 mois) de grossesse. Au cours de la première CPN, les femmes qui ont reçu la première dose de Sulfadoxine Pyriméthamine représentent 92% contre 8% pour celles ayant reçu la deuxième dose. Lors de la quatrième CPN ou plus, 27% de femmes enceintes ont reçu la première dose de Sulfadoxine Pyriméthamine. Pour le même rang de CPN, ce sont 73% qui ont reçu la SP2.

À la quatrième CPN, la proportion de femmes enceintes qui a reçu la M.I.L.D se chiffre à 80% : La moyenne cumulée de 24,5% des femmes enceintes n'ayant pas reçu la (M.I.L.D.) au cours de différents rangs de CPN, L'analyse a été faite au niveau agrégé des régions à cause de la relative faiblesse des effectifs de femmes qui ont reçu les doses de SP. Les fortes proportions de femmes qui ont reçu les doses de SP sont enregistrées à Bamako avec 33% et 39% respectivement pour la première et la deuxième dose. La région de Sikasso suit avec 26% pour la première dose et 32% pour la deuxième.

L'analyse des données montre aussi que 86% des femmes qui se sont rendues en CPN sur la période de référence de l'étude, et qui ont reçu la Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (M.I.I) ont également reçu la première dose du vaccin antitétanique. Le District de Bamako atteint les proportions les plus élevées de femmes qui ont reçu la deuxième dose et celle de rappel avec respectivement 38% et 53%.

Les résultats du volet qualitatif indiquent que plus de la moitié des femmes (soit 57%) ont fait moins de 4 CPN. Sur un total de 46 femmes enquêtées, 50% ont effectué la première CPN à moins de 20 semaines de grossesse. À part Bamako où les hommes déclarent à 63% que leurs conjointes ont été à quatre CPN et plus ; dans les autres régions, les conjointes des hommes enquêtés se sont rendues à moins de quatre CPN.

Les propos des hommes rapportés ci-dessus indiquent que la communication au sein du couple à propos de la CPNR se limite aux suites de la consultation lorsqu'il y a des dépenses.

Les raisons qui motivent à aller à la CPNR est qu'elles y vont pour le suivi de la grossesse ou encore pour la prévention ou le traitement des maladies liées à la grossesse. Accessoirement : la SP est disponible. Les équipes de collecte affirment avoir rencontré très peu de cas de rupture de stock.

Les difficultés liées à la prise de la SP : le nœud gordien de la prise notamment supervisée de la SP réside dans les effets secondaires liés à la prise à jeun des trois comprimés. Aussi bien les prestataires que les femmes enceintes se sont appesantis sur cet aspect. Les prestataires y ont même décelé un argument massue, que les femmes utilisent pour esquiver la prise supervisée de la SP; ou encore, pour refuser de la prendre.

## Rapport de recherche Volet quantitatif

## LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1. Répartition en % de l'échantillon par région de résidence
- Tableau 2. Répartition en % des femmes selon la région et le nombre de CPN
- Tableau 3. Répartition en % des femmes selon le statut matrimonial et le nombre de CPN
- Tableau 4. Répartition en % des femmes selon le vaccin antitétanique reçu et le nombre de CPN
- Tableau 5. Répartition en % des femmes selon la dose Sulfadoxine Pyriméthamine reçue et le nombre de CPN
- Tableau 6. Répartition en % des femmes qui ont reçu la M.I.I selon le nombre de CPN
- Tableau 7. Répartition en % des femmes selon l'âge de la grossesse et le nombre de CPN
- Tableau 8. Répartition en % des femmes selon le groupe d'âge et le nombre de CPN
- Tableau 9. Répartition en % des femmes selon la parité et le nombre de CPN
- Tableau 10. Répartition en % des femmes selon le nombre d'enfants en vie et le rang de la CPN
- Tableau 11. Répartition en % des femmes selon la région et le nombre de doses de SP
- Tableau 12. Répartition en % des femmes selon le statut matrimonial et le nombre de doses de SP
- Tableau 13. Répartition en % des femmes selon le vaccin antitétanique et le nombre de doses de SP
- Tableau 14. Répartition en % des femmes qui ont reçu la M.I.I selon le nombre de doses de SP
- Tableau 15. Répartition en % des femmes selon l'âge de la grossesse et le nombre de doses de SP
- Tableau 16. Répartition en % des femmes selon l'âge et le nombre de doses de SP
- Tableau 17. Répartition en % des femmes selon la parité et le nombre de doses de SP
- Tableau 18. Répartition en % des femmes selon le nombre d'enfants en vie et le nombre de doses de SP
- Tableau 19. Niveaux de couverture de la SP2 par Régions et par Cercles
- Tableau 20. Répartition en % des femmes selon la région et le nombre de doses reçues de vaccin antitétanique
- Tableau 21. Pourcentage de femmes selon le statut matrimonial et le nombre de doses reçues de vaccin antitétanique
- Tableau 22. Répartition en % des femmes qui ont reçu la M.I.I selon le nombre de doses reçues de vaccin antitétanique
- Tableau 23. Répartition en % des femmes selon l'âge de la grossesse et le nombre de doses reçues de vaccin antitétanique
- Tableau 24. Répartition en % des femmes selon le groupe d'âge et le nombre de doses reçues de vaccin antitétanique
- Tableau 25. Répartition en % des femmes selon la parité et le nombre de doses reçues de vaccin antitétanique
- Tableau 26. Répartition en % des femmes selon le nombre d'enfants en vie et le nombre de doses reçues de Vaccin Anti tétanique

## LISTE DES GRAPHIQUES

- Graphique 1. Répartition en % de l'échantillon par région de résidence
- Graphique 2. Répartition en % des femmes selon la région et le nombre de CPN
- Graphique 3. Répartition en % des femmes selon l'âge de la grossesse selon le nombre de CPN
- Graphique 4. Répartition en % des femmes selon le nombre d'enfants en vie selon le nombre de CPN
- Graphique 5. Répartition en % des femmes selon la région et le nombre de doses de Sulfadoxine
- Graphique 6. Répartition en % des femmes selon l'âge de la grossesse et le nombre de doses de SP
- Graphique 7. Répartition en % des femmes selon le nombre d'enfants en vie et le nombre de doses de SP
- Graphique 8. Répartition en % des femmes selon la région et le nombre de doses reçues de vaccin antitétanique
- Graphique 9. Répartition en % des femmes selon l'âge de la grossesse et le nombre de doses reçues de vaccin antitétanique
- Graphique 10. Répartition en % des femmes selon le nombre d'enfants en vie et le nombre de doses reçues de Vaccin Anti tétanique

# CHAPITRE 1

## GÉNÉRALITÉS

## I - CONTEXTE

Au Mali, le paludisme constitue la première cause de morbidité et de mortalité, notamment chez les enfants de moins de 5 ans ; et la première cause d'anémie chez la femme enceinte.

**Le traitement préventif intermittent** est l'administration d'au moins deux doses de *Sulfadoxine Pyriméthamine* (SP) à titre préventif avec un intervalle d'au moins un mois entre le 4<sup>e</sup> et le 8<sup>e</sup> mois de la grossesse.

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. Une approche actualisée, appelée soins prénatals recentrés, met l'accent sur la qualité des consultations plutôt que sur le nombre. Les soins prénatals devraient donc avoir comme but d'assurer, de soutenir et de maintenir le bien-être maternel tout au long d'une grossesse et d'un accouchement normal. Pour atteindre cela, le prestataire compétent devrait œuvrer vers l'atteinte des buts suivants :

- détection et traitement précoces des problèmes et complications
- prévention des maladies et des complications
- préparation à l'accouchement et aux éventuelles complications
- promotion de la santé

### 1.1 - Justification

La littérature indique que l'une des interventions clés qui se sont avérées efficaces pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néo-natales est la prévention du paludisme par le traitement préventif intermittent (TPI) à la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP). Il est conseillé que cette prise soit supervisée par le prestataire pendant la Consultation Prénatale Recentrée (CPNR), car les femmes enceintes courent un risque plus élevé d'infection palustre. L'infection paludéenne chez la mère augmente le risque d'avortement spontané, de morts nés, de naissance prématurée et d'insuffisance pondérale à la naissance.

Selon les résultats d'EDSM IV (2006), 70% des femmes enceintes ont utilisé les services de soins prénatals. Cependant, seulement 30% des femmes enceintes sont venues avant la fin de leur premier trimestre de grossesse et un peu plus de trois femmes sur dix (35 %) ont effectué au moins les quatre visites recommandées.

Le nombre médian de mois de grossesse à la première visite s'établit à 4,3. Ce nombre est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (4,7 mois contre 3,8), ce qui est dû au fait que les femmes du milieu rural se rendent plus tardivement en consultation prénatale que celles du milieu urbain.

L'EDSM IV (2006) a également montré que seulement 6% des femmes enceintes ont déclaré avoir reçu au moins une dose de SP pendant leur dernière grossesse et seulement 4% ont reçu les deux doses recommandées lors des consultations prénatales.

L'hypothèse est faite ici que le faible taux enregistré de CPN est en partie dû à des raisons culturelles selon lesquelles les femmes devraient cacher leur grossesse jusqu'à ce qu'elle soit physiquement visible.

Selon le CNIECS, les principaux obstacles à une augmentation de l'utilisation du TPI sont :

- a) l'insuffisance de compétences des prestataires ;
- b) celle de communication interpersonnelle et ;
- c) le retard des femmes enceintes aux premières visites de soins prénatals.

## 1.2 - Problématique

En 2006, le ministère de la Santé a annoncé que le TPI était gratuit. Cependant, il s'avère que les femmes enceintes continuent de payer par endroits la SP, selon le système de recouvrement de coût de l'Initiative de Bamako. Par conséquent, même si la politique pour le TPI gratuit a été adoptée en 2006, son application est particulièrement lente.

Des efforts ont été faits à l'endroit des chefs religieux et traditionnels ainsi que des représentants élus. Le but étant qu'ils plaident en faveur de l'importance de la prévention du paludisme pendant la grossesse. Malgré cela, des obstacles persistent. Notamment au niveau des prestataires. Ces derniers apparaissent comme un des goulots d'étranglement à la bonne mise en œuvre de la politique d'accès à la SP.

En outre, un certain nombre de facteurs sont identifiés comme étant susceptibles d'être partiellement responsables des niveaux enregistrés dans la prévention du paludisme par le traitement préventif intermittent (TPI) à la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP). Il s'agit entre autres de:

- l'insuffisance d'incitation de la demande des services préventifs de lutte contre le paludisme ;
- l'insuffisance de l'utilisation des services de CPNR par les femmes enceintes ;
- la difficulté d'accès aux produits de prévention et de lutte contre le paludisme, etc.

## II - OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

### 2.1 - Objectif général

Déterminer les obstacles qui persistent et limitent l'accès des femmes à la CPNR, pour faire des recommandations visant l'élimination de ces barrières.

### 2.2 - Objectifs spécifiques

Pour le volet quantitatif de l'étude, l'objectif était, à partir de l'exploitation d'une liste de 16 variables dans les registres de CPNR pour les trois (3) derniers mois (octobre, novembre, décembre) de 2009 et 2010, de :

- 1) mesurer le niveau de la CPN sur la période de référence à partir des informations contenues dans les registres des formations sanitaires des localités échantillons.
- 2) mesurer le niveau d'administration de la SP et plus spécifiquement de la SP2 sur la période de référence à partir des informations contenues dans les registres des formations sanitaires des localités échantillons.
- 3) mesurer le niveau de la vaccination antitétanique (VAT) sur la période de référence à partir des informations contenues dans les registres des formations sanitaires des localités échantillons.

### 2.3 Questions de recherche

L'évaluation vise à apporter des réponses aux questions suivantes :

1. En quoi la politique, dans sa formulation, a-t-elle influencé dans un sens ou dans l'autre, au cours des cinq (5) dernières années, la mise en œuvre du TPI à la SP ?
2. Quels sont les résultats de la consultation prénatale recentrée (CPNR) en matière de prévention du paludisme par le traitement préventif intermittent (TPI) à la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) au cours des cinq dernières années?

Compte tenu de la méthode de recherche employée pour appréhender l'utilisation de la SP au cours de la CPNR dans les formations sanitaires, la période des 5 dernières années ne pouvait être couverte. La raison est que le choix a été fait d'analyser les données des registres de consultation, plutôt que de faire une enquête auprès des prestataires et des bénéficiaires. Les informations des registres couvrent ces deux sous populations en ce qu'elles mesurent la fréquentation des bénéficiaires sur la période de référence ; et renseignent sur la pratique des prestataires sur la même période. En outre, elle a l'avantage d'avoir été conduite sur une période de temps dont les coûts pouvaient être supportés par le budget alloué à la recherche.

## III - RÉSULTATS ATTENDUS DU VOLET QUANTITATIF

- a) La connaissance des niveaux enregistrés lors des CPNR afin d'envisager les mesures à prendre pour améliorer les résultats du TPI à la SP

b) À partir de la connaissance des niveaux, identifier les approches qui encouragent la fréquentation des centres et par conséquent l'utilisation de la SP pour la prévention du paludisme et celle du VAT pour la protection de la mère et de l'enfant contre le tétanos.

La réalisation des objectifs de l'étude et les recommandations seront portées à la connaissance des autorités sanitaires et communautaires et des partenaires techniques et financiers du Ministère de la Santé. Il est attendu que la mise en œuvre des recommandations de l'étude permette d'améliorer l'accès aux établissements de Santé pour les CPN.

#### **IV - PRODUITS ATTENDUS**

- a) Le rapport d'analyse des résultats de la recherche
- b) La présentation des résultats clés de la recherche avec PowerPoint

#### **V - MÉTHODES DE COLLECTE ET D'ANALYSE**

Le volet quantitatif de l'étude a été confronté à quelques difficultés méthodologiques. La première était de conduire une enquête quantitative auprès des femmes dont l'âge de la grossesse ou le fait d'avoir accouché au moins six mois avant l'enquête permettaient de collecter des informations sur leur prise ou non de la SP. La seconde était de constituer des échantillons stratifiés de manière à avoir une représentativité de ces différentes sous-populations dès lors que les données du Système d'information sanitaire qui servaient de base de sondage n'avaient pas de dénominateur. La troisième était de jumeler cette enquête avec une enquête qualitative et des observations de CPNR auprès des mêmes sous-populations et des structures sanitaires qu'elles fréquentent.

La consultation des registres de CPN a permis de contourner l'enquête quantitative. L'information sur la prise de la SP figure déjà dans les registres de CPN. Le choix a alors été fait de l'exploiter en y ajoutant d'autres informations relatives à la patiente qui figurent également dans les registres. L'hypothèse a été faite que le résultat de l'analyse de ces informations mesurerait indirectement et en partie, les pratiques des prestataires.

Il a par conséquent été décidé de procéder à une collecte quantitative par la photographie des pages des registres de CPNR. Les variables d'intérêt pour l'étude ont été retenues pour être saisies avec le logiciel CSPRO, exploitées et analysées avec SPSS. Les résultats obtenus ont été utilisés pour produire le présent rapport.

##### **5.1 - Échantillonnage:**

Elle a été basée sur une approche mixte (probabiliste et non probabiliste). La méthode probabiliste a utilisé les données fournies par l'annuaire statistique sanitaire de 2009 pour constituer l'échantillon selon les niveaux de prise de SP2 dans les régions. À partir de ces indicateurs, les régions ont été regroupées en zone. Sur la base de ces regroupements, les régions échantillons ont été choisies.

Quant à l'échantillonnage non probabiliste, il a privilégié les choix raisonnés.

## 5.2 - Détermination des zones d'enquête

L'univers de l'étude a couvert trois zones :

- une zone Nord constituée des régions de Kidal, Tombouctou et Gao ;
- une zone Centre constituée des régions de Mopti, Ségou et Kayes ;
- une zone Sud constituée de la région de Sikasso.

Dans ces trois zones, un échantillon raisonné a été constitué dans les régions de Gao, Mopti, Sikasso et dans le District de Bamako.

- Chaque région retenue était stratifiée en deux groupes en fonction de la moyenne de la SP2. L'un à faible couverture en SP2 et l'autre à couverture élevée en SP2. Dans chaque strate a été tiré au hasard un district sanitaire (DS).
- Le CSRef du DS a été retenu
- Dans chaque DS a été retenu le CSCom central
- Dans chaque DS 2 CSCom ruraux ont été choisis de manière aléatoire.
- Au niveau du District de Bamako, 3 CSCom ont été choisis par tirage au sort.

Au total, 8 CSRef et 24 CSCom ont été couverts par l'étude.

Au niveau national, 6 entretiens approfondis ont été prévus avec les responsables suivants :

- 1 - Le Directeur du PNLP,
- 2 - Les chefs de division PEC/ Prévention et Communication,
- 3 - Le chef de section prévention
- 4 - La responsable du TPI,
- 5 - Le Directeur du CNIECS
- 6 - Le chef de division Mobilisation Sociale

Ces entretiens n'ont pas été conduits. La raison est que le choix méthodologique a été fait de finir avec l'exploitation et l'analyse des données aussi bien qualitatives que quantitatives, avant d'identifier les questions à poser à ces responsables. L'idée derrière ce choix est de ne pas avoir des interviews sur la politique telle que définie dans les documents officiels; mais sur des résultats issus de la mise en œuvre de la politique sur le terrain. L'analyse de ces entretiens sera un additif à la version définitive du rapport qualitatif qui est déjà produit.

## 5.3 - Exploitation et analyse des données

Initialement, il était prévu de concevoir des fiches pour collecter les données à partir des registres de CPN sur la période de référence. Finalement, l'évaluation de cette méthode a abouti à des durées de collecte tellement longue et ; par conséquent, à des coûts tellement élevés ; que le choix a été fait de photographier les pages des

registres et de les saisir une fois au bureau. Dans un premier temps, un programme a été conçu sous Excel de Microsoft en utilisant l'interface Visual Basic. À mi-parcours, les tentatives d'exploitation de ces données se sont avérées si difficiles, avec des problèmes d'exportation et de format de fichiers, que le choix a été fait de revenir à ce qui avait été initialement prévu, à savoir saisir avec le logiciel CSPRO.

## CHAPITRE 2 LES RÉSULTATS

## 2.1. INTRODUCTION

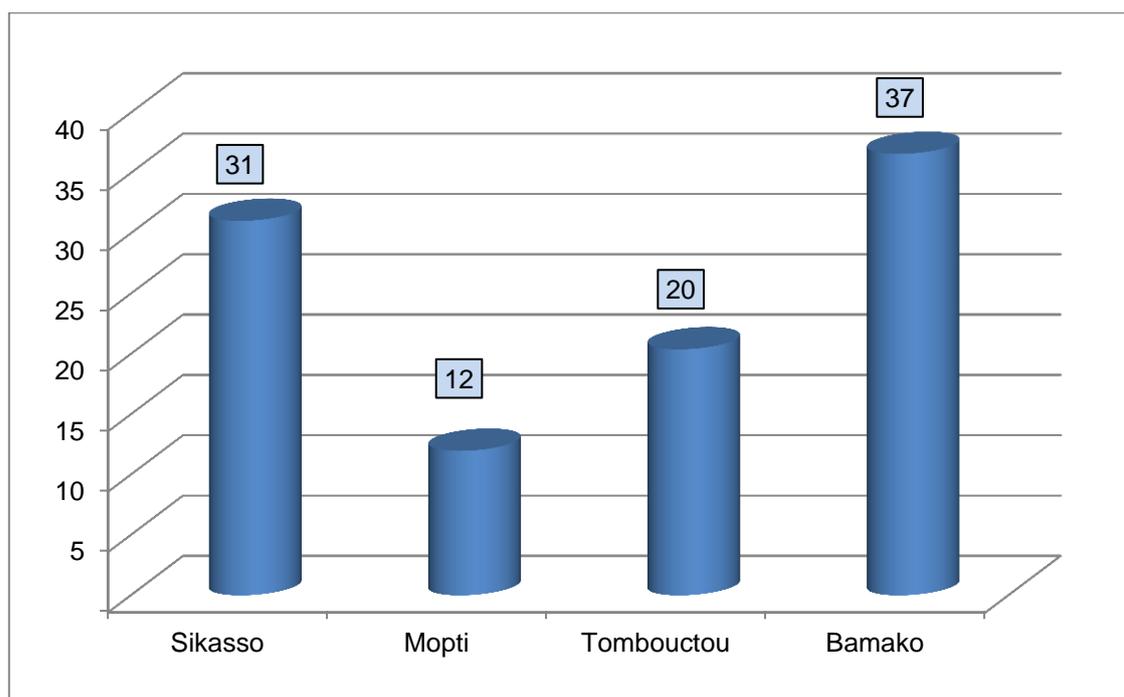
Le présent rapport rend compte, pour les femmes enceintes qui se sont rendues en CPN :

- 1 - du nombre de CPN ou CPNR effectuées,
- 2 - de leur état vaccinal quant au Vaccin Anti Tétanique (VAT),
- 3 - de la réception par elles de la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP),
- 4 - de la réception par elles de la Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide, dans le district de Bamako et les régions de Mopti, Sikasso et Tombouctou.

## 2.2. COLLECTE DES DONNÉES

Le graphique 1 (Cf. Tableau 1 en annexe) donne la répartition du nombre de femmes enquêtées par région de résidence. La collecte des données a concerné trois régions : Mopti (12%), Sikasso (31%), Tombouctou (20%) et le district de Bamako (37%). Comme cela a été dit dans la partie introductive, les données des derniers trimestres des registres de CPN des années 2009 et 2010 seulement ont été prises en compte dans le cadre de la présente étude. Ce qui représente un échantillon de 5586 femmes enceintes

**Graphique 1.** Répartition en % de l'échantillon par région de résidence



Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

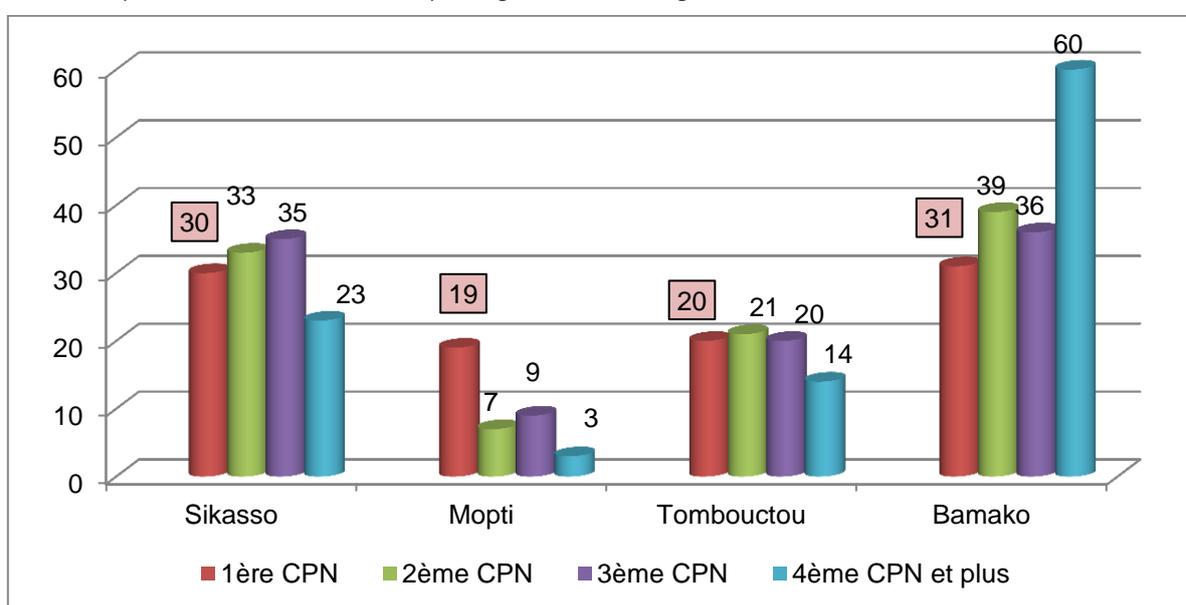
## 2.3. ANALYSE DES DONNÉES DE CPN

### 2.3.1. Proportions de femmes par région selon le nombre de CPN effectuées

Le graphique 2 (Cf. tableau 2 en annexe) donne les proportions de femmes par région de résidence selon le nombre de CPN à laquelle elles se sont rendues. Quelque soit le nombre de CPN effectuées, les proportions de femmes sont plus élevées à Bamako par rapport aux autres régions. La région de Sikasso seconde le District de Bamako. Les plus faibles proportions sont constatées dans la région de Mopti.

Les proportions de femmes qui se sont rendues aux première, deuxième, troisième et quatrième CPN et plus, sont respectivement de 31, 39, 36 et 60% à Bamako. Contre 30, 33, 35 et 23% à Sikasso. À Mopti les proportions varient entre 3 et 19%.

**Graphique 2.** Répartition en % des femmes par région selon le rang de CPN



Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

### 2.3.2. Proportions de femmes selon le statut matrimonial et le nombre de CPN effectuées

La répartition des femmes par statut matrimonial selon le nombre de CPN auquel elles se sont rendues permet de les distinguer (tableau 3). En effet, ce sont les femmes mariées qui vont le plus souvent à la CPN par rapport aux femmes célibataires à tous les niveaux. Ce résultat corrobore d'une certaine manière le caractère formel de la procréation au sein des unions consacrées d'une part, et la quasi-universalité du mariage lorsqu'on regarde les faibles proportions de célibataires aux âges de reproduction.

**Tableau 3.** Répartition en % des femmes selon le statut matrimonial et le nombre de CPN

Statut matrimonial	Nombre de CPN				Total	
	1ère CPN	2e CPN	3e CPN	4e CPN et plus	%	effectif
Célibataires (n1)	1,0	0,5	0,4	0,2	0,7	36
Mariées (n2)	99,0	99,5	99,6	99,8	99,3	5120
Total	%	100	100	100	100	-
	Effectifs	2461	1486	741	468	-

Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

### 2.3.3. Proportions de femmes selon des femmes selon la dose de Vaccin Antitétanique reçue et le rang de CPN

Le calendrier de vaccination des Femmes en âge de procréer du Mali est résumé dans le tableau ci-dessous.

Femmes en âge de procréer	Séries VAT
1 <sup>er</sup> Contact	1
2e dose : 4 semaines après la 1 <sup>ère</sup>	2
3e dose : 6 mois après la 2e	3
4e dose : 1 an après la 3e dose ou grossesse ultérieure	4
5e dose : 1 an après la 4e dose ou grossesse ultérieure	5

Le calendrier ci-dessous est celui recommandé par l'OMS (Vaccination en pratique: module 2) pour la vaccination de routine des femmes enceintes par l'anatoxine tétanique

DOSE DE VAT	MOMENT	DUREE DE PROTECTION ESCOMPTEE
1	Dès le premier contact ou dès que possible pendant la grossesse	Aucune
2	Au moins 4 semaines après le VAT1	1-3 ans
3	Au moins 6 mois après le VAT2 ou au cours de la grossesse suivante	Au moins 5 ans
4	Au moins un an après le VAT3 ou au cours de la grossesse suivante	Au moins 10 ans
5	Au moins un an après le VAT4	Pendant toutes les années ou au cours de la grossesse suivante où la femme est en mesure de procréer et peut-être plus

L'analyse des proportions de femmes qui ont reçu au moins une dose de vaccin antitétanique selon le nombre de CPN est faite en les mettant en relation avec plusieurs aspects.

Le premier constat, qui en outre est logique, porte sur le fait que l'administration de la première dose de VAT diminue avec le rang de la CPN. La proportion décroissante de femmes qui ont reçu la première dose de VAT, décline de 28% lors de la première à 8% à la quatrième CPN et au-delà.

Les résultats du tableau 4 montrent aussi que la deuxième dose de VAT est reçue de manière variable entre la première et la quatrième CPN ou plus. Comme indiqué pour la première dose, une deuxième dose de VAT reçue entre la troisième et la quatrième CPN limite également les femmes en âge de procréer à une protection théorique de 3 ans.

Les femmes qui ont suivi un calendrier régulier d'administration du VAT représentent une minorité (432 sur 3713 femmes) ; soit le huitième des femmes enceintes pour lesquelles l'information sur la vaccination antitétanique était disponible dans les registres de CPN.

**Tableau 4** Répartition en % des femmes selon la dose de Vaccin Antitétanique reçue et le rang de CPN

Vaccin Anti Tétanique		Nombre de CPN				Total	
		1ère CPN	2e CPN	3e CPN	4e CPN et plus	%	effectif
Première dose (n)		28	11	9	8	19	714
Deuxième dose (n)		10	22	18	16	15	551
Rappel (n)		62	67	72	76	66	2448
Total	%	100	100	100	100	100	-
	Effectifs	1900	1048	432	333	-	3713

Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

#### 2.3.4. Proportions de femmes selon la dose de Sulfadoxine Pyriméthamine reçue et le rang de la CPN

Au cours de la première CPN, les femmes qui ont reçu la Première dose de Sulfadoxine Pyriméthamine représentent 92% contre 8% pour celles ayant reçu la deuxième dose (tableau 5). Lors de la quatrième CPN ou plus, 27% de femmes enceintes ont reçu la Première dose de Sulfadoxine Pyriméthamine. Pour le même rang de CPN, ce sont 73% qui ont reçu la SP2.

**Tableau 5.** Répartition en % des femmes selon la dose de Sulfadoxine Pyriméthamine reçue et le rang de la CPN

Sulfadoxine Pyriméthamine		Rang de la CPN				Total	
		1ère CPN	2e CPN	3e CPN	4e CPN et plus	%	effectif
Première dose (n)		92	42	26	27	68	1656
Deuxième dose (n)		8	58	74	73	32	786
Total	%	100	100	100	100	100	-
	Effectifs	1366	747	273	56	-	2442

Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

#### Contexte de l'accès aux moustiquaires et de l'utilisation des moustiquaires par les femmes selon l'Enquête sur la prévalence de l'Anémie et de la Parasitémie palustre chez les enfants (EA&P) au Mali 2010

Selon l'Enquête sur la prévalence de l'Anémie et de la Parasitémie palustre chez les enfants (EA&P) au Mali 2010, l'accès aux moustiquaires est facilité par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) qui en a défini les normes et standards. "La promotion de l'utilisation des moustiquaires, notamment des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action (MIILDA)<sup>1</sup>, s'effectue lors des visites de consultations prénatales et des visites de vaccinations des enfants dans les structures sanitaires publiques. Au cours de ces visites, les moustiquaires sont distribuées gratuitement aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans."

Les résultats de l'enquête indiquent également "que près de neuf ménages sur dix (93 %) possèdent, au moins, une moustiquaire. Lors de l'Enquête Démographique et de Santé de 2006 (EDSM-IV), cette proportion n'était que de 69 %. La proportion de ménages disposant d'au moins une moustiquaire est légèrement plus élevée en milieu rural (94 %) qu'en milieu

<sup>1</sup> Une moustiquaire prétraitée est une moustiquaire, initialement traitée ou imprégnée d'insecticide et qui n'exige aucun traitement pendant 6 à 12 mois.

<sup>2</sup> Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MIILDA) est soit, une moustiquaire industrielle imprégnée à vie qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire, soit une moustiquaire imprégnée d'insecticide dont la durée d'efficacité est de 12 à 36 mois.

urbain (91 %), alors que l'on constatait la situation inverse à l'EDSM-IV de 2006 (72 % en milieu urbain contre 68 % en milieu rural)."

Au cours de l'EA&P Mali 2010, les résultats de l'évaluation de l'utilisation des moustiquaires pour l'ensemble des femmes âgées de 15-49 ans selon le type de moustiquaire utilisée, en fonction du milieu et de la région de résidence, font ressortir que "Globalement, 75 % de l'ensemble des femmes de 15-49 ans ont dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête. Cette proportion varie de manière importante selon le milieu de résidence et la région."

Les résultats présentent également les proportions de femmes ayant dormi sous une moustiquaire prétraitée et la proportion de celles ayant dormi sous une MIILDA la nuit ayant précédé l'enquête. " Dans 2% des cas, les femmes ont utilisé une moustiquaire prétraitée et dans près de deux tiers des cas (63 %), elles ont utilisé une MIILDA. Les tendances selon le milieu de résidence et la région sont globalement identiques à celles observées pour l'utilisation d'une moustiquaire quelconque."

### 2.3.5. Proportions de femmes selon la réception de la M.I.L.D et le rang de la CPN

L'analyse faite dans le cadre de la présente étude est différente. Elle a trait à l'obtention de Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide de Longue Durée (M.I.L.D.) lors de la CPN. En outre, la précision sur le type de moustiquaire que les femmes ont eu ne peut être donnée. Elle ne figure pas sur les registres de CPN. Au regard des résultats présentés au tableau 6, il apparaît que 87% des femmes ont reçu la Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide de Longue Durée (M.I.L.D.) lors de la première CPN. Une proportion de 13% ayant effectué le même rang de CPN ne l'a pas reçu. À la quatrième CPN, la proportion de femmes enceintes qui a reçu la M.I.L.D est un peu moindre. Elle se chiffre à 80%. À ce rang de CPN, il est à noter que le cinquième des femmes n'avait pas reçu de M.I.L.D lors du dernier trimestre des années 2009 et 2010. La moyenne cumulée de 24,5% des femmes enceintes n'ayant pas reçu la M.I.L.D au cours de différents rangs de CPN est la proportion à couvrir pour en atteindre l'accès universel.

**Tableau 6.** Répartition en % des femmes selon la réception de la M.I.L.D et le rang de la CPN

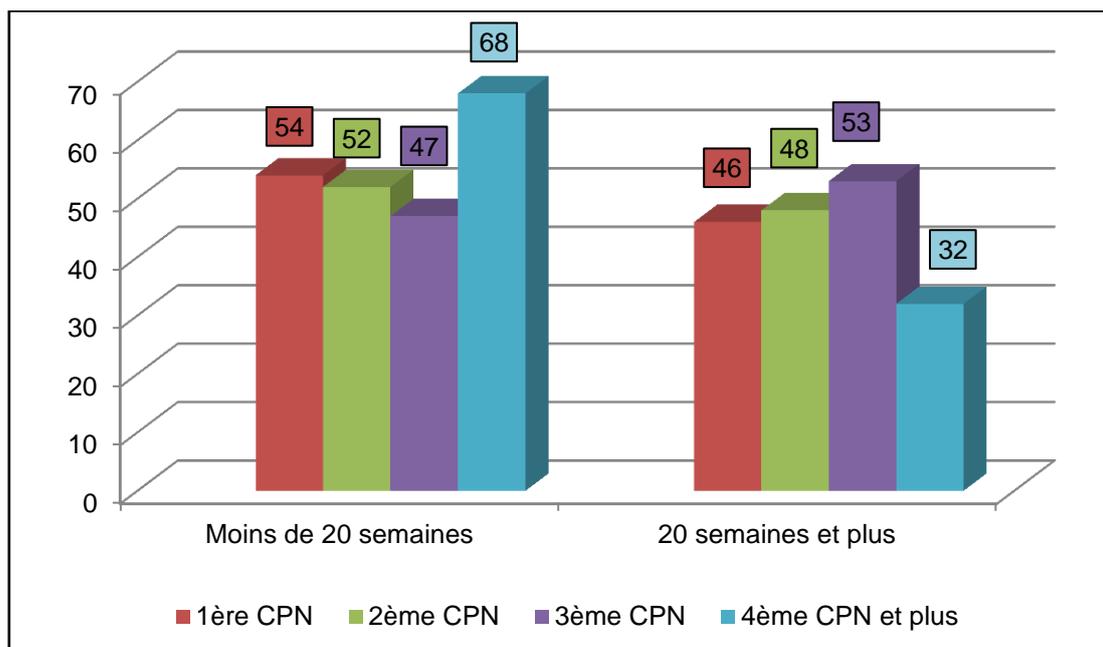
M.I.L.D		Rang de CPN				Total	
		1ère CPN	2e CPN	3e CPN	4e CPN et plus	%	effectif
Oui		87	74	61	80	80	3412
Non		13	26	39	20	20	875
Ensemble	%	100	100	100	100	100	-
	Effectifs	2195	1189	545	358	-	4287

Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

### 2.3.6. Proportions de femmes selon l'âge de la grossesse et le rang de la CPN

Les résultats du graphique 3 (Cf. tableau 7 en annexe) sont une répartition des proportions de femmes en fonction de l'âge de leur grossesse auquel elles ont effectué le rang de CPN dans lequel elles sont classées. Sur la période de référence de l'étude, un peu plus de la moitié des femmes pour lesquelles l'information était disponible (54%) est allée à la première CPN à moins de 20 semaines (5 mois) de grossesse. En revanche, 46% l'ont effectuée à 20 semaines et plus de grossesse. Les femmes qui ont été aux deuxième, troisième et quatrième CPN et plus à moins de 20 semaines de grossesse représentent respectivement 52%, 47% et 68% contre 48%, 53% et 32% pour celles qui ne s'y sont rendues qu'à 20 semaines et plus.

**Graphique 3.** Répartition en % des femmes selon l'âge de la grossesse et le rang de CPN



Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

### 2.3.7. Répartitions des femmes selon le groupe d'âge décennal et le rang de CPN

Le tableau 8 montre que 23% des femmes ont été à la première CPN à moins de 20 ans. Celles qui l'ont faite entre cet âge et 30 ans représentent 53%. Les femmes qui se sont rendues à la CPN au delà de 30 ans sont 24%. Ces résultats mettent en évidence les âges de procréation par excellence des femmes au Mali. Le même schéma est valable pour les autres rangs de CPN (les deuxième, troisième et quatrième CPN et plus). Pour ces différents rangs, les femmes âgées de moins de 20 ans représentent respectivement 22%, 24% et 20% contre 54%, 53% et 58% pour les moins de 30 ans. Les femmes qui ont été à la quatrième CPN à 30 ans et plus représentent 22%. Cependant, il n'existe aucune différence entre celles ayant effectué les deuxième et troisième CPN à 30 ans et plus en termes de proportions (23%).

**Tableau 8.** Répartition en % des femmes selon le groupe d'âge décennal et le nombre de CPN

Groupe d'âges	Rang de CPN				Total	
	1ère CPN	2e CPN	3e CPN	4e CPN et plus	%	effectif
Moins de 20 ans	23	22	24	20	23	1185
M21 - 29 ans	53	54	53	58	54	2760
30 ans et plus	24	23	23	22	23	1211
Total	%	100	100	100	100	-
	Effectifs	2461	1486	741	468	-

Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

### 2.3.8. Répartition des femmes selon la parité et le rang de la CPN

Le nombre de CPN augmente puis diminue avec la parité (cf. Tableau 9). En effet, 22% des femmes qui ont une parité nulle ont effectué la première CPN. Les femmes qui ont une parité inférieure à 5 l'ont faite à 60%. Ce groupe de femmes est celui qui en a déjà l'expérience. Ces femmes déjà multipares en connaissent probablement les bénéfices. Malgré cette supposée connaissance, 18% des femmes qui ont plus de 5 enfants sont allées à la première CPN. Cette proportion est relativement faible. Le résultat attendu est une plus grande fréquentation des centres de santé, et particulièrement pour la CPN, par cette catégorie de femmes (multipares), compte tenu des risques potentiels liés à leur statut. Il n'existe aucune différence entre les femmes qui ont effectué les deuxième et troisième CPN avec une parité inférieure à 5 en termes de proportions (63%). Il en est de même pour celles qui ont effectué les troisième et quatrième CPN avec une parité de 5 et plus (16%).

**Tableau 9.** Répartition en % des femmes selon la parité et le rang de CPN

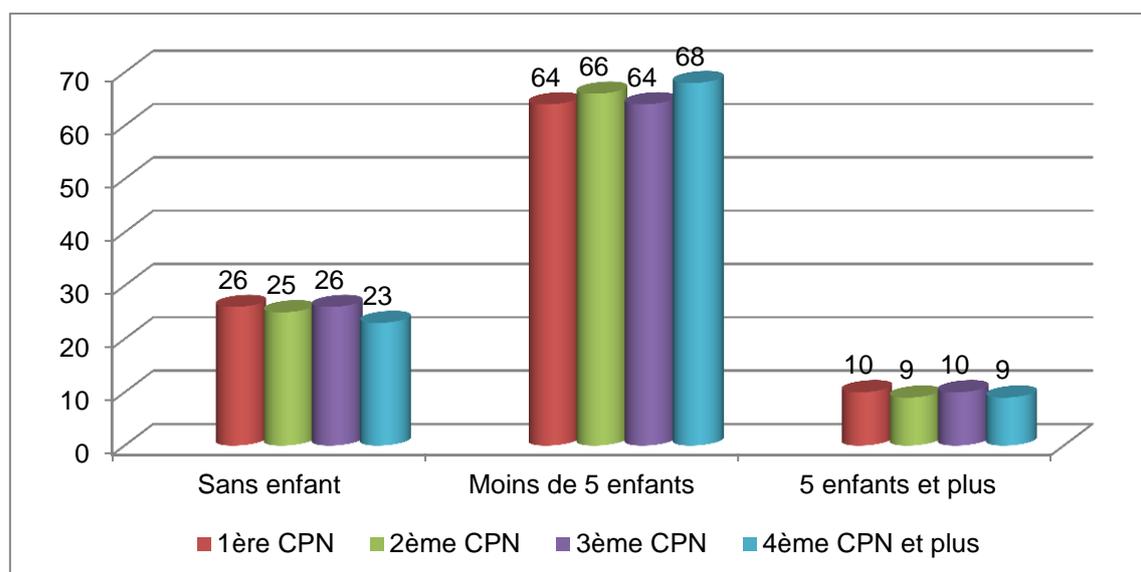
Parité	Rang de CPN				Total	
	1ère CPN	2e CPN	3e CPN	4e CPN et plus	%	effectif
Parité nulle	22	20	21	19	21	1079
Inférieure à 5	60	63	63	65	62	3185
5 et plus	18	17	16	16	17	892
Total	%	100	100	100	100	-
	Effectifs	2461	1486	741	468	-

Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

### 2.3.9. Répartition des femmes selon le nombre d'enfants en vie et le nombre de CPN

Le nombre de CPN effectuée influence positivement la survie des enfants en bas âge. Les proportions de femmes sans enfant ayant effectué les CPN varient entre 26% et 23%. Par contre, celles qui ont moins de 5 enfants et qui ont effectué les CPN varient entre 64% et 68%. Les plus faibles proportions (variant entre 9% et 10%) apparaissent chez les femmes qui ont 5 enfants et plus (tableau 10/graphique 4).

**Graphique 4.** Répartition en % des femmes selon le nombre d'enfants en vie et le rang de CPN



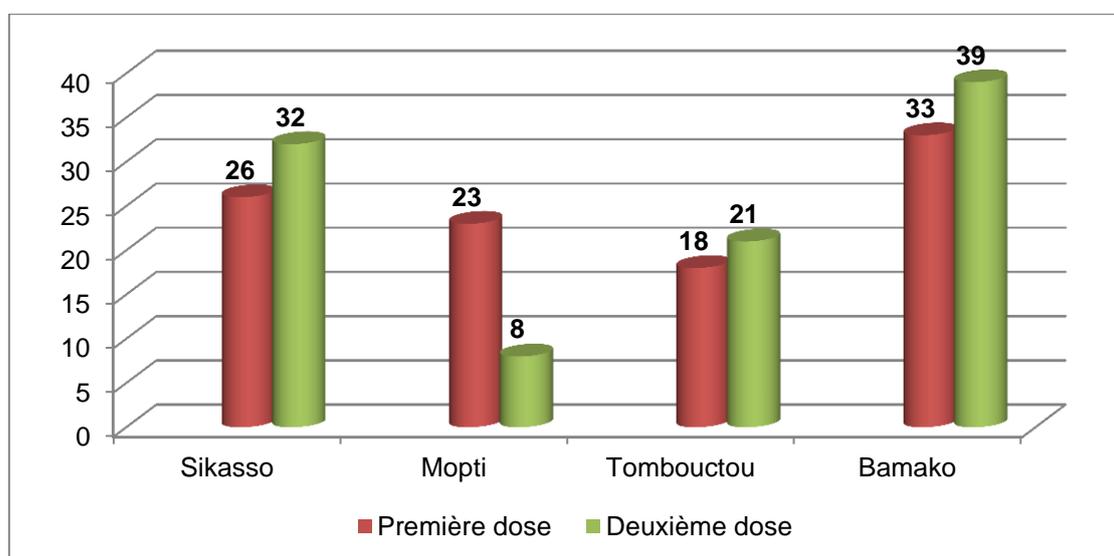
Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

## 2.4. ANALYSE DES DONNÉES SUR LA SULFADOXINE PYRIMETHAMINE

### 2.4.1. Proportions de femmes selon la région et le nombre de doses de Sulfadoxine Pyriméthamine

Le graphique 5 (cf. Tableau 11 en annexe) donne les proportions de femmes par région de résidence selon le nombre de doses de Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) reçues. L'analyse a été faite au niveau agrégé des régions à cause de la relative faiblesse des effectifs de femmes qui ont reçu les doses de SP. Les fortes proportions de femmes qui ont reçu les doses de SP sont enregistrées à Bamako avec 33% et 39% respectivement pour la première et la deuxième dose. La région de Sikasso suit avec 26% pour la première dose et 32% pour la deuxième. Dans ces deux premières régions se notent des différences de 6 à 7 points. À Tombouctou, il y a une différence de 4 points entre la première et la seconde dose de SP. C'est à Mopti que s'enregistre le plus grand écart, 15 points entre les deux doses de SP. Les données collectées dans les registres de CPN ne permettent pas de tenter même une hypothèse explicative. Il n'en demeure pas moins que ce résultat interpelle tout de même.

**Graphique 5.** Pourcentage de femmes selon la région et le nombre de doses de Sulfadoxine Pyriméthamine



Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

### 2.4.2. Proportions de femmes selon le statut matrimonial et le nombre de doses de Sulfadoxine Pyriméthamine

L'analyse des résultats présentés au tableau 12 permet de dire que les femmes mariées sont majoritaires en termes de réception de doses de Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) comparativement aux femmes célibataires. L'explication réside dans la forte association entre mariage et procréation et surtout dans la prescription et la pratique sociale de ne procréer que dans les liens sacrés ou arrangés du mariage. Par conséquent, c'est la population majoritairement éligible à la procréation qui naturellement a le plus accès à la SP.

**Tableau 12.** Répartition en % des femmes selon le statut matrimonial et le nombre de doses de Sulfadoxine Pyriméthamine

Statut matrimonial	Sulfadoxine Pyriméthamine		Total	
	Première dose	Deuxième dose	%	effectif
Célibataire	1,0	0,5	1	22
Mariée	99,0	99,5	99	2554
Total	%	100	100	-
	Effectifs	1737	839	-

Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

#### 2.4.3. Proportions de femmes selon le Vaccin Antitétanique et le nombre de doses de Sulfadoxine Pyriméthamine

Les résultats présentés au tableau 13 font la répartition des femmes par dose de Vaccin Antitétanique reçue selon le nombre de doses de Sulfadoxine Pyriméthamine (SP). Les femmes qui ont reçu successivement le rappel du Vaccin Antitétanique et la première dose de la Sulfadoxine Pyriméthamine sont majoritaires (66%) contre une minorité (10%) pour celles qui ont reçu la deuxième dose du Vaccin Antitétanique (VAT) et la première dose de la SP. Une faible proportion (10%) de femmes a reçu successivement la première dose du Vaccin Antitétanique et la deuxième dose de la Sulfadoxine Pyriméthamine contre une forte proportion (68%) pour celles ayant reçu le rappel et la deuxième dose de la Sulfadoxine Pyriméthamine.

**Tableau 13.** Répartition en % des femmes selon le Vaccin Antitétanique et le nombre de doses de Sulfadoxine Pyriméthamine

Vaccin Antitétanique	Sulfadoxine Pyriméthamine		Total	
	Première dose	Deuxième dose	%	effectif
Première dose	24	10	19	379
Deuxième dose	10	22	14	275
Rappel	66	68	67	1323
Total	%	100	100	-
	Effectifs	1343	634	-

Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

#### 2.4.4. Proportions de femmes selon la réception de la M.I.L.D. et le nombre de doses de Sulfadoxine Pyriméthamine

La Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide de Longue durée (M.I.L.D.) constitue l'un des moyens efficaces de prévention du paludisme conseillé par l'OMS. Les femmes qui ont reçu la M.I.L.D. sont 87% à avoir pris la première dose de la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP). En outre, 13% des femmes qui n'ont pas reçu la M.I.L.D., ont néanmoins pris la première dose de Sulfadoxine Pyriméthamine (tableau 14). Les femmes qui ont bénéficié de la M.I.L.D et qui ont reçu la deuxième dose de la SP représentent 78%. Il y a 22% qui n'ont pas eu la M.I.L.D et qui ont également pris leur deuxième dose de SP. Ces résultats montrent que plus de la moitié des femmes enceintes qui se sont rendues à une CPN ont non seulement bénéficié de la M.I.L.D, mais ont eu leur deuxième dose de SP ; même s'il y a un écart de 10 points au désavantage de celles qui ont pris la deuxième dose par rapport aux autres qui ont bénéficié de la première.

**Tableau 14.** Répartition en % des femmes selon la réception de la M.I.L.D et le nombre de doses de Sulfadoxine Pyriméthamine

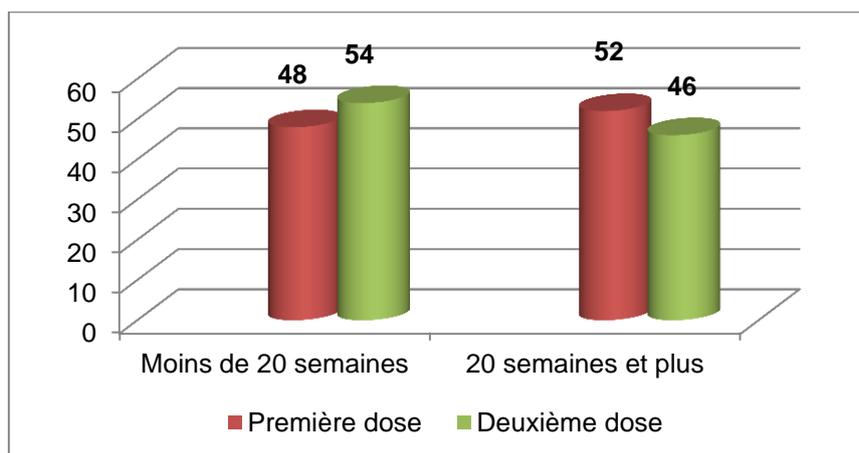
Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide		Sulfadoxine Pyriméthamine		Total	
		Première dose	Deuxième dose	%	effectif
Oui		87	78	84	1856
Non		13	22	16	346
Ensemble	%	100	100	100	-
	Effectifs	1547	655	-	2202

Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

#### 2.4.5. Proportions de femmes selon l'âge de la grossesse et le nombre de doses de Sulfadoxine Pyriméthamine

Les données du graphique 6 (Cf. Tableau 15 en annexe) mettent en évidence les proportions de femmes par âge de la grossesse selon le nombre de doses de Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) reçues. En effet, la plupart des femmes (52%) ont reçu la première dose de Sulfadoxine Pyriméthamine à moins de 20 semaines et plus de leur grossesse, contre 48% pour celles qui l'ont reçu à moins de 20 semaines. Par ailleurs, 54% des femmes ont reçu la deuxième dose de la SP à moins de 20 semaines de grossesse contre 46% pour celles l'ayant reçu à 20 semaines et plus.

**Graphique 6.** Répartition en % des femmes selon l'âge de la grossesse et le nombre de doses de Sulfadoxine Pyriméthamine



Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

#### 2.4.6. Proportions de femmes selon l'âge et le nombre de doses de Sulfadoxine Pyriméthamine

La réception des doses de Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) varie avec l'âge des femmes. Ainsi, seulement 22% des femmes ont reçu la première dose de la Sulfadoxine Pyriméthamine à moins de 20 ans contre 54% pour celles qui l'ont reçu à moins de 30 ans (tableau 17). Il reste que 24% des femmes l'ont reçu à 30 ans et plus. Par ailleurs, 27% des femmes ont reçu la deuxième dose à moins de 20 ans contre 51% et 22% pour celles l'ayant reçu respectivement à moins de 30 ans et 30 ans et plus.

**Tableau 16.** Répartition en % des femmes selon l'âge et le nombre de doses de Sulfadoxine Pyriméthamine

Groupe d'âges	Sulfadoxine Pyriméthamine		Total	
	Première dose	Deuxième dose	%	effectif
Moins de 20 ans	22	27	24	607
21-29 ans	54	51	53	1374
30 ans et plus	24	22	23	595
Total	%	100	100	-
	Effectifs	1737	839	-

Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

#### 2.4.7. Proportions de femmes selon la parité et le nombre de doses de Sulfadoxine Pyriméthamine

Le tableau 18 croise la parité des femmes avec le nombre de doses de Sulfadoxine Pyriméthamine. Il en ressort que 21% des femmes qui ont reçu la première dose de Sulfadoxine Pyriméthamine ont une parité nulle. Plus de la moitié des femmes qui ont une parité inférieure à 5 (61%) ont reçu la première dose ; à l'inverse des 18% de femmes qui ont une parité de 5 et plus qui l'ont également reçu. Tout comme pour la première dose, la plupart des femmes de parité inférieure à 5 (62%) ont reçu la deuxième dose de SP contre une faible proportion (14%) pour celles de parité 5 et plus.

**Tableau 17.** Répartition en % des femmes par parité selon le nombre de doses de Sulfadoxine Pyriméthamine

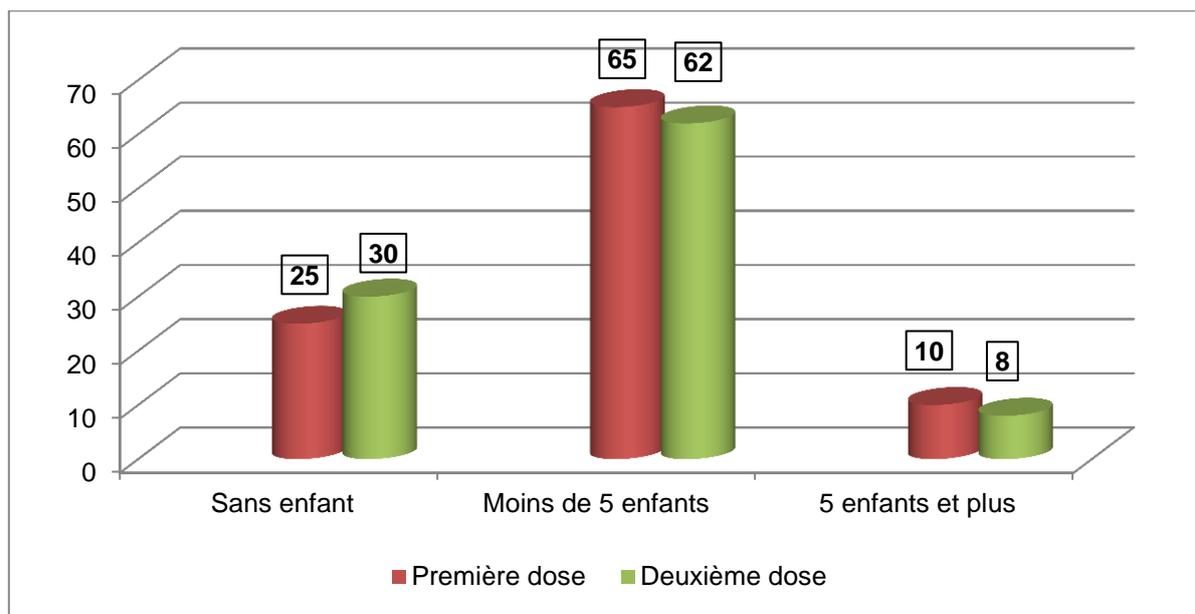
Parité	Sulfadoxine Pyriméthamine		Total	
	Première dose	Deuxième dose	%	effectif
Parité nulle	21	24	22	560
Inférieure à 5	61	62	61	1580
5 et plus	18	14	17	436
Total	%	100	100	-
	Effectifs	1737	839	-

Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

#### 2.4.8. Proportions de femmes selon le nombre d'enfants en vie et le nombre de doses de Sulfadoxine Pyriméthamine

Les proportions de femmes ayant reçu les doses de Sulfadoxine Pyriméthamine varient selon le nombre d'enfants en vie (graphique 7 et tableau 18 en annexe). Les femmes sans enfant ont reçu la première dose de Sulfadoxine Pyriméthamine à concurrence de 25%, et la deuxième à 30%. Ces femmes sont probablement à leur première grossesse. Les deux tiers (65%) de celles qui ont moins de 5 enfants en vie ont reçu la première dose. La plus faible proportion pour la réception de la première dose de SP (10%) est enregistrée chez les femmes qui ont 5 enfants et plus. C'est au sein du même sous-groupe de femmes de parité 5 et plus qu'a été noté le niveau le plus bas (8%) de réception de la SP2. Les femmes qui ont moins de 5 enfants ont en majorité (62%) reçu la seconde dose. Il est bien entendu que la réception d'une dose de SP ne veut pas systématiquement dire qu'elle a été prise. Il n'y a pas d'information spécifique de prise supervisée sur les registres de CPN. C'est la raison pour laquelle dans le présent document il n'est question que de réception.

**Graphique 7.** Répartition en % des femmes selon le nombre d'enfants en vie et le nombre de doses de Sulfadoxine Pyriméthamine



Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

#### 2.4.9. Niveaux de couverture de la SP2 par Région et par Cercle échantillon

Le tableau 19 permet de se faire une idée sur les niveaux de couverture de SP2 par Région et par Cercle échantillon de l'étude. Le niveau de plus faible couverture en SP2 est enregistré dans la commune V du district de Bamako (60,6%), préalablement classée dans le système d'information sanitaire comme une zone à faible couverture de SP2. Gourma Rharous dans la région de Tombouctou vient en seconde position avec 28,3%. Des proportions plus faibles encore de niveau de réception de SP2 ont été relevées dans les régions de Mopti et Sikasso avec respectivement 1,5% et 9,7%.

Le niveau le plus élevé de réception de SP2 est constaté à Kadiolo dans la région de Sikasso (71,1%). Par ailleurs, la faible proportion de 9% invite à plus d'investigation quant à la contre-performance remarquée à Niafouké dans la région de Tombouctou, pourtant classé comme district sanitaire à bonne couverture de SP2.

**Tableau 19.** Niveaux de couverture de la SP2 par Régions et par Cercles

ZONE	Région	District Sanitaire à faible couverture en SP2		District Sanitaire à bonne couverture en SP2	
BAMAKO	Bamako	Commune V	60,6%	Commune II	0%*
NORD	Tombouctou	Gourma Rharous	28,3%	Niafouké	9,0%
CENTRE	Mopti	Bandiagara	1,5%	Djenné	19,9%
SUD	Sikasso	Bougouni	9,7%	Kadiolo	71,1%
TOTAL	%		100		100
	Effectifs		538		301

\* Données non encore saisies

Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

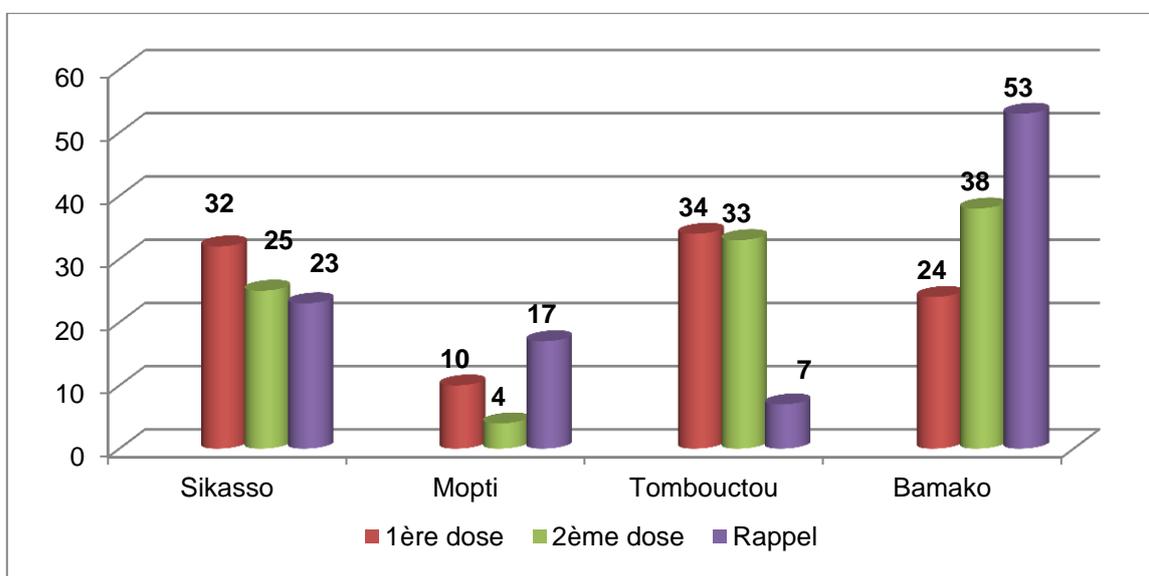
## 2.5. ANALYSE DES DONNÉES SUR LE VACCIN ANTITÉTANIQUE

Le traitement et l'analyse de l'information sur le vaccin antitétanique ne font pas partie des TDR de la présente étude. Ils ont été conduits sur la base de l'hypothèse selon laquelle il y a une similitude potentielle de comportement au sein des groupes de femmes ciblées par l'étude, quant à l'approche thérapeutique entre deux produits multi doses qui doivent être pris à intervalles réguliers. Les comportements des femmes quant à la prise de la SP pourraient ressembler à celui qu'elles adoptent également vis-à-vis du vaccin antitétanique. Dès lors que l'information était disponible dans les registres et qu'elle avait été saisie dans la base, il a été décidé de l'utiliser, puisqu'en outre, il s'agit d'un aspect important de la CPN.

### 2.5.1. Proportions de femmes selon la région et le nombre de doses reçues de vaccin antitétanique

Le graphique 8 (Cf. Tableau 20 en annexe), met en évidence le fait que le tiers (34%) des femmes qui ont reçu la première dose de Vaccin Antitétanique résident à Tombouctou. La région de Sikasso suit à deux points avec 32% des femmes. Celle de Mopti enregistre une proportion relativement faible de 10%. En revanche le District de Bamako atteint les proportions les plus élevées de femmes qui ont reçu la deuxième dose et celle de rappel avec respectivement 38% et 53%.

**Graphique 8.** Répartition en % des femmes par région selon le nombre de doses reçues de Vaccin Antitétanique



Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

### 2.5.2. Proportions de femmes selon le statut matrimonial et le nombre de doses reçues de vaccin antitétanique

Le tableau 22 donne les proportions de femmes par statut matrimonial, selon le nombre de doses reçues de vaccin antitétanique. Comparativement aux célibataires, les femmes mariées sont majoritaires en termes de réception des différentes doses de vaccin antitétanique.

**Tableau 21.** Répartition en % des femmes par statut matrimonial selon le nombre de doses reçues de vaccin antitétanique

Statut matrimonial	Vaccin Antitétanique			Total	
	1ère dose	2e dose	Rappel	%	effectif
Célibataires	2,5	0,9	0,3	1	31
Mariées	97,5	99,1	99,7	99	3886
Total	%	100	100	100	-
	Effectifs	750	587	2580	-

Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

### 2.5.3. Proportions de femmes selon la réception de la M.I.I et le nombre de doses reçues de vaccin antitétanique

L'analyse des données du tableau 22 laisse voir que 86% des femmes qui se sont rendues en CPN sur la période de référence de l'étude, et qui ont reçu la Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (M.I.I) ont également reçu la première dose du vaccin antitétanique contre seulement 14% pour celles qui ne l'ont pas reçu. Par ailleurs, les femmes qui ont reçu la deuxième dose et le rappel du vaccin antitétanique et qui ont bénéficié de la M.I.I, représentent respectivement 73% et 91%.

**Tableau 22.** Répartition en % des femmes qui ont reçu la M.I.I selon le nombre de doses reçues de vaccin antitétanique

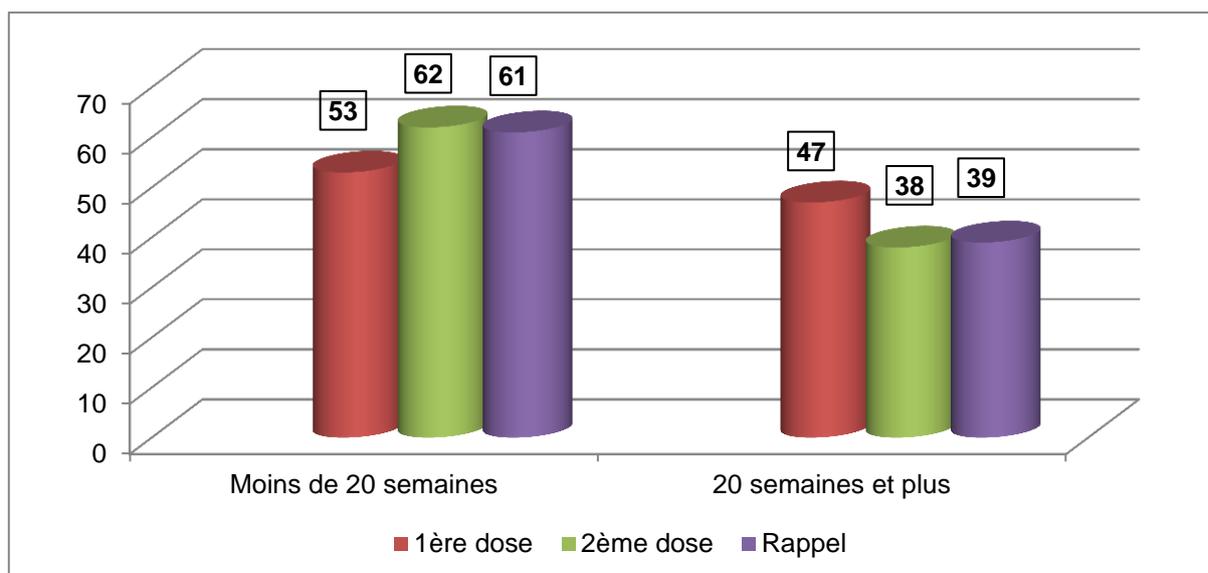
Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide	Vaccin Antitétanique			Total	
	1ère dose	2e dose	Rappel	%	effectifs
Oui	86	73	91	88	3172
Non	14	27	9	12	439
Total	%	100	100	100	-
	Effectifs	679	493	2439	-

Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

### 2.5.4. Proportions de femmes selon l'âge de la grossesse et le nombre de doses reçues de vaccin antitétanique

Au regard des données du graphique 9 (cf. Tableau 23 en annexe), la majorité des femmes (53%) ont reçu la première dose du vaccin antitétanique à moins de 20 semaines de grossesse contre 47% qui l'ont reçu à 20 semaines et plus. Le même clivage s'observe quant à la deuxième dose et quant au rappel.

**Graphique 9.** Répartition en % des femmes selon l'âge de la grossesse et le nombre de doses reçues de vaccin antitétanique



Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

### 2.5.5. Proportions de femmes selon le groupe d'âge et le nombre de doses reçues de vaccin antitétanique

Le nombre de doses reçues de vaccin antitétanique augmente avec l'âge de la mère jusqu'à la trentaine pour décroître ensuite. Le phénomène semble corrélé à l'acquisition d'expérience des femmes dans la procréation. Si 38% des femmes âgées de moins de 20 ans ont reçu la première dose du vaccin antitétanique, ce sont 46% de celles qui ont moins de 30 ans qui en ont bénéficié. Au-delà de 30 ans, cette proportion décroît jusqu'à 16%. Les mêmes sous-groupes ont reçu la deuxième dose et le rappel avec un écart de 12 points dans les proportions (45% et 57%). Les femmes de plus de 30 ans sont 27% à avoir eu la deuxième dose et le rappel.

**Tableau 24.** Répartition en % des femmes selon le groupe d'âge et le nombre de doses reçues de vaccin antitétanique

Groupe d'âges	Vaccin Antitétanique			Total	
	1ère dose	2e dose	Rappel	%	effectifs
Moins de 20 ans	38	39	16	24	921
21-29 ans	46	45	57	54	2096
30 ans et plus	16	16	27	23	900
Total	%	100	100	100	-
	Effectifs	750	587	2580	-

Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

## 2.5.6. Proportions de femmes selon la parité et le nombre de doses reçues de vaccin antitétanique

Le nombre de doses reçues de vaccin antitétanique varie selon la parité des femmes. Ainsi, 44% des femmes ayant une parité nulle ont reçu la première dose du Vaccin Anti tétanique (tableau 28) contre 46% pour celles l'ayant reçu avec une parité inférieure à 5. Les femmes qui ont une parité plus élevée sont une minorité (10%) à avoir reçu la première dose.

**Tableau 25.** Répartition en % des femmes selon la parité et le nombre de doses reçues de vaccin antitétanique

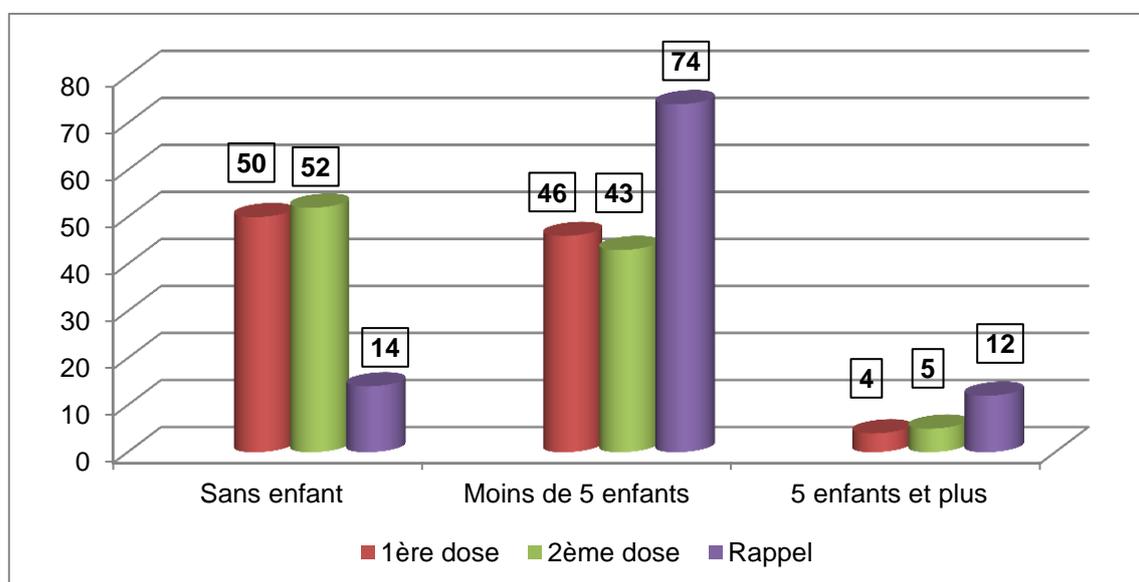
Parité	Vaccin Anti Tétanique			Total	
	1ère dose	2e dose	Rappel	%	effectifs
Parité nulle	44	48	10	22	869
Inférieure à 5	46	43	70	62	2414
5 et plus	10	9	20	16	634
Total	%	100	100	100	-
	Effectifs	750	587	2580	-

Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

## 2.5.7. Proportions de femmes selon le nombre d'enfants en vie et le nombre de doses reçues de vaccin antitétanique

Le vaccin antitétanique administré à la femme enceinte a un impact à la fois sur sa grossesse et la survie de l'enfant qui en est issu. Une proportion relativement élevée de femmes qui n'ont pas d'enfant ont reçu les première (50%) et deuxième (52%) dose du VAT. Ces résultats indiquent que la moitié des femmes de cette catégorie est protégée contre le tétanos. Sur le long terme, elles ont une chance d'avoir une couverture à vie si elles observent la même pratique.

**Graphique 10.** Répartition en % des femmes selon le nombre d'enfants en vie et le nombre de doses reçues de vaccin antitétanique



Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

## CONCLUSION

Les résultats de la présente étude sont basés sur les données de routine des formations sanitaires échantillons pour le dernier trimestre des années 2009 et 2010. Les données disponibles des registres de CPN dont l'analyse a permis la production du présent rapport ont mis en évidence les incidences croisées des variables sociodémographiques et la prise de la SP. De manière indirecte, certains résultats ou évidences indiquent des obstacles potentiels. C'est le cas par exemple du non-report de la prise supervisée lors des CPNR ne serait-ce que dans la colonne observation des registres de CPN.

L'étude a permis d'analyser différents aspects de la CPN y compris l'administration de SP qui en était l'objectif. Elle a été l'occasion de documenter leurs forces et faiblesses. Les résultats indiquent qu'un peu plus de la moitié des premières CPN (54%) a été effectuée dans un intervalle de cinq (5) mois de grossesse. Par conséquent, l'écart à combler pour l'universalité de la CPN dans l'intervalle recommandé demeure un objectif programmatique important. Du respect de l'agenda de la CPN dépend le succès d'un suivi régulier de calendriers relatifs à ses autres composantes, à savoir entre autres: le VAT, la prise de la SP, les MILD.

La vaccination anti tétanique qui est une prévention recommandée pour les femmes enceintes et le nouveau né n'est reportée dans les registres de CPN et pour la période de référence de l'étude que pour le huitième des femmes. Deux hypothèses explicatives peuvent être formulées pour un tel résultat qui mesure la pratique quotidienne. La première est qu'un sous-enregistrement de l'information est possible. La seconde est relative au fait qu'il s'agit d'un acte non nécessairement posé par la personne qui effectue la CPN. Par conséquent, si cette information n'est pas recherchée comme antécédent, il est peu probable qu'elle soit documentée dans les registres de CPN.

Les constats faits à partir des résultats de l'étude permettent essentiellement d'identifier les aspects de la CPNR sur lesquels une attention doit être portée. Les recommandations ci-dessous suggèrent des pistes potentielles non exhaustives d'actions.

## RECOMMANDATIONS

Au regard des résultats 5 recommandations peuvent être faites :

- 1 - Mener une réflexion pour améliorer la fréquentation de la CPNR.
- 2 - Réfléchir à l'amélioration de la prise supervisée de la SP lors de la CPNR.
- 3 - Compte tenu de l'indication de ne pas prendre la SP à jeun, penser à une solution alternative qui serait la prise supervisée au niveau communautaire. À l'issu de la CPNR, une prescription faite par le prestataire devra être présentée au relais communautaire au lieu de résidence. Celui-ci fournira la SP en supervisant la prise, et annotera la prescription pour la confirmer.
- 4 - Envisager un programme de recyclage des prestataires pour améliorer le remplissage et l'archivage des registres de CPN.
- 5 - Amener les prestataires à documenter systématiquement les prestations objet de politique de gratuité lors des CPNR, en l'occurrence la SP et la MILD.

# ANNEXES

**Tableau 1 :** Répartition en % de l'échantillon par région de résidence

Région	Effectifs	%
Sikasso	1734	31
Mopti	669	12
Tombouctou	1139	20
Bamako	2044	37
<b>Total</b>	<b>5586</b>	<b>100</b>

Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

**Tableau 2.** Répartition en % des femmes par région selon le nombre de CPN effectuée

Région	Nombre de CPN				Total
	1ère CPN	2e CPN	3e CPN	4e CPN et plus	
Sikasso	30	33	35	23	31
Mopti	19	7	9	3	12
Tombouctou	20	21	20	14	20
Bamako	31	39	36	60	37
Ensemble	%	100	100	100	100
	Effectifs	2461	1486	741	468

Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

**Tableau 7.** Répartition en % des femmes selon l'âge de la grossesse et le rang de CPN

Groupe d'âge	Rang de CPN				Total	
	1ère CPN	2e CPN	3e CPN	4e CPN et plus	%	effectif
Moins de 20 semaines	54	52	47	68	54	2765
20 semaines et plus	46	48	53	32	46	2391
Total	%	100	100	100	100	-
	Effectifs	2461	1486	741	468	-

Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

**Tableau 10.** Répartition en % des femmes selon le nombre d'enfants en vie et le rang de CPN

Nombre d'enfants en vie	Rang de CPN				Total	
	1ère CPN	2e CPN	3e CPN	4e CPN et plus	%	effectif
Sans enfant	26	25	26	23	26	1328
Moins de 5 enfants	64	66	64	68	65	3336
5 enfants et plus	10	9	10	9	9	492
Total	%	100	100	100	100	-
	Effectifs	2461	1486	741	468	-

Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

**Tableau 11.** Répartition en % des femmes selon la région et le nombre de doses de Sulfadoxine Pyriméthamine

Région	Sulfadoxine Pyriméthamine		Total	
	Première dose	Deuxième dose	%	effectif
Sikasso	26	32	28	721
Mopti	23	8	18	463
Tombouctou	18	21	19	498
Bamako	33	39	35	894
Ensemble	%	100	100	-
	Effectifs	1737	839	2576

Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

**Tableau 15.** Répartition en % des femmes selon l'âge de la grossesse et le nombre de doses de Sulfadoxine Pyriméthamine

Groupe d'âge de la grossesse	Sulfadoxine Pyriméthamine		Total	
	Première dose	Deuxième dose	%	effectif
Moins de 20 semaines	48	54	50	1281
20 semaines et plus	52	46	50	1295
Total	%	100	100	-
	Effectifs	1737	839	2576

Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

**Tableau 18.** Répartition en % des femmes selon le nombre d'enfants en vie et le nombre de doses de Sulfadoxine Pyriméthamine

Nombre d'enfants en vie	Sulfadoxine Pyriméthamine		Total	
	Première dose	Deuxième dose	%	effectif
Sans enfant	25	30	27	685
Moins de 5 enfants	65	62	64	1657
5 enfants et plus	10	8	9	234
Total	%	100	100	-
	Effectifs	1737	839	2576

Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

**Tableau 20.** Répartition en % des femmes par région selon le nombre de doses reçues de vaccin Antitétanique

Région	Vaccin Antitétanique			Total	
	1ère dose	2e dose	Rappel	%	effectif
Sikasso	32	25	23	25	970
Mopti	10	4	17	14	552
Tombouctou	34	33	7	16	632
Bamako	24	38	53	45	1763
Ensemble	%	100	100	100	-
	Effectifs	750	587	2580	3917

Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

**Tableau 23.** Répartition en % des femmes selon l'âge de la grossesse et le nombre de doses reçues de vaccin antitétanique

Age de la grossesse	Vaccin Antitétanique			Total	
	1ère dose	2e dose	Rappel	%	effectifs
Moins de 20 semaines	53	62	61	60	2343
20 semaines et plus	47	38	39	40	1574
Total	%	100	100	100	-
	Effectifs	750	587	2580	3917

Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

**Tableau 26.** Répartition en % des femmes selon le nombre d'enfants en vie et le nombre de doses reçues de vaccin antitétanique

Nombre d'enfants en vie	Vaccin Anti Tétanique			Total	
	1ère dose	2e dose	Rappel	%	effectifs
Sans enfant	50	52	14	26	1037
Moins de 5 enfants	46	43	74	64	2517
5 enfants et plus	4	5	12	10	363
Total	%	100	100	100	-
	Effectifs	750	587	2580	3917

Source : Traitement des données extraites des registres de CPN  
Derniers trimestres des années 2009 - 2010

## Rapport de recherche Volet qualitatif

## **CHAPITRE 1**

### **GÉNÉRALITÉS**

## I - CONTEXTE

Au Mali, le paludisme constitue la première cause de morbidité et de mortalité, notamment chez les enfants de moins de 5 ans ; et la première cause d'anémie chez la femme enceinte.

**Le traitement préventif intermittent** est l'administration de deux doses de *Sulfadoxine Pyriméthamine* (SP) à titre préventif avec un intervalle d'au moins un mois entre le 4<sup>ème</sup> et le 8<sup>ème</sup> mois de la grossesse.

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. Une approche actualisée, appelée soins prénatals recentrés, met l'accent sur la qualité des consultations plutôt que sur le nombre. Les soins prénatals devraient donc avoir comme but d'assurer, de soutenir et de maintenir le bien-être maternel tout au long d'une grossesse et d'un accouchement normal. Pour atteindre cela, le prestataire compétent devrait œuvrer vers l'atteinte des buts suivants :

- détection et traitement précoces des problèmes et complications ;
- prévention des maladies et des complications ;
- préparation à l'accouchement et aux éventuelles complications ;
- promotion de la santé.

### 1.1 - Justification

Une des interventions clés qui se sont avérées efficaces pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néo-natales est la prévention du paludisme par le traitement préventif intermittent (TPI) à la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP). Il est indiqué que cette prise soit supervisée par le prestataire pendant la Consultation Périnatale Recentrée (CPNR), car les femmes enceintes courent un risque plus élevé d'infection palustre. L'infection paludéenne chez la mère augmente le risque d'avortement spontané, de morts nés, de naissance prématurée et d'insuffisance pondérale à la naissance.

Selon les résultats d'EDSM IV (2006), 70% des femmes enceintes ont utilisé les services de soins prénatals. Cependant, seulement 30% des femmes enceintes sont venues avant la fin de leur premier trimestre de grossesse et un peu plus de trois femmes sur dix (35 %) ont effectué au moins les quatre visites recommandées. Le nombre médian de mois de grossesse à la première visite s'établit à 4,3. Ce nombre est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (4,7 mois contre 3,8), ce qui est dû au fait que les femmes du milieu rural se rendent plus tardivement en consultation périnatale que celles du milieu urbain.

L'EDSM IV (2006) a également montré que seulement 6% des femmes enceintes ont déclaré avoir reçu au moins une dose de SP pendant leur dernière grossesse et seulement 4% ont reçu les deux doses recommandées lors des consultations prénatales.

L'hypothèse est faite ici que le faible taux enregistré de CPN, est en partie dû à des raisons culturelles selon lesquelles les femmes devraient cacher leur grossesse jusqu'à ce qu'elle soit physiquement visible.

Selon le CNI ECS, les principaux obstacles à une augmentation de l'utilisation du TPI sont :

- a) l'insuffisance de compétences des prestataires ;
- b) celle de communication interpersonnelle et ;
- c) le retard des femmes enceintes aux premières visites de soins prénatals.

## 1.2 - Problématique

En 2006, le ministère de la Santé a annoncé que le TPI était gratuit. Cependant, il s'avère que les femmes enceintes continuent de payer par endroits la SP, selon le système de recouvrement de coût de l'Initiative de Bamako. Par conséquent, même si la politique pour le TPI gratuit a été adoptée en 2006, son application est particulièrement lente.

Des efforts ont été faits à l'endroit des chefs religieux et traditionnels ainsi que des représentants élus. Le but étant qu'ils plaident en faveur de l'importance de la prévention du paludisme pendant la grossesse. Malgré cela, des obstacles persistent. Notamment au niveau des prestataires. Ces derniers apparaissent comme un des goulots d'étranglement à la bonne mise en œuvre de la politique d'accès à la SP.

En outre, un certain nombre de facteurs sont identifiés comme étant susceptibles d'être partiellement responsables des niveaux enregistrés dans la prévention du paludisme par le traitement préventif intermittent (TPI) à la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP). Il s'agit entre autres de:

- l'insuffisance d'incitation de la demande des services préventifs de lutte contre le paludisme ;
- l'insuffisance de l'utilisation des services de CPNR par les femmes enceintes ;
- la difficulté d'accès aux produits de prévention et de lutte contre le paludisme, etc.

## II - OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

### 2.1 - Objectif général

Déterminer les obstacles qui persistent et limitent l'accès des femmes à la CPNR, pour faire des recommandations visant l'élimination de ces barrières.

### 2.2 - Objectifs spécifiques

- 1) Recueillir les avis des femmes enceintes sur la connaissance de la CPNR (ce que c'est et/ou ce en quoi elle consiste)
- 2) Obtenir des informations sur le comportement des prestataires au niveau des formations sanitaires lorsqu'ils fournissent la SP.
- 3) Obtenir des informations sur le comportement et les avis des bénéficiaires lorsqu'elles reçoivent la SP dans le cadre du TPI.
- 4) Comprendre la mise en œuvre de la politique de la gratuité de la SP
- 5) Identifier la manière dont les résultats sont obtenus sur le terrain
- 6) Déterminer les obstacles à l'utilisation du TPI.

7) Documenter les approches et stratégies qui permettent de réduire les obstacles à l'utilisation de la prévention par le TPI à la SP.

### 2.3 Questions de recherche

L'évaluation vise à apporter des réponses aux questions suivantes :

3. En quoi la politique, dans sa formulation, a-t-elle influencé dans un sens ou dans autre, au cours des cinq (5) dernières années, la mise en œuvre du TPI à la SP ?
4. Quels sont les résultats de la CPNR en matière de prévention du paludisme par le traitement préventif intermittent (TPI) à la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) au cours des cinq dernières années?
5. Quelle est la contribution des acteurs à ces résultats ?
  - a) Les prestataires
  - b) Les bénéficiaires
  - c) Les acteurs sociaux (chefs religieux et traditionnels ; représentants élus)

### III - RÉSULTATS ATTENDUS DU VOLET QUALITATIF

- a) Les moyens pour améliorer les résultats du TPI sont déterminés
- b) Des approches novatrices qui encouragent l'utilisation de la SP pour la prévention du paludisme sont identifiées.
- c) les facteurs qui motivent l'utilisation et la non-utilisation du TPI sont déterminés
- d) La politique de la gratuité de la SP est comprise ; dans sa mise en œuvre sur le terrain
- e) La présentation des résultats clés de la recherche et des points de discussions est faite au comité de pilotage
- f) Les recommandations pour action sont formulées

La réalisation des objectifs de l'étude et les recommandations seront portées à la connaissance des autorités sanitaires et communautaires et des partenaires techniques et financiers du Ministère de la Santé. Il est attendu que la mise en œuvre des recommandations de l'étude permette d'améliorer l'accès aux établissements de Santé pour les CPN.

Un résultat subsidiaire est la baisse des épisodes de paludisme chez les femmes enceintes, ce qui a pour conséquence la réduction des risques d'avortement spontané, de morts nés, de naissance prématurée et d'insuffisance pondérale à la naissance.

#### **IV - PRODUITS ATTENDUS**

- c) Un résumé exécutif de la recherche (en français)
- d) L'analyse des résultats complets de la recherche
- e) La présentation des résultats clés de la recherche en PowerPoint

#### **V - MÉTHODES DE COLLECTE ET D'ANALYSE**

Des interviews qualitatives ont été conduites auprès des informateurs clés (prestataires de soins prénatals, bénéficiaires, responsables sanitaires) sur la base d'un consentement éclairé de chaque enquêté.

Ces interviews ont été complétées par une collecte quantitative par la photographie des pages des registres de CPNR et d'accouchement. Les variables d'intérêt pour l'étude ont été retenues pour exploitation et analyse.

Les techniques de collecte utilisées ont été:

- l'exploitation des Registres de CPN et d'accouchement pour les années 2009/2010 ;
- l'Observation des prestataires de CPNR ;
- les interviews des informateurs clés (prestataires et les femmes enceintes à la sortie des CPNR) ;
- les interviews approfondies des responsables et décideurs par niveau : national, régional et local ;
- les dyades avec les femmes qui ont accouché au cours des 6 derniers mois.

##### **5.1 - Échantillonnage**

Elle a été basée sur une approche mixte (probabiliste et non probabiliste). La méthode probabiliste a utilisé les données fournies par l'annuaire statistique sanitaire de 2009 pour constituer l'échantillon selon les niveaux de prise de SP2 dans les régions. À partir de ces indicateurs, les régions ont été regroupées en zone. Sur la base de ces regroupements, les régions échantillon ont été choisies.

Quant à l'échantillonnage non probabiliste, il a privilégié les choix raisonnés.

##### **5.2 - Détermination des zones d'enquête**

L'univers de l'étude a couvert trois zones :

- une zone Nord constituée des régions de Kidal, Tombouctou et Gao ; - une zone Centre constituée des régions de Mopti, Ségou et Kayes ;
- une zone Sud constituée de la région de Sikasso.

Dans ces trois zones, un échantillon raisonné a été constitué dans les régions de Tombouctou, Mopti, Sikasso et dans le District de Bamako.

- Chaque région retenue était stratifiée en deux groupes en fonction de la moyenne de la SP2. L'un à faible couverture en SP2 et l'autre à couverture élevée en SP2. Dans chaque strate a été tiré au hasard un district sanitaire (DS).
- Le CSRef du DS a été retenu
- Dans chaque DS a été retenu le CSCom central
- Dans chaque DS, 2 CSCom ruraux ont été choisis de manière aléatoire.
- Au niveau du District de Bamako, 6 CSCom ont été choisis dans deux communes (2 et 5).

Au total, 8 CSRef et 24 CSCom ont été couverts par l'étude.

Le nombre de groupes de discussions ciblés est de quatre (4) par zone (2 femmes et 2 hommes); soit un total de 16 groupes de discussions

Le nombre d'entretiens conduits avec les personnes clés se répartit comme suit:  
 pour chaque CSCom : 2 entretiens (la chef d'unité CPN, un prestataire du jour) ;  
 pour chaque CS Réf : 2 entretiens (le Médecin-chef et la sage femme maîtresse) ;  
 au niveau régional : Pharmacien régional, Responsable de la CPNR .

Il a été par conséquent conduit 18 entretiens approfondis par zone ; soit un total de 72 pour les quatre zones.

Au niveau national, 6 entretiens approfondis ont été prévus avec les responsables suivants :

- 1 - Le Directeur du PNLP,
- 2 - Les chefs de division PEC/ Prévention et Communication,
- 3 - Le chef de section prévention
- 4 - La responsable du TPI,
- 5 - Le Directeur du CNIECS
- 6 - Le chef de division Mobilisation sociale

Ces entretiens n'ont pas été conduits. La raison est que le choix méthodologique a été fait de finir avec l'exploitation et l'analyse des données aussi bien qualitatives que quantitatives, avant d'identifier les questions à poser à ces responsables. L'idée derrière ce choix est de ne pas avoir des interviews sur la politique telle que définie dans les documents officiels; mais sur des résultats issus de la mise en œuvre de la politique sur le terrain. L'analyse de ces entretiens sera un additif à la version définitive du dernier rapport qui sera produit.

### **5.3 - Exploitation et Analyse des données**

Initialement, il était prévu de concevoir des fiches pour collecter les données à partir des registres de CPN et d'accouchement sur la période de référence. Finalement, l'évaluation de cette méthode a abouti à des durées de collecte tellement longue et ; par conséquent, à des coûts tellement élevés ; que le choix a été fait de photographier les pages des registres et de les saisir une fois au bureau. Dans un premier temps, un programme

a été conçu sous Excel de Microsoft en utilisant l'interface Visual Basic. À mi-parcours, les tentatives d'exploitation de ces données se sont avérées si difficiles, avec des problèmes d'exportation et de format de fichiers, que le choix a été fait de revenir à ce qui avait été initialement prévu, à savoir saisir avec le logiciel CSPRO. Ce travail est en cours. Les données seront exploitées et analysées en utilisant SPSS.

Les entretiens et discussions de groupe ont été transcrits en verbatim sous Word de Microsoft. Compte tenu du retard pris, l'exploitation des données a été faite en utilisant la matrice du guide d'entretien comme support de synthèse thématique. Cette démarche a permis d'analyser et de rédiger en rattrapant quelque peu le retard accusé.

## CHAPITRE 2

### LES RÉSULTATS

## I- Caractéristiques de l'échantillon des entretiens approfondis avec les femmes

### 1.1 - Influence de la région de résidence sur la CPN

#### 1.1.1 Répartition de l'échantillon par région

Le tableau I.1 suivant permet de se faire une idée de la répartition de l'échantillon par région de résidence. Sur un total de 47 entretiens, la plupart (23) soit 49% ont été réalisés à Bamako contre 8 soit 17% dans chacune des autres régions.

Tableau I.1 : Répartition des enquêtées par région

Région	Eff	%
Sikasso	8	17
Mopti	8	17
Tombouctou	8	17
Bamako	23	49
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

Source : Traitement des données de screening

#### 1.1.2 Répartition des enquêtées par région selon la catégorie avec laquelle l'entretien est conduit

L'enquête a été réalisée auprès de deux groupes (catégories) de femmes : à savoir les femmes enceintes au sortir de CPN et les femmes qui ont accouché récemment (entre 0 et 6 mois). Le tableau I.2 donne la répartition des enquêtées par région selon la catégorie avec laquelle l'entretien est conduit. La plupart des entretiens (31) soit 66% ont été menés avec des femmes qui ont accouché récemment contre 16 entretiens avec celles enceintes au sortir de CPN. Contrairement aux autres régions, à Bamako plus de la moitié des entretiens (15) ont été réalisés avec les femmes enceintes sorties de CPN, contre 8 entretiens avec des femmes qui ont accouché récemment.

Tableau I.2 : Répartition des enquêtées par région selon la catégorie avec laquelle l'entretien est conduit

Région	Conduite de l'entretien		Total	
	Enceinte Sortie de CPN	Accouché récemment (0-6 mois)		
Sikasso	0	8	8	
Mopti	1	7	8	
Tombouctou	0	8	8	
Bamako	15	8	23	
Total	Eff	16	31	47
	%	34	66	100

Source : Traitement des données de screening

### 1.1.3 L'influence de la région de résidence sur le nombre de CPN

Le tableau I.3 suivant donne la proportion de femmes par région selon le nombre de CPN effectué. Plus de la moitié (27) soit 57% des femmes ont fait moins de 4 CPN. C'est seulement à Bamako que la proportion de femmes ayant effectué 4 CPN et plus est supérieure à celle de femmes ayant fait moins de 4 CPN. À Mopti aucune femme enquêtée n'a fait 4 CPN et plus. Par ailleurs, à Tombouctou il n'existe aucune différence en terme de proportion, entre les femmes ayant effectué moins de 4 CPN et celles ayant fait 4 et plus.

Tableau I.3 : Proportion de femmes par région selon le nombre de CPN reçues

Région	Nombre de CPN		Total	
	Moins de 4 CPN	4 CPN et plus		
Sikasso	63	37	100	
Mopti	100	0	100	
Tombouctou	50	50	100	
Bamako	44	56	100	
Total	Eff	27	20	47
	%	57	43	100

*Source : Traitement des données de screening*

### 1.1.4 Effets de la région de résidence sur l'âge de la grossesse lors de la première CPN

Sur un total de 46 femmes enquêtées, 23 soit 50% ont effectué la première CPN à moins de 20 semaines de grossesse contre 22 femmes (48%) l'ayant faite à 20 semaines et plus de la grossesse (Tableau I.4). Par ailleurs, seule 1 femme ne se souvient pas de l'âge de sa grossesse lors de sa première CPN. À Sikasso cette proportion est de 14.

Dans les régions de Sikasso, Mopti et Tombouctou il n'existe aucune différence en terme de proportion, entre les femmes qui ont effectué la première CPN à moins de 20 semaines de grossesse et celles qui l'ont faite à 20 semaines et plus.

Tableau I.4 : Distribution des enquêtées par région selon l'âge de la grossesse à la première

CPN

Région	Âge de la grossesse à la première CPN			Total	
	Moins de 20 semaines	20 semaines et plus	NSP		
Sikasso	43	43	14	100	
Mopti	50	50	0	100	
Tombouctou	50	50	0	100	
Bamako	52	48	0	100	
Total	Eff	23	22	1	46
	%	50	48	2	100

*Source : Traitement des données de screening*

### 1.1.5 Effets de la région de résidence sur l'âge de la grossesse à la dernière CPN

Tout comme le tableau I.4, le tableau I.5 suivant donne la distribution des enquêtées par région selon l'âge de la grossesse à la dernière CPN. Au total 16 soit 35% des femmes n'ont pas encore fait la dernière CPN pour leur grossesse actuelle contre 3, soit 7% qui l'ont effectué à moins de 7 mois de la grossesse ; et 21 soit 45% qui s'y sont rendues à 7 mois et plus de leur grossesse. Par ailleurs, 6 soit 13% des femmes n'ont aucune idée de l'âge de leur grossesse lors de leur dernière CPN. À part Bamako où 70% des femmes n'ont pas encore été à leur dernière CPN, toutes les femmes enquêtées dans les autres régions ont fait la dernière CPN. En effet, la plupart des femmes se sont rendu à leur dernière CPN à 7 mois et plus de grossesse.

Tableau I.5 : Distribution des enquêtées par région selon l'âge de la grossesse à la réception de la dernière CPN

de la

Région	Âgé de la grossesse à la dernière CPN				Total	
	CPN non encore faite	Moins de 7 mois	7 mois et plus	NSP		
Sikasso	0	14	57	29	100	
Mopti	0	0	50	50	100	
Tombouctou	0	13	87	0	100	
Bamako	70	4	26	0	100	
Total	Eff	16	3	21	6	46
	%	35	7	45	13	100

*Source : Traitement des données de screening*

## 1.2 - Effet des variables sociodémographiques sur la CPN

### 1.2.1 L'effet de l'âge sur la CPN

Les données du tableau I.6 fournissent des informations sur le nombre de CPN effectuée par les femmes par groupe d'âge. La plupart des femmes enquêtées (27) soit 57% ont effectué 4 CPN, contre 20 soit 43% qui ont fait 4 CPN et plus. Le même constat se fait au niveau des groupes d'âge. Cependant, 58% des femmes âgées de moins de trente (30) ans ont fait moins de quatre CPN contre 42% qui ont effectué quatre CPN et plus. Quant aux femmes âgées de trente (30) ans et plus, 56% ont fait moins de quatre CPN contre 44% pour celles ayant fait quatre CPN et plus.

Tableau I.6 : Proportion de femmes par groupe d'âge selon le nombre de CPN

Groupes d'âges	Nombre de CPN		Total
	Moins de 4 CPN	4 CPN et plus	
Moins de 30 ans	58	42	100
30 ans et plus	56	44	100
Total	Eff	27	20
	%	57	43
			47
			100

Source : Traitement des données de screening

### 1.2.2 Impact du statut matrimonial sur la réception du nombre de CPN

Le tableau I.7 renseigne sur la proportion de femmes par statut matrimonial selon le nombre de CPN effectuée. Sur 47 femmes enquêtées, 27 soit 57% ont fait de quatre CPN contre 20 soit 43% pour celles ayant fait quatre CPN et plus. La plupart (61%) des femmes mariées monogames ont effectué moins de CPN contre 39% ayant fait quatre CPN et plus. Cependant, on ne note aucune différence en terme de proportion entre les célibataires ayant fait moins de quatre CPN, et celles étant allées au-delà de quatre. Il en est de même chez les femmes mariées polygames.

Tableau I.7: Distribution des femmes par statut matrimonial selon le nombre de CPN

Statut matrimonial	Nombre de CPN		Total
	Moins de 4 CPN	4 CPN et plus	
Célibataire	50	50	100
Marié(e) monogame	61	39	100
Marié(e) polygame	50	50	100
Total	Eff	27	20
	%	57	43
			47
			100

Source : Traitement des données de screening

### 1.2.3 Rang dans le mariage et nombre de CPN

Les données du tableau I.8 permettent de se faire une idée de la proportion de femmes selon le rang dans le mariage et selon le nombre de CPN effectué. Au total, 26 femmes soit 58% ont fait moins de quatre CPN contre 19 soit 42% pour celles ayant fait quatre CPN et plus. La majorité des femmes premières épouses (56%) ont fait moins de quatre CPN contre une minorité (44) ayant fait quatre CPN et plus. Le même fait se retrouve chez les femmes deuxièmes épouses.

Tableau I.8 : Proportion de femmes par rang dans le mariage selon le nombre de CPN effectué

Rang dans le mariage		Nombre de CPN		Total
		Moins de 4 CPN	4 CPN et plus	
1 <sup>ère</sup> Épouse		56	44	100
2 <sup>ème</sup> Épouse		67	33	100
Total	Eff	26	19	45
	%	58	42	100

Source : Traitement des données de screening

#### 1.2.4. Parité et nombre de CPN

L'analyse des données du tableau I.9 permet de conclure que 27 soit 57% des femmes enquêtées ont effectué moins de quatre CPN contre 20 soit 43% qui ont fait quatre CPN et plus. Plus de la moitié (67%) des femmes sans enfant ont été à moins de quatre CPN contre seulement 33% pour celles ayant été à quatre et plus. Par ailleurs, 57% des femmes ayant une parité inférieure à 5 ont été à moins de quatre CPN contre 43% pour celles ayant été à quatre CPN et plus. Cependant, il n'existe aucune différence significative en terme de proportion, entre ces femmes et celles ayant une parité supérieure ou égale à 5.

Tableau I.9 : Proportion de femmes par nombre total d'enfants selon le nombre de CPN effectué

Nombre total d'enfants		Nombre de CPN		Total
		Moins de 4 CPN	4 CPN et plus	
Sans enfant		67	33	100
Moins de 5 enfants		57	43	100
5 enfants et plus		57	43	100
Total	Eff	27	20	45
	%	57	43	100

Source : Traitement des données de screening

### 1.2.5 Nombre d'enfants en vie et nombre de CPN

A la différence du tableau I.9, le tableau I.10 donne la proportion de femmes par nombre d'enfants en vie selon le nombre de CPN effectué. La plupart des femmes (27) soit 57% ont fait moins de 4 CPN. Cependant, le même fait se constate au niveau des femmes en matière du nombre d'enfants en vie : 67% des femmes sans enfant ont effectué moins de quatre CPN. Cette proportion est de 55 pour les femmes ayant une parité inférieure à 5 ; et de 62 pour celles ayant 5 enfants et plus.

Tableau I.10 : Proportion de femmes par nombre d'enfants en vie selon le nombre de CPN

Nombre d'enfants en vie	Nombre de CPN		Total	
	Moins de 4 CPN	4 CPN et plus		
Sans enfant	67	33	100	
Moins de 5 enfants	55	45	100	
5 enfants et plus	62	38	100	
Total	Eff	27	20	45
	%	57	43	100

*Source : Traitement des données de screening*

### 1.3- Effets des variables socioculturelles sur la CPN

#### a.3.1 L'influence de l'alphabétisation sur la CPN

L'examen des données du tableau I.11 met en relief l'influence de l'éducation des femmes sur le nombre de CPN. Plus de la moitié (57) des femmes alphabétisées ont fait quatre CPN et plus contre 43% pour celles en ayant fait moins. En effet, l'inverse peut être constaté chez les femmes non instruites, avec une forte proportion (69%), qui ont fait moins de quatre CPN, contre une minorité 30% qui en ont fait quatre et plus.

Tableau I.11 : Répartition des femmes selon le fait d'être alphabétisée et selon le nombre de CPN

Alphabétisation	Nombre de CPN		Total	
	Moins de 4 CPN	4 CPN et plus		
Oui	43	57	100	
Non	69	30	100	
Total	Eff	27	20	45
	%	57	43	100

*Source : Traitement des données de screening*

### 1.3.2 Effets du niveau d'instruction sur la CPN

L'analyse des données du tableau I.12 met en exergue les effets positifs du niveau d'instruction des femmes sur le fait d'aller à la CPN. Au total 12 soit 57% des femmes se sont rendues à quatre CPN et plus, contre 9 soit 43% pour celles s'étant rendues à moins de quatre. Quel que soit le niveau d'instruction, la majorité (57%) des femmes ont été plus de quatre fois à la CPN, contre une faible proportion (43) qui y a été moins de quatre fois.

Tableau I.12 : Distribution des femmes par niveau d'instruction selon le nombre de CPN

Niveau d'instruction		Nombre de CPN		Total
		Moins de 4 CPN	4 CPN et plus	
Primaire		43	57	100
Secondaire et plus		43	57	100
Total	Eff	9	12	21
	%	43	57	100

Source : Traitement des données de screening

### 1.3.3 Effets de la dernière classe achevée sur la CPN

Tout comme le niveau d'instruction, la dernière classe achevée par la femme influence positivement le fait de se rendre à la CPN. 60% des femmes ayant achevée respectivement le premier cycle et le second cycle fondamental ont été plus de 4 fois à la CPN, contre seulement 40% pour celles qui s'y sont rendues moins de quatre fois. Cependant, aucune différence significative n'est remarquable en terme de proportion chez les femmes ayant achevé les classes de 10<sup>ème</sup> années et plus (tableau I.13).

Tableau I.13 : Distribution des femmes par dernière classe achevée selon le nombre de CPN

Dernière classe achevée		Nombre de CPN		Total
		Moins de 4 CPN	4 CPN et plus	
1-6 <sup>ème</sup> années		40	60	100
7-9 <sup>ème</sup> années		40	60	100
10 <sup>ème</sup> années et plus		50	50	100
Total	Eff	9	12	21
	%	43	57	100

Source : Traitement des données de screening

## II - Caractéristiques de l'échantillon des dyades avec les hommes

### 2.1 - Influence de la région de résidence sur la CPN des conjointes des hommes enquêtés

#### 2.1.1 Distribution de l'échantillon par région de résidence

Le tableau II.1 donne la distribution de l'échantillon par région de résidence. Au total 32 entretiens ont été menés avec les hommes dont les conjointes ont accouché il y a six mois au maximum. Ce sont donc 8 entretiens qui ont été conduits avec les hommes par région.

Tableau II.1 : Répartition des enquêtés par région de résidence

Région	Eff	%
Sikasso	8	25
Mopti	8	25
Tombouctou	8	25
Bamako	8	25
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Source : Traitement des données de screening

#### 2.1.2. Répartition des enquêtés par région selon la catégorie avec laquelle l'entretien est conduit

Tout comme le tableau II.1 sur la distribution de l'échantillon par région de résidence, le tableau II.2 suivant donne la répartition des enquêtés par région selon la catégorie avec laquelle l'entretien est conduit. Sur un total de 32 entretiens, 7 entretiens ont été conduits avec des chefs religieux, 2 avec des chefs traditionnels, 14 avec des relais communautaires, 3 avec des relais sanitaires et 6 avec des conseillers villageois.

Tableau II.2 : Répartition des enquêtés par région selon la catégorie avec laquelle l'entretien est conduit

Région	Catégorie avec laquelle l'entretien est conduit					Total	
	Chefs religieux	Chefs traditionnels	Relais communautaires	Relais sanitaires	Conseillers villageois		
Sikasso	0	0	4	0	4	8	
Mopti	0	0	3	3	2	8	
Tombouctou	3	2	3	0	0	8	
Bamako	4	0	4	0	0	8	
Total	Eff	7	2	14	3	6	32
	%	22	6	44	9	19	100

Source : Traitement des données de screening

#### 2.1.3 Effets de la région de résidence sur la CPN des conjointes des hommes

Le tableau II.3 permet de conclure que 13 soit 42% des conjointes ont effectué moins de quatre CPN contre 10 soit 32% se sont rendus à 4 CPN et plus. Par ailleurs, sur 31 hommes enquêtés, 8 soit 26% n'ont aucune idée sur le nombre de CPN auquel se sont rendues leurs conjointes. Contrairement aux autres régions, à Sikasso la majorité (75%) des hommes enquêtés n'ont aucune idée de la fréquentation de la CPN par leurs conjointes. A Mopti cette proportion s'élève à 25. À part Bamako où 63% des conjointes ont été à quatre CPN et plus, la plupart des conjointes se sont rendues à moins de quatre CPN dans les autres régions.

Tableau II.3 : Proportion d'hommes par région selon le nombre de CPN auquel se sont rendues leurs conjointes

Région	Nombre de CPN			Total	
	Moins de 4 CPN	4 CPN et plus	NSP		
Sikasso	13	12	75	100	
Mopti	63	12	25	100	
Tombouctou	57	43	0	100	
Bamako	37	63	0	100	
Total	Eff	13	10	8	31
	%	42	32	26	100

Source : Traitement des données de screening

#### 2.1.4 Impact de la région de résidence sur l'âge de la grossesse à la réception de la première dose de CPN

Il ressort de l'analyse des résultats du tableau II.4 que sur 31 hommes enquêtés, 19 soit 61% ont déclaré que leurs conjointes ont été à la première CPN à moins de 20 semaines de grossesse contre 5 soit 16% qui déclarent que leurs conjointes y ont été à 20 semaines et plus. A Sikasso 25% des conjointes ont été à la première CPN à 20 semaines et plus de grossesse contre 13% pour celles s'y étant rendues à moins de 20 semaines. Par ailleurs, 62% des hommes ne se souviennent pas de l'âge de grossesse des conjointes à la première CPN.

Tableau II.4 : Distribution des enquêtés par région selon l'âge de la grossesse de la conjointe à la première CPN

Région	Âge de la grossesse à la première CPN			Total	
	Moins de 20 semaines	20 semaines et plus	NSP		
Sikasso	13	25	62	100	
Mopti	62	13	25	100	
Tombouctou	86	14	0	100	
Bamako	87	13	0	100	
Total	Eff	19	5	7	31
	%	61	16	23	100

Source : Traitement des données de screening

#### 2.1.5 Impact de la région de résidence sur l'âge de la grossesse à la dernière CPN

Le tableau II.5 suivant donne la distribution des enquêtés par région selon l'âge de la grossesse des conjointes à la dernière CPN. La plupart (11) soit 35% des conjointes ont effectué la dernière CPN à 9 mois de grossesse contre 3 soit 10% qui l'ont fait à moins de 9 mois. Par ailleurs, 8 soit 26% des conjointes n'avaient toujours pas fait la dernière CPN au moment de l'enquête, 29% des hommes enquêtés ne se souviennent pas de l'âge de grossesse de leurs conjointes à la dernière CPN. C'est dans les régions de Tombouctou et Bamako que se constatent les fortes proportions de conjointes n'ayant pas encore fait la dernière CPN avec respectivement 57% et 50%. Cette proportion est pratiquement nulle dans les régions de Sikasso et Mopti. Mais, c'est dans ces régions que la plupart des hommes enquêtés ne se souviennent pas de l'âge de la grossesse de leurs conjointes à la dernière CPN avec respectivement 62% et 50%.

Tableau II.5 : Distribution des enquêtés par région selon l'âge de la grossesse de la conjointe dernière CPN

à la

Région	Âge de la grossesse à la dernière CPN				Total
	CPN non encore faite	Moins de 9 mois	9 mois	NSP	
Sikasso	0	25	13	62	100
Mopti	0	13	37	50	100
Tombouctou	57	0	43	0	100
Bamako	50	0	50	0	100
Total	Eff	8	3	11	31
	%	26	10	35	100

Source : Traitement des données de screening

## 2.2- Effets des variables sociodémographiques sur la CPN des conjointes des hommes

### 2.2.1 Âge du conjoint et CPN de la conjointe

Il ressort de l'analyse des résultats du tableau II.6 que sur un total de 31 hommes enquêtés, 13 soit 42% soulignent que leurs conjointes ont fait moins de quatre CPN contre 10 soit 32% pour les conjointes ayant effectué quatre CPN et plus. Par ailleurs, 8 soit 26% des hommes enquêtés n'ont aucune idée du nombre de CPN effectuée par leurs conjointes, 50% des hommes âgés de moins de 40 ans ont souligné que leurs conjointes ont été moins de quatre fois à la CPN, contre 25% pour ceux dont les conjointes y ont été plus de quatre fois. Cependant, la différence n'est pas très remarquable en termes de proportion entre les moins de 50 ans et ceux de 50 ans et plus.

Tableau II.6 : Proportion d'hommes par groupe d'âge selon le nombre de CPN reçues par leur conjointe

Groupe d'âges	Nombre de CPN			Total
	Moins de 4 CPN	4 CPN et plus	NSP	
Moins de 40 ans	50	25	25	100
Moins de 50 ans	37	36	27	100
50 ans et plus	38	37	25	100
Total	Eff	13	10	31
	%	42	32	100

Source : Traitement des données de screening

### 2.2.2 Statut matrimonial du conjoint et CPN par la conjointe

Le tableau II.7 suivant donne la proportion d'hommes par statut matrimonial selon le nombre de CPN de leurs conjointes au cours de leur dernière grossesse. D'une part, toutes les conjointes d'hommes fiancés ont fait moins de quatre CPN. D'autre part, 37% des conjointes mariées monogames ont effectué plus de quatre CPN, contre 32% pour celles en ayant fait moins de quatre. Contrairement aux conjointes mariées monogames, 55% des conjointes mariées polygames ont été moins de quatre fois à la CPN contre 27% pour celles qui y sont allées plus de quatre fois.

Tableau II.7 : Proportion d'hommes par statut matrimonial selon le nombre de CPN de leurs conjointes

Statut matrimonial		Nombre de CPN			Total
		Moins de 4 CPN	4 CPN et plus	NSP	
Fiancé		100	0	0	100
Marié monogame		32	37	31	100
Marié Polygame		55	27	18	100
Total	Eff	13	10	8	31
	%	42	32	26	100

Source : Traitement des données de screening

## 2.3 - Effets des variables socioculturelles sur la CPN des conjointes des hommes

### 2.3.1 Effets de l'instruction du conjoint sur la CPN de la conjointe

L'instruction du conjoint n'influence pas la CPN de la même manière que celle de la conjointe. En effet, 47% des conjointes ayant des conjoints instruits se sont rendues moins de quatre fois à la CPN contre 29% pour celles qui en ont fait plus de quatre. Par ailleurs, 24% des conjoints ne se souviennent pas du nombre de CPN à laquelle se sont rendues leurs conjointes. Quant aux conjointes ayant des conjoints non instruits, 30% ont été moins de quatre fois à la CPN contre 40% pour celles qui s'y sont rendues plus de quatre fois.

Tableau II.8 : Distribution des hommes selon le statut d'alphabétisation, et selon le nombre de CPN effectué par leurs conjointes

Alphabétisé		Nombre de CPN			Total
		Moins de 4 CPN	4 CPN et plus	NSP	
Oui		47	29	24	100
Non		30	40	30	100
Total	Eff	13	10	8	31
	%	42	32	26	100

Source : Traitement des données de screening

### 2.3.2 Niveau d'instruction du conjoint et CPN

Les résultats du tableau II.9 mettent en évidence l'influence du niveau d'instruction du conjoint sur la fréquentation de la CPN par sa conjointe. D'une part, 57% des conjointes ayant des conjoints avec un niveau secondaire et plus, ont fait moins de quatre CPN, contre 29% pour celles ayant effectué plus de quatre CPN. D'autre part, 43% des conjointes des hommes de niveau primaire se sont rendues moins de quatre fois à la CPN, contre 29% pour celles qui y sont allées plus de 4 fois.

Tableau II.9 : Distribution des hommes par niveau d'instruction selon le nombre de CPN effectuées par leur conjointe

Niveau d'instruction	Nombre de CPN			Total
	Moins de 4 CPN	4 CPN et plus	NSP	
Primaire	43	29	28	100
Secondaire et plus	57	29	14	100
<b>Total</b>	<b>Eff</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>5</b>
	<b>%</b>	<b>47</b>	<b>29</b>	<b>24</b>

Source : Traitement des données de screening

Tout comme le niveau d'instruction du conjoint, sa dernière classe achevée influence la fréquentation de la CPN par sa conjointe. Au total 10 soit 47% des conjointes ont fait moins de quatre CPN contre 6 soit 29% qui sont allées à la CPN plus de quatre fois. 5 soit 24% des conjoints n'ont aucune idée du nombre de CPN que leurs conjointes ont effectué, 40% des conjointes d'hommes qui ont achevé le premier cycle, ont fait moins de quatre CPN contre 33% pour celles qui en ont fait plus de quatre. Toutes les conjointes d'hommes qui ont achevé le second cycle fondamental ont été plus de quatre fois à la CPN, 80% des conjointes des hommes qui ont achevé la 10<sup>ème</sup> année et plus sont allées moins de quatre fois à la CPN contre 20% dont les conjoints n'ont aucune idée du nombre de fois auquel elles se sont rendues à la CPN.

Tableau II.10 : Distribution des hommes par dernière classe achevée selon le nombre de CPN reçues par leur conjointe

Dernière classe achevée	Nombre de CPN			Total
	Moins de 4 CPN	4 CPN et plus	NSP	
1-6 <sup>ème</sup> années	40	33	27	100
7-9 <sup>ème</sup> années	0	100	0	100
10 <sup>ème</sup> année et plus	80	0	20	100
<b>Total</b>	<b>Eff</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>5</b>
	<b>%</b>	<b>47</b>	<b>29</b>	<b>24</b>

Source : Traitement des données de screening

### III. RESULTATS

#### 1- Contexte de l'analyse des résultats

Dans le document de politique nationale de lutte contre le paludisme, les objectifs et axes stratégiques définis constituent les éléments de référence auxquels il faut rapporter les résultats atteints par la présente étude. En outre, l'étude actuelle est parfaitement en phase avec les orientations de l'axe stratégique 5.5 qui a trait à la recherche opérationnelle ; notamment celles relatives :

- au suivi de l'efficacité des médicaments ;
- à l'étude sur la prise en charge du paludisme avec les Combinaisons Thérapeutiques à base ; d'Artémisinine (CTA) au niveau communautaire et ;
- à l'étude sur l'utilisation des CTA chez la femme enceinte à partir du deuxième trimestre.

Ce dernier aspect de l'axe stratégique ayant trait à la recherche opérationnelle est fondé sur les objectifs de la politique nationale de lutte contre le paludisme. Pour rappel, le deuxième objectif spécifique de celle-ci est d'atteindre une couverture universelle en SP à travers la distribution gratuite aux femmes enceintes sur l'ensemble du territoire national<sup>2</sup>. Cet objectif spécifique est complété par l'un des buts de l'étude. Celui de "documenter les approches et stratégies qui permettent de réduire les obstacles à l'utilisation de la prévention par le TPI à la SP<sup>3</sup>".

Conformément au volet suivi évaluation de la politique nationale, la présente étude met en œuvre l'invite à conduire des "...enquêtes dans les formations sanitaires pour collecter les informations sur les moyens et la qualité des prestations de soins fournies aux bénéficiaires<sup>4</sup>".

La base de la pyramide sanitaire au Mali étant constituée par le niveau communautaire, l'étude sur les obstacles à l'utilisation du traitement préventif intermittent (TPI) à la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) par les prestataires pendant la consultation prénatale recentrée (CPNR), devait naturellement cibler ce niveau hiérarchique pour bien documenter le sujet.

#### Rappel de l'axe stratégique 5

L'axe stratégique 5 de la politique nationale de lutte contre le paludisme adresse prioritairement en matière de prévention le traitement préventif intermittent à la sulfadoxine pyriméthamine (SP). Il stipule que le TPI doit être mis en œuvre à tous les niveaux du système de santé ; et que des directives seront développées pour les groupes cibles : femmes enceintes et groupes spéciaux. Il précise que la sulfadoxine pyriméthamine est gratuite chez la femme enceinte et doit être administrée à raison de 2 cures de 3 comprimés de Sulfadoxine - Pyriméthamine supervisées et espacées d'au moins un mois, entre le 4ème et le 8ème mois de la grossesse.

#### 2. - Analyse des résultats issus des données qualitatives

L'analyse des résultats des données qualitatives est faite suivant les thèmes abordés par l'étude. Les thèmes ont été définis pour répondre aux questions de recherche. Celles-ci ont été posées sur la base du constat

---

<sup>2</sup> Ministère de la santé, secrétariat général, programme national de lutte contre le paludisme, objectifs spécifiques, page 12

<sup>3</sup> Idem

<sup>4</sup> Ministère de la santé, secrétariat général, programme national de lutte contre le paludisme, VIII suivi évaluation, page 19

insuffisamment documenté de l'impact mitigé de la prise de la SP lors des consultations prénatales recentrées (CPNR).

L'une des premières questions que l'étude aborde par conséquent est la connaissance de la CPNR. Cette connaissance est mesurée auprès des femmes bénéficiaires des prestations de CPN. De manière indirecte, la mesure est indicative de la bonne observation des normes et procédures qui font la différence entre une consultation prénatale et une consultation prénatale recentrée.

## 2. 1 - La connaissance de la CPNR

Les réponses recueillies à propos de la connaissance de la CPNR portent à croire qu'elle n'est pas méconnue des femmes dans les localités dans lesquelles les entretiens ont été conduits. Cependant, la connaissance dont il est question est beaucoup plus relative aux aspects matériels, qu'aux actes d'auscultation des médecins lors des consultations. Même si l'on admet que les mesures incitatives contribuent de manière non négligeable et indirecte à l'amélioration de la fréquentation des centres de santé pour la CPN ; il n'en demeure pas moins que le recentrage de la CPN n'a pas été opéré que dans cet objectif. Le recentrage tel qu'il a été conçu et mis en œuvre, vise a priori les normes et procédures à observer par les médecins au cours de la CPN. Il s'agit de l'approche de systématisation des actes, à la fois dans leurs séquences et dans leurs complétudes pour chaque cas de figure de clientes. Les produits incitatifs à la fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes ne devraient contribuer qu'accessoirement à sa réussite. Par conséquent, les résultats obtenus sont des déclarations qui doivent être situées dans leur contexte. Dans leur majorité, ils ont trait à ce que les femmes reçoivent, et qu'elles considèrent comme un changement ; et qui en est un, y compris la SP. Mais, leurs réponses montrent que leurs appréciations ne portent pas sur les actes que posent les médecins lorsqu'ils les consultent.

Le verbatim qui suit est un exemple de ce que l'analyse ci-dessus fait ressortir. A Guinguigata, une femme enceinte interrogée à sa sortie de CPN, laisse entendre qu'elle connaît la CPNR en ces termes « *Oui je suis au courant de la CPNR. Avant on ne recevait rien gratuitement au centre de santé, maintenant nous recevons les trois comprimés blancs, les moustiquaires imprégnées d'insecticides et aussi le "Sosso fagan" (l'insecticide en langue Bamanan) et tout cela est gratuit. Dernièrement nous avons reçu du riz et du haricot* ».

Une femme enceinte à la sortie de consultation à Arabébé : « *... j'ai fait la CPN au cours de deux de mes grossesses. Pour mes premières maternités, il n'y avait pas de maternité ici. C'est au cours de mes dernières maternités que j'ai suivi les CPN, qui sont au nombre de trois* ».

Pour A cette question la participante A à la dyade avec les femmes accouchées il ya moins de 6 mois dit : « *entre la CPN et la CPNR il ya une différence, avec la CPNR nous recevons la SP et la moustiquaire.* » Une autre femme sortie de consultation dit en réponse à cette question « *la différence, c'est que maintenant quand je suis venue je n'ai payé ni pour la SP ni pour l'injection* ».

Pour approfondir cette question et être capable de bien faire ressortir les perceptions des femmes quant aux deux formes de CPN, la question de savoir ce qui en fait la différence a été posée. Les réponses données à cette question d'approfondissement, confirme la connaissance partielle de ce qu'est la CPN recentrée. La participante

A à la dyade d'Arabébé avoue en parlant au pluriel (donc au nom de plusieurs autres femmes), qu'elles n'avaient pas noté l'existence de cette nouvelle forme de consultation prénatale. *« Nous n'avions jamais remarqué ce changement, entre l'ancienne forme de la pesée et la nouvelle forme. C'est comme ça. Nous n'avions aucun renseignement en ce qui concerne la CPN et la CPNR »*. Sa réponse, d'une certaine manière, est également une prise de conscience de ce qu'une nouvelle forme de CPN existe actuellement. Elle l'a appris par le questionnaire auquel elle a été soumise. Et ; il s'agit là d'une contamination méthodologique d'un sujet de l'étude. Cette contamination en elle-même n'introduit pas un biais dans l'étude. Elle peut même être incitative à une recherche plus poussée d'information de la part du sujet.

Des réponses négatives directes ont également été enregistrées auprès de femmes interrogées quant à la connaissance de la CPNR à Dyou. Les deux participantes à la dyade ont répondu l'une à la suite de l'autre : B *« je ne suis pas au courant de la CPNR »*, A *« moi aussi je ne suis pas au courant de la CPNR »*.

Il ressort du constat des équipes de collecte que les femmes qui ne font pas la différence entre la CPN et la CPNR se retrouvent parmi celles qui sont à leur première grossesse, ou encore celles qui ne se rendaient pas aux CPN et qui viennent de commencer récemment.

Il y a néanmoins quelques rares expressions de connaissances appropriées qui ressortent des verbatim. Un exemple est fourni par le témoignage d'une des femmes de Gourma Rharous en ces termes *« Oui je suis au courant de la CPNR, autrefois les docteurs ne nous faisaient pas bien la CPN, mais maintenant nous recevons des soins adéquats et bénéficions de plusieurs médicaments aussi gratuitement. »*

L'information à propos de la CPNR et par conséquent sa connaissance, passe le plus souvent par un canal de relation. Un réseau interpersonnel, comme le laisse entendre le témoignage suivant recueilli à Koumaira *« oui, je suis au courant de la CPNR, c'est ma copine qui m'a dit de me rendre à la maternité ; qu'une fois que j'aurai reçu la SP tout ira bien »*.

La mise de l'accent sur la gratuité des médicaments, et le fait de considérer cette gratuité comme étant l'expression de la CPNR, se retrouvent également dans le témoignage des prestataires. Selon un prestataire d'Arabébé, *« la différence c'est qu'autrefois quand les femmes venaient pour la CPN, elles ne bénéficiaient d'aucun médicament. Mais maintenant avec la CPNR, nous leur donnons la SP qui leur permet de ne pas attraper beaucoup de maladies. »* Un autre prestataire de Niafunké évoque la question en citant la liste de ce qui était donné aux femmes gratuitement, et de ce qui vient s'y ajouter dans le cadre de la CPNR *« Avec la CPN, nous ne donnions aux femmes que la quinine, l'amoxicilline, le métrodanizole. Mais, maintenant avec la CPNR, nous leur donnons la SP, le Fer et l'érythromycine au besoin »*.

## **2.2 - La communication au sein du couple à propos de la CPNR**

Évaluer la communication au sein du couple à propos de la CPNR vise deux objectifs. Le premier est de voir de façon générale l'implication des conjoints dans la gestion de la grossesse. Le second est, à partir de cette implication d'apprécier leurs attitudes, et les types de décision qu'ils assument dans cette gestion.

Le résultat qui ressort des entretiens de façon globale est que les conjoints ne discutent pas avec leurs partenaires de leur grossesse, encore moins de la CPNR.

En se référant aux résultats des dyades avec les hommes, tout se passe comme si ces derniers ont socialement délégué la responsabilité de la gestion de la grossesse aux femmes. Beaucoup d'hommes qui ont participé aux dyades disent ne pas connaître la CPNR « *Moi je ne connais pas cela. Je ne sais rien des affaires des femmes, car je suis un homme. Je ne viens pas faire de CPN. (Participant A à la dyade avec les hommes à Guinguigata).* »

De nombreux propos recueillis lors des dyades avec les hommes, mettent l'accent sur le fait qu'ils ne sont pas informés par leurs conjointes à propos des CPNR « *... je n'en sais rien, car les femmes mêmes qui vont souvent à l'hôpital, elles ne nous disent rien, sauf si il ya des dépenses (Participant B à la dyade avec les hommes à Guinguigata).* »

Les propos des hommes rapportés ci-dessus indiquent que la communication au sein du couple à propos de la CPNR se limite aux suites de la consultation ; lorsqu'il y a des dépenses.

Un exemple d'implication volontaire des hommes a été mentionné à Benguel. Les propos du participant A à la dyade semblent indiquer qu'il s'agit d'un comportement presque communautaire.

« *Avant il n'y avait pas de centre de santé à Benguel, même si l'homme voulait que sa femme suive la CPN quand elle tombe enceinte ils seront confrontés au problème de déplacement, car l'hôpital était très loin. Mais aujourd'hui Dieu merci il ya un centre à Benguel, pour cela dès que les femmes tombent en état de grossesse chacun amène sa femme pour suivre correctement leurs CPN. Et toutes les femmes qui ont suivi régulièrement leurs CPN en ont eu des avantages dans l'évolution de la grossesse jusqu'à l'accouchement.* »

### **2.3 - Les raisons qui motivent à aller à la CPNR**

L'hypothèse implicite qui est à l'origine de la question sur les raisons qui motivent les femmes à aller à la CPNR est qu'elles y vont pour le suivi de la grossesse ou encore pour la prévention ou le traitement des maladies liées à la grossesse. Accessoirement, il était attendu d'autres raisons non envisagées.

La prévention et le traitement des maladies consécutives à la grossesse sont les principaux résultats qui se dégagent des entretiens.

Le suivi ou la prévention sont évoqués comme un évitement des problèmes et complications de la grossesse. À Niafouké une femme enceinte à la sortie de CPN dit « *Je vais en CPN à cause de ses avantages. Le fait de fréquenter la maternité depuis le début de la grossesse jusqu'à l'accouchement permet à la femme de se rendre compte de tous les problèmes dont elle souffre, et d'y chercher un traitement adéquat* ». Les mêmes types de raisons motivent une femme enceinte interrogée à sa sortie de CPN à Arabébé qu'elle explique en ces termes « *C'est le fait d'être en état de grossesse qui fait que je viens pour faire la CPN. Avec la CPN, je serais renseigné sur ma grossesse. On anticipera les éventuels difficultés qui pourront m'arriver au cours de cette grossesse.* »

Le second résultat relatif aux raisons qui amènent les femmes en CPN est qu'elles y vont pour guérir des maladies. Selon le constat des équipes de collecte et les témoignages recueillis, un nombre important de femmes ne partent généralement en consultations que si elles sont malades ou ont des malaises, voire des complications. À Niafouké une femme enceinte à la sortie de CPNR dit : « *Je viens en CPN pour pouvoir bénéficier de tous ces*

*cadeaux qu'on donne aux femmes enceintes. En plus, je suis venue aujourd'hui parce que j'avais des douleurs lombaires. La sage femme m'a prescrit des médicaments et ils vont vraiment me soulager*». La participante A à la dyade femme d'une Association de santé communautaire de Bamako, explique son intérêt quant au suivi de la grossesse. « *...J'ai peur des complications au cours de la grossesse et pendant l'accouchement. Le fait que j'avais mon col qui était ouvert, c'est ce qui m'a amené à faire la CPNR, et que je l'ai su. ... si je ne faisais pas la CPNR, j'allais accoucher sans le savoir. Même le fait que les femmes ont des saignements, c'est parce que très souvent, elles ne viennent pas en CPNR* ».

Une prise de conscience au niveau communautaire s'opère dans certaines localités du Mali. Les structures de santé communautaire (Association ou Centre) jouent un rôle important en la matière. L'information, l'éducation ou la simple implantation d'une structure de santé peuvent être des facteurs déclenchants. Le facteur le plus important semble être la conviction des hommes quant aux bénéfices de la CPN. Les témoignages des participants respectifs B et A lors des dyades avec les hommes de Taga et de Sabalibougou étayent le résultat précédemment mentionné.

Le participant B à la dyade homme de Taga s'explique B : « *nous, nous avons compris la CPN pour des raisons : autrefois les femmes accouchaient sans assistance, et ce n'était pas sans inconvénient, mais maintenant avec la CPN même si la femme accouche à la maison elle n'a pas assez de problèmes. Si les femmes se sentent bien le les maris se sentiront aussi en bonne santé*».

Le participant A à la dyade homme de Sabalibougou dit : « *les raisons qui nous poussent à envoyer nos femmes en CPN, il ya plusieurs d'entre nous-mêmes qui avons fait le constat que le bon suivi de la CPN permet à la femme enceinte et à son bébé de se porter bien jusqu'à l'accouchement*».

#### **2.4 - La connaissance des maladies qu'une femme enceinte devrait éviter**

Dans le cadre de cette étude, la mesure de la connaissance des maladies qu'une femme enceinte devrait éviter vise deux objectifs. Le premier est de documenter les connaissances traditionnelles en matière de maladies qui affectent les femmes en état de grossesse. Le second intérêt de cette question est de savoir, lors des CPNR, quelles sont les maladies qu'il est le plus souvent conseillé aux femmes enceintes d'éviter.

Il ressort des résultats une persistance des savoirs et pratiques traditionnels. Selon certaines enquêtées, ils sont le plus souvent entretenus par les matrones.

En termes de méthode de traitement, les résultats font ressortir que le traditionnel compte encore pour certaines femmes enquêtées. Les matrones bien qu'elles reçoivent des formations, ont tendance à perpétuer les savoirs traditionnels ou populaires qu'elles continuent de diffuser auprès femmes enceintes.

L'observation fait ressortir que certaines matrones passent plus de temps à expliquer aux femmes les comportements qu'elles doivent adopter selon les traditions, plutôt qu'à leur enseigner les avantages du vaccin anti tétanique, ou de la prise de la SP. Par exemple, elles disent aux femmes de se coucher sur le côté ; de ne pas se coucher sur le dos, ne pas se promener la nuit, etc.

Les femmes observent quelquefois scrupuleusement ces conseils. Les propos qui suivent, décrivent la pratique de prévention du paludisme de la participante A à la dyade de Dyou «*pour que je n'aie pas le paludisme, je tamise la cendre et le fait bouillir et ; après je me lave avec cette eau. C'est la matrone même qui m'a dit cela hier quand je suis partie à l'hôpital*»

À côté des survivances de pratiques traditionnelles existent de fortes convictions et des inclinaisons avérées quant au recours à la médecine moderne. L'argumentation catégorique faite par la participante A d'Arabébé ne laisse aucun doute sur le comportement que doit adopter une femme enceinte quant à la préservation par rapport à la maladie. «*Les femmes doivent éviter toutes sortes de maladies lors de la grossesse, car tout peut inquiéter une femme en état de grossesse, jusqu'à l'accouchement. Le mieux serait de ne contracter aucune maladie*». Lorsque l'accent est mis sur le paludisme, c'est sur la base d'expérience malheureuse comme celle qui suit et qui a été évoquée par le participant A à la dyade homme de Médina Coura «*les femmes doivent éviter le paludisme, une fois la femme d'un ami a accouché, mais son bébé n'a pas survécu, les docteurs nous ont fait savoir que l'enfant souffrait de paludisme. C'est pourquoi je demande aux femmes de tout faire pour ne pas attraper le paludisme*».

## **2.5 - Les composantes de la prise de la SP**

L'analyse de la prise de la SP porte sur les aspects qui la composent. Le premier est l'effectivité de sa prise. Le second est la complétude de sa prise.

Les résultats obtenus quant à l'effectivité de sa prise se fondent à la fois sur l'observation faite par les équipes de collecte, et selon les témoignages des femmes au sortir des CPNR.

## **2.6 - La prise de la SP**

Les observations faites par les équipes de collecte attestent dans la majorité des cas que la SP est donnée aux femmes à l'issue des CPNR. En outre, la SP est prise en présence du personnel médical. L'exception survient pour les femmes qui sont venues en CPNR à jeun. Ce résultat appelle quelques réserves. La première est le biais introduit par la présence de l'équipe de collecte. Celle-ci influence les procédures de par sa présence, et dès lors que le personnel médical se sait observer.

La SP est donnée en majorité par les matrones. La raison est que l'échantillon couvert est principalement constitué de centres de santé communautaires. Ce sont les matrones qui officient surtout à cet échelon de la pyramide sanitaire. L'équipe de collecte a noté que dans les Centres de santé de référence, la SP est prise sous la direction des sages-femmes.

La raison de non prise parce que la femme est à jeun peut être une forme de refus qui doit être davantage documentée. Un prestataire à Koro Bella mentionne ce refus des femmes à adhérer à la prise supervisée, parce qu'elles viennent à jeun en ces termes «*Ici, il ya certaines femmes qui refusent de prendre la SP soi-disant qu'elles n'ont pas mangé avant de venir. Mais, nous leur expliquons que ce n'est pas une raison pour refuser. En plus de cela, nous expliquons l'importance de la molécule ; mais par contre, d'autres la prennent sans problème*». La situation à laquelle le prestataire de Koro-Bella fait allusion, est une esquivance des femmes, qui semble être un refus pur et simple qui exclut l'éventualité d'une prise à domicile, dès lors que la SP n'est même pas acceptée.

## 2.7 - Le caractère gratuit

Les informations recueillies auprès des participants permettent d'affirmer qu'un très grand nombre de femmes reçoivent la SP gratuitement. Pour illustrer ce résultat, de nombreuses participantes aux dyades ont affirmé que « c'est la matrone qui ... donne les trois comprimés, nous ne payons rien » ; « les trois comprimés qu'ils nous donnent sont à zéro franc ».

Les informations recueillies auprès des hommes confirment le caractère gratuit de la SP. Étant donné qu'ils sont responsables des dépenses de santé du ménage ; le caractère gratuit de la SP ne leur a pas échappé. Aux dires du participant B à la dyade de Loulouni, « moi je pense que c'est gratuit, car dès qu'il ya des dépenses, ma femme me fait signe. Mais, pour ça, elle vient et me les montre que c'est la matrone qui le lui a donné ».

Les ruptures de stock peuvent affecter l'accès gratuit à la SP. Dans ces cas, il arrive que le mari soit mis à contribution. « Mon mari a acheté la SP à la pharmacie », déclare la participante B à la dyade femme de Dyou.

## 2.8 - Les avantages de la prise de la SP (les 3 comprimés blancs)

D'après les observations des équipes de collecte, les femmes ne reçoivent pas assez d'informations quant aux avantages de la SP. Les équipes émettent un doute sur la prise convenable des comprimés par les femmes enceintes une fois à la maison. La prise supervisée n'étant possible que lorsque la femme n'est pas à jeun, il s'avère que la plupart des femmes observées au cours de la collecte viennent à jeun aux consultations. En l'absence d'information ou d'explication complète sur les avantages et sur la manière de prendre les comprimés, il existe un risque de non-prise qui peut être préjudiciable pour la santé de la mère et de l'enfant.

L'étude a documenté les deux cas de figure. Les expériences, tout en étant variables, font ressortir des similitudes à la fois pour les personnes à qui la SP et sa prise ont été expliquées et pour celles pour lesquelles cela n'a pas été fait, ou l'a été insuffisamment.

## 2.9 - L'expérience de la prise de la SP expliquée

Les expériences rapportées sur l'explication de la prise de la SP varient de la grande satisfaction à une satisfaction mitigée. Cependant, les femmes qui en bénéficient en tirent toujours un bénéfice certain. Le constat est que le message clé qui est la protection contre le paludisme est toujours nettement perçu.

L'un des témoignages de satisfaction les plus positifs par rapport aux avantages expliqués, a été recueilli au cours de l'étude à Sabalibougou, auprès de la participante A à la dyade femme. Il met l'accent sur les explications avant la prise et; sur le bénéfice ressenti après la prise. Il est le suivant « *Ils nous ont parlé de tous les avantages, avant de nous demander de la prendre. À vrai dire, la SP a plusieurs avantages, comme protéger la femme contre le paludisme. Avant que je ne prenne la SP, je ne me sentais pas bien. Mais après la prise, je me suis sentie bien, et tout va bien de nos jours* »

Le témoignage sur les indications quant à la prise de la SP et à son bénéfice a été fourni par plusieurs participantes aux dyades. Les expériences recueillies à Arabébé et à Médina coura illustrent ce résultat en ces termes « *Quand ils nous donnent le comprimé, ils nous conseillent de les avaler en une seule prise, en signalant que ces comprimés sont efficaces pour traiter le paludisme de la maman et du bébé* ». « *La prise des trois comprimés permet à la femme de ne pas avoir des malaises, surtout la protéger contre le paludisme et son enfant aussi* ».

## 2.10 - L'expérience de la prise de la SP non expliquée

L'étude a permis d'avoir également des informations relatives aux cas dans lesquels la prise de la SP n'a pas été expliquée ou l'a été sommairement; ou encore ceux dans lesquels l'explication était vague ou fantaisiste.

Ce constat a été fait aussi au cours des observations. Il arrive que pour une raison ou pour une autre, le personnel n'explique pas entièrement ou correctement la prise de la SP. Plusieurs facteurs peuvent l'expliquer. L'affluence, l'oubli, la négligence, le non-respect strict des procédures, le déficit de formation ; entre autres, sont à supposer.

La réalité est que certaines femmes enquêtées disent n'avoir reçu aucune information sur les avantages de la SP comme cela a été le cas lors de la dyade à Dyou «*Non, je n'ai eu aucune information sur les avantages de la SP*». Le cas de Benguel est celui de l'information fantaisiste et vague «*La matrone m'a dit que la SP permet d'avoir de l'appétit et de bien manger, et aussi, qu'elle protège l'enfant contre les maladies, bref c'est pour éviter les maladies*»

## 2.11 - Le nombre de prises de la SP

Le nombre de fois que la femme a pris la SP a été demandé au cours des entretiens. La question "Cela fait combien de fois qu'on vous donne la SP?" a été posée. Le but était d'avoir une idée de l'importance de la prise des deux doses ; mais aussi de savoir si ces prises ont été faites aux âges corrects de grossesse indiqués par les normes de l'OMS. Cette information facile à être collectée dans les registres de CPN, l'est moins au cours des entretiens. Cependant, quelques expériences précises ont été rapportées qui en donnent un aperçu.

Selon les résultats, les femmes qui ont reçu une seule dose sont plus nombreuses. Elles se répartissent entre celles qui ne sont pas venues en CPNR à temps, et celles qui n'ont fait qu'une seule CPN et qui ne sont plus revenues. Si certaines femmes sont à leur première expérience à Gourma-Rharous : «*C'est ma première prise pour la SP* », d'autres affirment avoir reçu les 2 doses dans la même localité «*Je l'ai reçu deux fois, la SP* ».

Il est arrivé qu'au sein de la sous-population des femmes ayant accouché il y a six mois, certaines femmes ne se souviennent pas avec précision du nombre de fois qu'elles ont pris la SP. «*Je ne peux rien dire sur ça, je crois que moi je l'ai avalé que deux fois ; si je ne me trompe pas*». Ce défaut de mémoire est compréhensible pour la collecte d'informations rétrospectives.

Les participantes qui ont pu évoquer le nombre de prises ou le manque de prise l'ont fait en mentionnant également les raisons. La participante B à la dyade femme d'Asacotoqua explique pourquoi elle n'a pas reçu de SP lors de sa dernière grossesse «*Vraiment moi je n'ai pas reçu la SP à cause du fait que je me suis rendue à la maternité tardivement au septième mois (rires...)* ». À Boniaba, la participante à la dyade A : «*J'ai eu la première dose pendant mon quatrième mois*». Enfin à Médina-Coura, la participante B dit «*Avant mon accouchement j'ai reçu la SP deux fois, au quatrième et huitième mois* ». Selon un prestataire «*Nous sommes confrontés à des difficultés comme par exemple certaines femmes arrivent à la maternité après quatre mois de grossesse ; ou, souvent, elles sont déjà arrivées à terme de leur grossesse. Dans ce genre de situation, la SP n'est plus efficace.*».

La SP est disponible. Les équipes de collecte affirment avoir rencontré très peu de cas de rupture de stock. Le problème se pose au niveau de la non-fréquentation et/ou de la fréquentation non assidue des centres de santé. Les femmes ne viennent pas au centre de santé pour la CPN. Certaines ne respectent pas les rendez-vous; ce qui fait que plusieurs femmes ne reçoivent qu'une seule dose avant l'accouchement. Certaines ne reçoivent que la première, et d'autres ne reçoivent que la seconde. Là est l'explication partielle de l'inefficacité du traitement préventif intermittent à la SP. La conclusion qui s'impose ici est que, pour le moment, la faiblesse de la fréquentation des structures sanitaires hypothèque l'efficacité du Traitement Préventif Intermittent à la SP.

## 2.12- Les difficultés liées à la prise de la SP

Le nœud gordien de la prise notamment supervisée de la SP réside dans les effets secondaires liés à la prise à jeun des trois comprimés. Aussi bien les prestataires que les femmes enceintes se sont appesantis sur cet aspect. Les prestataires y ont même décelé un argument massue, que les femmes utilisent pour esquiver la prise supervisée de la SP; ou encore, pour refuser de la prendre simplement, dès lors qu'elles savent qu'une fois que les comprimés leur sont remis, leur prise ne dépend plus que d'elles-mêmes.

À Koro Bella un relais explique les motifs de refus des femmes d'accepter la prise supervisée *«La SP c'est en prise unique, en présence de la sage-femme, mais beaucoup de femmes disent au moment de la prise qu'elles n'ont pas mangé ; cela constitue un problème. Mais nous leur conseillons de faire confiance aux agents de santé. Ils ne font que leur donner que de bons médicaments. Beaucoup de femmes ont peur de prendre les médicaments. C'est pourquoi elles disent qu'elles n'ont pas mangé. Les médicaments sont bénéfiques, car la femme enceinte est exposée au paludisme qui est très dangereux pour sa santé»*

Un prestataire de Niafouké analyse également le refus de la prise sous un autre angle. *«Les difficultés se situent à plusieurs niveaux, et dépendent des femmes. Certaines femmes disent ne pas pouvoir prendre la SP à jeun. D'autres disent qu'il leur faut l'autorisation de leurs maris pour qu'elles puissent avaler les comprimés. Il ya aussi des femmes qui, après avoir pris la SP, ont eu des effets secondaires et qui refusent catégoriquement la deuxième prise»*.

Quant aux femmes elles-mêmes, le fait d'avoir déjà expérimenté les effets secondaires corrobore l'analyse ci-dessus faite par le prestataire. L'exemple donné par une femme de Niafouké va dans ce sens. *«Le problème concernant la prise de la SP, c'est généralement le fait d'avalier la SP sans manger. Une fois, lors d'une de mes grossesses, moi-même j'en ai subi les conséquences. J'ai avalé la SP sans avoir mangé, et j'ai fait trois jours couchée souffrant de vertige. Pour cette fois-ci, j'ai bien mangé, et je n'ai eu aucun malaise.»*

Toujours dans le registre des difficultés avec la SP, un prestataire de Niafouké fait cas d'autres types de difficultés rares selon lui, qu'il lui a été donné de voir. *«Il ya des femmes qui réagissent par rapport au goût, faute d'explications claires. Les matrones ne donnent pas toute l'information aux femmes. Mais, ce sont des cas qui arrivent rarement»*.

Néanmoins, plusieurs femmes affirment ne pas avoir des problèmes avec la SP. À Hamzakoma, une femme précise *«Je n'ai eu aucune difficulté avec les trois comprimés»*; la même femme poursuit *«Je n'ai vu aucune femme dire du mal sur la SP, car avant de la donner, ils nous parlent de son utilité. C'est ce que le personnel évoque : son pouvoir de lutter contre le paludisme»*

Une participante de Djenné soutient *«Moi je n'ai eu aucune difficulté avec la SP, car en partant j'ai bien mangé. Pour ce qui concerne les autres femmes, nous ne sommes pas toutes pareilles»*.

À Benguel un homme explique «*Ma femme n'a pas eu de difficulté avec la SP, mais certaines femmes racontent que quand elles n'ont pas mangé, la SP leur donne des vertiges*».

Au-delà de toutes ces difficultés évoquées, certaines femmes se réjouissent de la SP et pensent qu'elle est la solution à tous les problèmes de santé liés à la grossesse. À Koumaira, une femme dit «*Je n'ai jamais entendu une femme parler des difficultés à prendre la SP. Elles disent toutes qu'elles n'en ont eu que des avantages, car dès l'absorption, elles se sentent bien*». Ce témoignage relatif au bien-être ressenti après la prise de la SP, atteste d'une certaine manière que ces femmes couvaient la maladie et, par conséquent, il peut en être déduit que le paludisme sévit à l'état endémique dans la zone.

## **CHAPITRE 3**

### **LA LEVÉE DES OBSTACLES LIÉS À LA PRISE DE LA SP**

Les objectifs spécifiques 6 et 7 suivants de l'étude visent, à partir des résultats obtenus, à déterminer les obstacles à l'utilisation du TPI ; et à documenter les approches et stratégies qui permettent de les réduire.

L'analyse ci-dessus des composantes de la prise de la SP, a identifié les principaux obstacles. Ceux-ci se résument à trois principaux :

- a - l'insuffisance de l'information sur la SP ;
- b - les réticences à la prise supervisée et les refus voilés ;
- c - les effets secondaires.

Dans l'élaboration du contexte de l'étude, référence avait été faite aux analyses du Centre National d'Information, d'Education et de Communication en Santé (CNIECS). Ces analyses retenaient trois obstacles principaux à l'augmentation de l'utilisation du TPI qui sont :

- 1) l'insuffisance de compétences des prestataires ;
- 2) celle de communication interpersonnelle et ;
- 3) le retard des femmes enceintes aux premières visites de soins prénatals.

En outre, un certain nombre de facteurs sont identifiés comme étant susceptibles d'être partiellement responsables des niveaux enregistrés dans la prévention du paludisme par le traitement préventif intermittent (TPI) à la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP). Il s'agit entre autres de:

- L'insuffisance d'incitation de la demande des services préventifs de lutte contre le paludisme ;
- L'insuffisance de l'utilisation des services de CPNR par les femmes enceintes ;
- La difficulté d'accès aux produits de prévention et de lutte contre le paludisme, etc.

Les résultats obtenus par la présente étude corroborent dans une large mesure ces obstacles précédemment identifiés par le CNIECS. Lors de la recherche, des questions relatives aux approches et stratégies de réduction des obstacles liés à l'utilisation de la prévention par le TPI à la SP ont été posées. Les réponses obtenues sont utilisées dans la présente section pour suggérer des pistes pour la levée des obstacles constatés. Les résultats obtenus auprès des différentes cibles, permettent également de résumer les solutions qu'elles proposent pour améliorer la fréquentation des centres de santé pour les CPNR et par ricochet l'utilisation du TPI à la SP.

Les synthèses des réponses aux 6 questions suivantes posées lors des entretiens individuels et des dyades ont été réparties entre les trois séries d'obstacles ci-dessus mentionnées, afin d'agréger les recommandations faites par les acteurs et bénéficiaires qui se sont prêtés aux entretiens. Pour rappel, les questions sont les suivantes :

- 1 - Que peut-on faire pour que les femmes utilisent mieux la SP ?
- 2 - Selon votre expérience que doit faire le personnel médical pour améliorer l'acceptation de la SP au cours de la CPN ?
- 3 - Que doivent faire les femmes elles-mêmes entre elles pour améliorer l'acceptation de la SP au cours de la CPN ?

- 4 - Selon votre expérience qu'est-ce qui peut motiver les femmes à suivre correctement le TPI à la SP au cours de la CPN ?
- 5 - À votre avis qu'est-ce qui démotivent les femmes à suivre correctement le TPI à la SP au cours de la CPN ?
- 6 - Quelles autres suggestions avez-vous pour que plus de femmes enceintes adhèrent au TPI à la SP au cours de la CPN ?

Les suggestions pour la levée de chacun des obstacles sont présentées ci-dessous.

### 3.1 - L'insuffisance de l'information sur la SP

Toutes les solutions proposées pour combler le déficit d'information partent du principe que l'on peut mieux faire. L'illustration en est donnée par un des prestataires de Bandiagara qui l'analyse de manière très lucide en disant *«ce qui peut démotiver les femmes c'est le fait de ne pas avoir l'information complète sur la SP, et cela peut venir de nous les agents de santé. Par exemple même-moi si on ne m'explique pas bien une chose, je pourrais dire que la chose n'a pas d'importance, mais si je sais qu'elle est importante pour mon bébé, je ferais tout pour avoir la dose»*. Par conséquent, comme le suggère une femme interviewée au sortir de la CPNR *«le personnel médical doit beaucoup informer les femmes pour qu'elles acceptent de se faire consulter et de prendre la SP»*. Il apparaît ainsi que la bonne information et la plus complète possible est le garant de la souscription des femmes au TPI par la SP.

Les bénéficiaires sont conscients qu'il y a un effort de médiatisation comme c'est le cas à Gourma-Rharous où une femme dit *«c'est vrai que le message passe à la télé, mais le personnel médical même doit se déplacer pour aller vers les femmes pour leur donner les informations. De ce fait, elles vont se déplacer pour l'hôpital»*. Un homme de Loulouni fait le même type d'analyse en disant ; *«C'est quelque chose dont les gens parlent à la télé. Tout cela montre que la SP est bonne et qu'elle assure la santé. Cela peut motiver les femmes à se rendre à la maternité pour l'avoir»*. Cependant, un prestataire à Koro Bella soutient que pour motiver les femmes à suivre correctement le traitement à la SP *«...il faut miser sur l'information, la sensibilisation avec l'appui des relais et des leaders communautaires ; ainsi, ça va aller»*.

D'après ces trois analyses, l'adhésion des femmes passe par l'investissement sur l'approche communautaire qui en est la garantie.

Une troisième manière de juguler le manque d'information est ce que nous appellerons la stratégie de conviction par les pairs. Elle se fonde essentiellement sur un effet boule de neige comme l'évoquent les deux suggestions qui suivent *«...que chacun de nous essaye de sensibiliser les autres femmes et, avec l'appui des agents de la santé, peut-être à travers cela les femmes vont venir»* ; ensuite, *«..., que celles qui ont eu la SP peuvent sensibiliser les autres sur les avantages qui, ne sont autres, que la bonne santé pour elles et leurs bébés. D'autant plus qu'elle est gratuite»*.

### 3.2 - Les réticences à la prise supervisée et les refus voilés

L'un des obstacles majeurs identifiés par l'étude réside dans la prise supervisée de la SP. Les stratégies d'esquive voire de refus voilés ont été relevées tout au long de l'étude et dans quasiment tous les sites échantillons. Les questions posées dans le guide d'entretien avaient quelque peu anticipé sur cette réalité. Cependant, c'est l'un des aspects sur lesquels l'étude a enregistré le moins de propositions de solution d'amélioration. Tout se passe comme si les femmes se cantonnent dans leur stratégie d'évitement de la prise supervisée qui, pourtant, est selon la politique nationale, le garant principal de la réussite du TPI par la SP. La seule suggestion enregistrée ne fait que reprendre la solution radicale *« pour que toutes les femmes prennent la SP, les sages femmes doivent tout faire pour que les femmes avalent la SP en leur présence à l'hôpital »*. Le comment est par conséquent absent de l'approche ; alors que c'est lui qui aurait permis une orientation différente. Le défi étant entier, il reste un travail d'approfondissement à faire pour trouver la manière de convaincre les femmes à avaler la dose sous supervision du prestataire. La politique devrait repenser cette option en explorant différentes façon de faire, qui vont au-delà de ce qui est suggéré ci-dessous, et qui peuvent être :

- a - de demander à ce que, systématiquement, le personnel qui assure le suivi de la grossesse donne l'information spécifique aux femmes, sur la nécessité de venir à la CPNR du 4<sup>ème</sup> mois en ayant pris le petit déjeuner ;
- b - de prévoir la prise en charge d'une collation gratuite pour les femmes éligibles pour la SP au cours des CPNR, comme cela se fait pour les donneurs de sang ;
- c - d'envisager une formule de prise supervisée au sein de la famille (conjoint, belle-sœur, belle-tante ou belle-mère), avec si possible, une rétroaction de confirmation ;
- d - de prévoir une supervision d'une compagne de la même localité (famille, concession, quartier, village) avec laquelle la femme serait venue à la CPNR ; et avec laquelle elle a de bons rapports.

À Bandiagara un prestataire propose : *« j'aimerais qu'on fasse la publicité de la SP à la télé comme c'est le cas avec la Planification Familiale, cela serait mieux, car il ya toujours des femmes qui sont dans les fins fonds de la brousse qui ignorent toujours l'existence de la SP ; de ce fait, le mieux serait de faire la promotion de la SP à la radio, à la télé pour qu'elles comprennent l'importance, en plus de tout cela il faut des affiches publicitaires »*

### 3.3 - Les effets secondaires

Les principales raisons qui démotivent les femmes à suivre correctement le TPI à la SP sont les effets secondaires. Lors des dyades de Djenné, il a été rapporté que *« certaines femmes disent que dès qu'elles prennent la SP, elles souffrent de nausée ou de malaises. C'est pourquoi elles n'aiment pas la prendre »*. Un prestataire affirme que *«...les femmes qui ont déjà pris la SP et qui ont été victimes d'effets secondaires peuvent refuser de recommencer avec la prise. Ce sont surtout les effets secondaires qui les démotivent »*. *« C'est par peur de la prise de la SP, car elles leur donnent des vertiges ; c'est pourquoi la moitié des femmes ne vient pas au centre pour la CPNR. Il ya aussi le manque de moyen financier qui les démotivent. Généralement, certaines aussi sont gagnées par la paresse »*.

Les effets secondaires consécutifs à la prise de la SP, seraient une des causes de la non-fréquentation des centres de santé pour la CPNR, selon le dernier témoignage rapporté ci-dessus. Cet argument va à l'encontre des

buts de la politique. Cependant, il interpelle sur l'effort à faire pour la recherche de solution aux effets secondaires suite à l'absorption de la SP par les femmes enceintes ; en particulier celles qui le font à jeun.

La proposition unanime est par conséquent de lever la peur des effets secondaires consécutive à la prise. Le rappel de s'alimenter avant de venir à la CPNR au cours de laquelle la SP sera administrée peut être une approche de préparation à expérimenter.

### **3.4 - L'insuffisance de compétences des prestataires**

La question de la compétence n'a pas été tellement évoquée au cours des entretiens. Elle est déclinée en 2 catégories d'obstacles. La première est la compétence technique intrinsèque des jeunes prestataires à poser les actes comme il faut. Leur manque d'expérience semble être un obstacle sérieux et une source de désertion des centres de santé qui offrent des services de CPNR. *«Ce que je peux dire c'est le fait que maintenant, les jeunes qui font la CPN ne sont pas trop expérimentés. Les vieilles sages-femmes sont plus performantes. Vous pouvez vous faire dire par les jeunes que vous êtes à trois mois de grossesse, alors que souvent la grossesse est à quatre mois»*

Un son de cloche discordant est celui qui met l'accent sur de nouvelles façons de faire. Il établit la différence entre la CPN et la CPNR. *«Le personnel médical ne travaille plus comme avant. Maintenant les CPNR sont meilleures. La différence est qu'avant, les femmes enceintes même celles qui partent en CPN restent longtemps couchées. Aujourd'hui, tel n'est pas le cas. La grossesse n'est plus un problème.»*

La seconde catégorie des questions relatives à la compétence met surtout l'accent sur la qualité de service et notamment l'accueil. *«Le personnel médical doit être patient très observateur et amadouer les femmes, et elles reviendront ; car toute personne à besoin d'attention. Ces manières peuvent beaucoup jouer sur la femme psychologiquement, car souvent les bonnes paroles peuvent guérir la maladie ».*

*«Ce sont les matrones qui doivent tout faire même s'il faut amadouer les femmes pour qu'elles prennent la SP. Les femmes sont différentes. Il y en a qu'il faut forcer pour leur faire prendre la SP »*

L'amélioration de la compétence technique, de la qualité de l'accueil et la mise de l'accent sur l'attention à leur accorder sont mises en exergue comme moyen de surmonter les obstacles regroupés sous l'appellation globale de compétence.

### **3.5 - L'insuffisance de communication interpersonnelle**

Les femmes bénéficiaires ont fait de nombreuses propositions quant à la manière d'améliorer la fréquentation des centres de santé et la prise de la SP à travers la communication interpersonnelle. Dix propositions de solution à cette préoccupation ont fait l'objet de la synthèse. Ces propositions ont été réparties entre trois catégories de solution.

La première est le counseling entre femmes (beaucoup plus dans l'esprit de pairs) pour la fréquentation du centre de santé et l'utilisation de la SP. *«Entre nous-mêmes femmes si nous voyons qu'une d'entre nous ne part*

*pas en CPNR nous devons lui demander d'aller se faire consulté afin de recevoir la SP ; car si elle ne part pas, cela peut lui causer beaucoup de problèmes».*

La seconde catégorie met l'accent sur les conseils relatifs aux avantages à partir de l'expérience vécue. *«Pour que plus de femmes utilisent la SP, le mieux serait que celles qui l'ont déjà utilisé en parlent aux autres surtout sur les bénéfices pour que celles-ci aussi en utilisent».*

La troisième catégorie table sur le bénéfice du mimétisme pour inciter le plus grand nombre de femmes à fréquenter le centre de santé pour la CPNR et pour prendre la SP. *«Les femmes qui ont déjà été à la maternité et qui ont reçu la SP, doivent en parler aux autres pour les inciter à y aller, car les femmes se regardent pour agir».*

### **3.6 - Le retard des femmes enceintes aux premières visites de soins prénatals**

Le retard des femmes aux premières visites prénatales a été souvent évoqué au cours de l'étude. Plusieurs types de retard ont été identifiés. Trois principales raisons sont à la base de ces retards. Il s'agit du :

- retard dû au fait que la grossesse de la femme ne lui pose aucun problème. Par conséquent, elle ne ressent pas le besoin d'une consultation prénatale ;
- retard pour raison économique ; la femme attend d'avoir les frais de déplacement pour se rendre en CPN ;
- le retard par négligence : la femme reporte toujours l'évènement, quand bien même elle en ressent la nécessité.

Ces retards font qu'au-delà du 4<sup>ème</sup> mois, la femme ne peut dans le meilleur des cas, recevoir qu'une seule dose de SP. Dans le pire des cas, elle ne peut recevoir aucune dose, lorsqu'elle se rend au centre de santé presque pour accoucher.

En outre, ces retards sont à la base d'une sous fréquentation des centres de santé pour raisons curatives et non préventives. Dans une telle logique, il est difficile d'obtenir des résultats probants quant à la mise en œuvre d'une politique comme celle de la prévention du paludisme par le TPI à la SP.

Au cours des entretiens, très peu de solutions ont été proposées pour juguler ces retards, alors que tous les acteurs les déplorent, et que la politique vise justement à ce qu'il n'y en ait plus. Ce que l'on enregistre à propos des retards est plus à ranger dans la catégorie des recommandations que dans celle des solutions. Elles mettent l'accent sur la fréquentation et le respect des rendez-vous. *«La femme dès qu'elle a un retard d'un mois, doit se rendre rapidement au centre de santé pour une prise en charge rapide. Que les docteurs n'oublient pas de donner la SP aux femmes enceintes, que les femmes aussi n'oublient pas de prendre la SP»*

### **3.7- L'insuffisance d'incitation de la demande des services préventifs de lutte contre le paludisme**

Le sentiment que la demande n'est pas assez suscitée chez les femmes est ressenti aussi bien par les femmes interrogées au sortir des CPNR que chez leurs conjoints. *«Les agents de santé doivent sensibiliser les femmes sur les bienfaits de la SP après sa prise, le bonheur et la bonne santé qu'elle leur procure ; car elle lutte contre le paludisme chez la femme et son bébé».* Les conjoints témoignent et mettent l'accent sur la nécessité d'une

plus grande fréquentation des centres de santé pour la consultation prénatale. *«Ce sont les docteurs qui doivent s'investir pour que les femmes se rendent en CPN et bénéficient de la SP. En plus de tout cela, qu'il y ait une équipe de supervision pour contrôler le travail des docteurs et la prise de la SP par les femmes ; sinon les femmes partent quand même au centre de santé. Moi, ma première femme, c'est lors de sa première maternité qu'elle ne s'est pas rendue régulièrement à la maternité ; sinon, pour les autres grossesses, elle a suivi la CPN régulièrement et elle conseille même celles qui ne partent pas. Si ces dernières refusent, elle fait recours à moi pour que je dise à ces femmes d'y aller».*

De ce constat, ces deux groupes disent que l'effort à faire doit l'être par les prestataires par le biais de sensibilisation, par un engagement et une attention particulière à accorder aux femmes. Ils suggèrent qu'il y ait une supervision *"pour contrôler le travail des docteurs et la prise de la SP par les femmes"*

Dès lors qu'ils en perçoivent l'importance et le bénéfice, les hommes deviennent les incitateurs à aller à la CPNR. Il devient par conséquent important *«... de rappeler aux femmes de se rendre à la maternité pour la CPN, par exemple moi c'est mon mari qui m'a dit de me rendre en CPN. Beaucoup ne savent pas qu'elles doivent se faire consulter lors de leurs grossesses».* En dehors du conjoint, des stratégies de conviction par les pairs ont été envisagées et suggérées.

Néanmoins, il reste un groupe particulièrement délicat qu'il faut adresser avec une stratégie spécifique. C'est celles des femmes à qui leur grossesse ne pose pas de problème particulier en termes de santé, et qui, par conséquent, ne ressentent pas la nécessité d'aller à la CPNR. *«Je ne sais pas pourquoi ces femmes se démotivent pour la prise de la SP, mais si tu demandes à certaines, elles te disent qu'elles n'aiment pas les comprimés. Certaines aussi disent qu'elles ne souffrent de rien donc de ce fait elles ne vont pas prendre des comprimés».*

Les stratégies d'incitation devraient inclure davantage les hommes et cibler les femmes à qui une grossesse ne pose pas de problème de santé particulier.

### **3.8 - L'insuffisance de l'utilisation des services de CPNR par les femmes enceintes**

De nombreuses raisons motivent l'insuffisance de fréquentation des services de CPNR. L'une de celles qui sont les plus souvent avancées est le manque de moyens, notamment financier. Une femme sortie de CPNR à Hamzakoma y fait référence en soutenant que *«c'est le manque de moyens financier qui empêche certaines femmes de venir se faire consulter ; car si tu n'as pas d'argent, tu ne peux même pas acheter tes médicaments. Pour certaines femmes, le fait même de venir à l'hôpital ne leur est pas facile».*

Le point de vue d'un relais est que *«Pour que les femmes se rendent en grand nombre dans les structures de santé pour la CPNR, il faut l'implication des hommes et des leaders communautaires. La sensibilisation pour plus de mobilisation vers les centres de santé pour bénéficier de la SP passe par là».*

L'implication des hommes a un double intérêt pour améliorer le niveau d'utilisation des services de CPNR. En tant que chargés de couvrir les dépenses de santé de leurs conjointes et de leur progéniture, ils ont intérêt à ce que ce poste demeure le moins dispendieux possible. Par conséquent, ils veilleront à ce que les femmes fréquentent

mieux les services de CPNR. Le second intérêt de leur implication est la supervision à domicile qu'ils peuvent exercer sur les femmes, pour s'assurer qu'elles prennent effectivement les trois comprimés blancs donnés gratuitement.

### **3.9 - La difficulté d'accès aux produits de prévention et de lutte contre le paludisme**

La rupture de stock est un facteur important qui contribue à ne pas utiliser correctement le traitement à la SP. À Bandiagara, un prestataire s'explique en ces termes *«actuellement nous n'avons plus de médicaments gratuits à notre niveau. Mais, d'habitude, nous leur donnons la SP, le Fer et aussi le kit paludisme (qui contient la seringue le perfuseur, le sérum glucosé, le quinimax injectable et oral) pour les femmes enceintes. Tout cela n'est pas disponible, car nous sommes en rupture de stock pour tous les médicaments y compris les moustiquaires. Mais celle qui est de garde vend la SP aux femmes au prix de deux cents francs CFA. Le fait que nous vendons la SP c'est toujours pour encourager les femmes à la prendre, qu'elles ne jettent pas les ordonnances au sortir de la maternité et ; en dernière analyse, même qu'elle ne la prenne pas. La rupture des médicaments est temporaire, mais pour cette fois-ci cela a un peu duré. Même au niveau du CSREF il ya manque de stock, mais je ne sais pas si c'est aussi au niveau régional»*

Les solutions aux difficultés d'accès à la SP passent essentiellement par le personnel médical. Dans la plupart des localités couvertes, aussi bien que les femmes au sortir de la CPNR, que celles qui ont participé aux dyades ; ou encore le personnel médical lui-même ; s'attend à ce que ce soit ce dernier qui trouve des alternatives au manque de SP. *«Le personnel médical doit faire tout, même si le médicament ne se trouve pas à son niveau, qu'il en cherche et le mette à la disposition des femmes»*. *«J'aimerais que les agents sanitaires s'investissent pour qu'il n'y ait pas de rupture de stock de SP, car le médicament est très important pour la santé des femmes enceintes. Il doit faire en sorte que toutes les femmes qui viennent en CPNR bénéficient des 2 doses»*. *«Pour qu'il y ait une mobilisation, il faut que... la SP soit disponible à tout moment au niveau des centres de santé»*.

### **3.10 - La synthèse des recommandations relatives à la levée des obstacles**

- 1 - Il apparaît que la bonne information et la plus complète possible est le garant de la souscription des femmes au TPI par la SP.
- 2 - L'adhésion des femmes passe par l'investissement sur l'approche communautaire qui en est la garante.
- 3 - La stratégie de conviction par les pairs permet de juguler le manque d'information.
- 4 - La proposition unanime est de lever la peur des effets secondaires consécutive à la prise de la SP.
- 5 - L'amélioration de la compétence technique, de la qualité de l'accueil des bénéficiaires et la mise de l'accent sur l'attention à leur accorder sont mis en exergue comme moyen de surmonter les obstacles regroupés sous l'appellation globale de problèmes de compétence.

- 6 - L'amélioration de l'information pour la fréquentation du centre de santé et l'utilisation de la SP passe par le counseling entre femmes qui se fera dans un esprit entre pairs.
- 7 - La communication interpersonnelle doit être valorisée en mettant l'accent sur les conseils relatifs aux avantages, notamment à partir de l'expérience vécue.
- 8 - Dès lors qu'ils en perçoivent l'importance et le bénéfice, les hommes deviennent les incitateurs à aller à la CPNR. Par conséquent, les stratégies d'incitation devraient inclure davantage les hommes et cibler les femmes à qui une grossesse ne pose pas de problème de santé particulier.
- 9 - Les solutions aux difficultés d'accès à la SP passent essentiellement par le personnel médical.

## **CHAPITRE 4**

### **CONTRIBUTIONS DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS**

Dans la détermination des échantillons à couvrir, l'étude avait prévu d'interviewer les responsables administratifs du niveau national. Pour ce faire, 6 entretiens approfondis avaient été prévus avec les responsables du programme national de lutte contre le paludisme (PNLP), du Centre national d'information, d'éducation et de communication en santé (CNIECS) et de la direction de la pharmacie populaire du Mali (DPM). Le choix méthodologique avait été fait d'achever l'exploitation et l'analyse des données aussi bien qualitatives que quantitatives, avant d'identifier les questions à poser à ces responsables. L'idée derrière ce choix était de ne pas avoir des interviews sur la politique telle que définie dans les documents officiels; mais sur des résultats issus de la mise en œuvre de la politique sur le terrain. Cette procédure a été respectée. Un guide d'entretien a été conçu à cet effet. Il a fait l'objet de validation auprès des responsables de l'étude à ATN Plus. L'équipe de recherche a fait un dernier arbitrage avant la collecte. Les résultats ci-dessous sont issus de l'analyse de ces données.

#### **4.1 - Gestion de l'insuffisance de l'information sur la SP**

Le résultat relatif à l'insuffisance de l'information sur la SP provient de deux sources. Les bénéficiaires et les prestataires. Parmi eux, certains ont mentionné le fait qu'ils n'avaient pas suffisamment d'information quant à la SP et notamment à sa prise. Spécifiquement, les aspects relatifs aux effets secondaires lors de la prise à jeun. La question qui a été posée aux responsables administratifs cherche à documenter ce résultat. L'information dont il est question ici est celle qui est orientée vers toutes les cibles qui sont actrices dans la politique de gratuité et la prise supervisée de la SP.

Les responsables administratifs reconnaissent dans leur majorité l'insuffisance de l'information sur la SP. En outre, ils ont l'information sur les lacunes "Les prestataires n'insistent pas trop sur la prise supervisée au cours des CPN ni sur les avantages pour que les femmes comprennent et acceptent de prendre la SP. Les comprimés sont souvent donnés sans explication. " Ils sont également conscients de ce qui manque (C) ". Il y a une insuffisance d'information de la population sur la gratuité de la SP... Il y a aussi une faiblesse dans la communication interpersonnelle qui affecte sa prise. Notamment, lorsqu'elle est faite de façon sommaire et lorsqu'elle n'est pas de qualité, ceci n'amène pas la femme enceinte à une meilleure prise de décision (D)". Une dimension structurelle de cette insuffisance est selon D que "... les soins ne sont pas centrés sur les besoins individuels des femmes enceintes comme signalé dans le document de CPNR." L'augmentation de la fréquence des causeries avant la CPNR aurait probablement aidé à améliorer l'expression des besoins des femmes selon C " Les causeries éducatives ne sont pas faites régulièrement. Souvent, c'est une causerie tous les trois mois." L'analyse de S porte à la fois sur les aspects des effets secondaires ; mais aussi et surtout sur le fait que les prestataires eux-mêmes ne sont pas suffisamment formés pour à la fois maîtriser les dangers encourus par la prise de la SP et donner une information convaincante aux femmes enceintes. Ses propos sont les suivants "L'insuffisance d'information favorise la réticence, car les femmes ne savent pas quand et comment prendre le produit donc cela accentue (la crainte des) les effets secondaires (qui) entraîne un plus (grand refus) la fois (suivante).

Les prestataires ne maîtrisent pas les dangers encourus par les femmes... donc elles fournissent peu d'efforts pour convaincre les femmes enceintes ; surtout si elles ne sont pas formées, donc elles auront peu d'arguments pour convaincre ou pour aider la femme enceinte à surmonter les difficultés

Néanmoins, B affirme que "Beaucoup d'efforts ont été fournis dans ce sens. Les informations sont données à travers les radios et les différentes formations." À son avis, "L'insuffisance peut concerner les zones les plus reculées", alors que K affirme qu'"Elle est liée à une insuffisance du plan de communication" lui-même.

#### 4.2 - Production d'information adéquate sur la prise supervisée

Le constat à partir des résultats est que l'information disponible sur les registres de CPN ne renseigne pas sur la prise supervisée de la SP. Les colonnes première ou deuxième dose sont juste cochées pour indiquer plutôt que la SP a été donnée à la femme enceinte. Dans les registres d'accouchement, il n'y a pas d'antécédents qui indiquent que la femme a reçu ou non la SP au cours de la grossesse. Par conséquent lorsque survient l'effet du paludisme sur la grossesse en termes de complication ou lorsqu'un cas de paludisme post-partum se manifeste, il y a un manque d'information sur les antécédents qui ne favorise pas la meilleure prise en charge possible. L'on ne dira jamais assez l'importance de l'information sur les antécédents pour résoudre les cas critiques dans le domaine médical, notamment dans la reproduction. Le constat basé sur les résultats de l'étude révèle la nécessité d'actualiser les supports d'enregistrement des formations sanitaires pour prendre en compte l'aspect effectif de l'administration d'un produit tel que la SP au cours de la grossesse. Ce n'est que de cette manière que la mise en œuvre de la politique peut être valablement mesurée. Les responsables administratifs dans leur majorité ne s'y sont pas trompés. Comme le soutien B "Avec l'avènement de la CPNR des outils de suivi ont été élaborés. Les informations sont aussi renseignées dans le rapport du Système local d'information sanitaire (SLIS), mais il faut un suivi régulier pour le remplissage de ces supports et envisager la révision du registre de CPN pour inclure une colonne sur la prise supervisée ; souvent, les prestataires donnent les comprimés de SP à la femme pour l'avalier à la maison et coche dans la colonne comme si la femme a pris les comprimés" Le renforcement des compétences, du suivi interne au niveau des structures, de la communication de masse et de la communication individuelle au niveau des structures, l'élaboration des directives sur la SP, sont quelques-unes des mesures préconisées entre autres par les responsables administratifs pour que l'information à propos de la SP soit adéquate et produise l'effet d'une plus grande acceptation et utilisation.

#### 4.3 - Gestion des réticences à la prise supervisée

De nombreux cas de réticence ont été rapportés quant à la prise supervisée de la SP au cours de l'étude, à telle enseigne que certains prestataires parlent de refus voilés. La question a par conséquent été posée aux responsables administratifs pour savoir comment il a été envisagé de gérer les cas de réticence. Les réponses mentionnent deux approches. La première fait état de ce qui a été fait. Parmi ces stratégies figurent la batterie des traditionnelles méthodes d'information et de sensibilisation comme le rapporte B "... il y a eu la sensibilisation des bénéficiaires à travers les causeries éducatives, les sketches à la radio et à la télévision sur les conséquences du paludisme sur la grossesse. (B)" Dans le domaine de ce qui reste à faire, plusieurs aspects sont suggérés. La préoccupation en direction des femmes est de "Mieux organiser les services pour que les femmes n'attendent pas trop (K)", et de "demander aux femmes de manger avant de venir à la consultation (C)". Les responsables administratifs proposent aussi des solutions logistiques pour faciliter la prise

supervisée de la SP. Dans cet ordre d'idée intervient la mise "en place de matériel nécessaire pour la prise supervisée (bol, eau, etc.) (K)" ; et celle "des boîtes de SP dans la salle de CPN pour faciliter la prise supervisée (D)". En revanche, comme l'évoque D "Pour certaines difficultés telles que l'absence de bol ou de source d'eau potable, il a été demandé aux structures de trouver une solution locale". Cette dernière solution est probablement celle qui aura le plus de mal à être réalisée par les structures, notamment si elles ne sont pas dotées de source d'eau potable. Enfin, il est prévu de "Faire le feed-back au cours des supervisions (D)" pour apporter des réponses appropriées aux difficultés de réticence à la prise supervisée. Qu'est-ce que cette rétroaction va produire? En quoi et de quelle manière elle va aider à gérer les cas de refus. Ce sont là quelques questions pour lesquelles il est difficile d'apporter une réponse à ce stade. L'analyse des résultats des supervisions et de leur suite aidera certainement dans ce sens.

#### **4.4 - Gestion des effets secondaires**

Les effets secondaires ont été l'aspect le plus évoqué pour expliquer l'esquive ou le refus voilé de la prise supervisée de la SP. À la suite de ce résultat, il convenait de documenter par l'interview des responsables administratifs, les dispositions particulières qui ont été prises pour gérer les effets secondaires, soit dans le sens de les minimiser ou de les circonscrire.

- Une première information indique que "La prise en charge des effets secondaires est décrite dans les directives de prise en charge (D). Apparemment, ce document n'est pas largement diffusé. En outre, son contenu ne doit pas souvent être mis en œuvre. À moins qu'il y ait une volonté délibérée des praticiens à l'ignorer. Une appréciation sur ce qui a été fait précise qu'" Il y a des préjugés concernant les effets secondaires. Beaucoup d'informations ont été données à ce sujet : manger avant de venir au centre ou manger dès la prise du médicament. Les effets secondaires attendus sont expliqués aux femmes enceintes et il n'y a pas beaucoup d'effets secondaires liés à prise de la SP (B)". Il reste que la rumeur répandue à travers la communication interpersonnelle est assez forte dans les sociétés à tradition orale. Elles peuvent annihiler les efforts déployés pour sensibiliser les femmes avec la vraie information.

Dans l'objectif d'offrir une compétence dans la gestion des effets secondaires, D rapporte que "Tous les prestataires de tous les districts sanitaires ont reçu une journée d'information sur la prise en charge des effets secondaires des antipaludiques". Des mécanismes de surveillance et de contrôle de la qualité ont été décrétés. Ils se sont traduits entre autres par "La mise en place d'un système de pharmacovigilance, pour la notification des cas et leur prise en charge" ; et l'instauration du contrôle de la qualité des médicaments avant de les mettre sur le terrain.

#### **4.5 - Qualification et amélioration des compétences des prestataires**

En termes de ce qui a été fait pour donner une qualification aux prestataires, B décrit les étapes suivantes : "Les modules et les algorithmes de formation ont été élaborés. Une affiche sur la prise supervisée de la SP a été élaborée avec l'appui d'ATN plus, et mise à la disposition des prestataires. Plusieurs formations ont été organisées sur quand administrer la SP, le dosage et comment administrer". Les propos de C complète en ces termes " Les prestataires sont déjà qualifiés en matière de CPN. Ils ont été formés dès le changement de politique avec l'introduction de la SP. Ils sont aussi supervisés ; cependant, ces supervisions sont menées de façon irrégulière. Par ailleurs, la prise supervisée n'est pas liée à la qualification de l'agent, mais aux conditions de travail et à la perception des femmes." "La mise à disposition de l'équipement adéquat. (K)"

#### **4.6 - Stratégies en matière de CIP**

Malgré le fait que D dise qu'"Il n'existe pas une stratégie spécifique de CIP pour la SP, et qu'elle intègre celle qui a été développée pour la CPNR". ; S affirme que "Généralement les femmes sont informées à travers les

causeries, mais le personnel doit être formé pour leur donner l'information en tête à tête. Dans ce cas elles peuvent être mieux édifiées sur les difficultés qu'elles rencontreront". La recommandation selon B est que "...lors des CPN il a été demandé aux prestataires de fournir aux femmes enceintes toutes les informations concernant la SP avec des affiches à l'appui".

#### **4.7- Faible fréquentation des CPN**

La question ayant trait au peu de recours des femmes aux services de CPNR est celle qui a eu le moins de réponses. Pour D "La promotion de la SP est affectée par la faible utilisation du système suite à certains facteurs tels que le taux élevé des prestations et souvent la qualité des soins. Donc il faut minimiser les coûts de la CPN, revoir encore le paquet de soins à offrir et renforcer la supervision surtout interne". De l'avis de C "L'élaboration de messages sur la fréquentation précoce des centres de santé et l'importance de faire les 4 CPN" aurait des chances d'augmenter la fréquentation de CPN. Un accent est mis sur le rôle des relais par B qui dit en substance "Les relais aussi ont été formés pour sensibiliser les femmes à fréquenter les services de CPN. L'approche des soins essentiels dans la communauté est aussi une stratégie qui est en cours". "Ce médicament est souvent donné par les AS ou les relais là où ils sont formés". Cette dernière stratégie peut réorienter le programme consacré aux communautés.

#### **4.8 - Retards aux premières CPN**

Les résultats mettent en exergue le retard à la première consultation. La proposition faite par K est d'"Utiliser les relais communautaires au cours des soins essentiels pour sensibiliser les femmes enceintes à venir tôt à la CPN". "Les prestataires formés connaissent les avantages de la prise de SP et doivent insister sur cet aspect au cours des causeries éducatives" affirme B. Il poursuit en disant "Si les femmes sont informées sur la période pour prendre la SP, cela éviterait les retards. Celles qui viennent en retard qui ne pourront pas bénéficier des deux doses elles sont conseillées de dormir sous la moustiquaire imprégnée d'insecticide".

#### **4.9 - Promouvoir et susciter la demande préventive**

De quelle manière l'insuffisance d'incitation de la demande des services préventifs de lutte contre le paludisme affecte-t-elle la politique de promotion de la SP ?

" Si les femmes ne viennent pas, il faudra chercher d'autres causes qui ne sont pas liées à la prise de la SP. Même si ces causes existent elles sont minimes. Dans ce cas, il faudra renforcer la sensibilisation" selon B. "Les résultats escomptés ne seront pas atteints" estime D. "La protection souhaitée pour les femmes enceintes ne le sera pas non plus". "Les conséquences du paludisme sur la grossesse seront toujours présentes ce qui va jouer sur le taux de mortalité maternelle lié au paludisme".

#### **4.10 - Accès aux produits de prévention**

L'amélioration de l'accès aux produits de prévention et de lutte contre le paludisme dans le cadre de la CPNR passe par leur disponibilité permanente. Outre les formations, recyclage et autre nécessité logistiques, la sensibilisation des maris et des personnes influentes (belles mères, tantes....) est recommandée par C. "Le maintien de la gratuité de la SP" selon K et "...une meilleure implication des AS et des relais dans la sensibilisation" est un gage de réussite dit S.

#### 4.11 - Méthodes de suivi et leur amélioration

Il ressort des résultats que la non-consignation de la prise supervisée de la SP lors des CPNR (ne serait-ce que dans la colonne observation des registres de CPN), est un des obstacles au suivi des prestations objet de politique de gratuité telle que la SP et la Moustiquaire imprégnée longue durée (MILD).

"Il existe également des données de la surveillance épidémiologique sur le palu qui n'offrent pas d'informations sur la prise supervisée" affirme C. "La prise supervisée n'existe pas dans le registre de CPN parce que seule l'observation permet de voir" soutien K. "La prise supervisée ne peut être évaluée que par observation directe ou par enquête ; dans ce cas, ce n'est pas pertinent d'ajouter une colonne uniquement<sup>2</sup> pour la prise supervisée dans les supports. Il existe déjà dans le registre de CPN les colonnes pour la 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> dose de SP". En termes d'innovation liée à la technologie, K fait référence à "Un support de collecte élaboré et testé dans la région de Ségou et le district de Bamako. C'est un support électronique qui permet de voir la complétude et promptitude des données et prend en compte la SP".

#### V - Conclusion

La présente étude s'était assigné sept objectifs spécifiques et elle s'attendait à parvenir à six résultats prédéfinis.

Les objectifs ont dans l'ensemble été atteints. L'étude a pu mesurer la connaissance de la CPNR auprès des femmes enceintes. La nuance dans la connaissance portait sur l'aspect recentré qui a pu être mis en exergue par les femmes interviewées. Les informations sur le comportement des prestataires au niveau des formations sanitaires lorsqu'ils fournissent la SP a été observé. Il a également été discuté avec les prestataires eux-mêmes. Les scores malgré leur faiblesse suite aux observations opérées, mettent en évidence les points forts déjà acquis, et ceux sur lesquels un besoin d'investissement complémentaire est nécessaire.

L'examen du comportement et le recueil des avis des femmes bénéficiaires quant à la prise supervisée de la SP dans le cadre du TPI a mis en évidence les aspects sur lesquels des stratégies novatrices doivent être élaborées pour améliorer l'acceptation et la prise. Les composantes de la prise supervisée doivent être adressées de manière systématique dans leur organisation structurelle, logistique et dans leur application. À cet effet, la prise supervisée au niveau communautaire devrait être envisagée là où elle n'existe pas ; renforcée et améliorée là où elle est déjà pratiquée.

De manière générale, la mise en oeuvre de la politique de la gratuité a été explorée par l'étude. Les aspects de collecte et de valorisation des résultats de la mise en oeuvre apparaissent comme étant ses maillons faibles. Les obstacles identifiés en matière structurelle, organisationnelle et logistique limitent jusqu'à présent la connaissance systématique des niveaux d'efforts produits et de résultats obtenus. Les contributions des responsables administratifs jettent un éclairage sur les approches et stratégies potentielles qui peuvent réduire les obstacles à l'utilisation de la prévention par le TPI à la SP. Elles devraient être traduites en stratégies pour action.

Au niveau des résultats attendus, comme il est dit ci-dessus, aussi bien les approches novatrices que les moyens pour améliorer les résultats du TPI ont été identifiés. La mise en oeuvre appropriée sur le terrain des recommandations et facteurs qui motivent l'utilisation dans le sens de la durée est le gage de meilleurs résultats pour la politique du TPI à la SP.

#### IV - Bibliographie

- 1 - Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) et Macro International Inc. 2007. *Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006*. Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et Macro International Inc.
- 2 - Ministère de la Santé, secrétariat général, programme national de lutte contre le paludisme, politique nationale de lutte contre le paludisme au Mali - Document sans date
- 3 - République du Rwanda, Ministère de la Santé - Programme élargi de vaccination, fiches techniques PEV, OMS, PEV, juillet 2006 - page 23)
- 4 - Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), INFO-STAT et ICF Macro. 2010. *Enquête sur la prévalence de l'Anémie et de la Parasitémie palustre chez les enfants (EA&P) au Mali 2010*. Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et ICF Macro.

## ANNEXES : Outils de collecte

**SCREENING**

**FOCUS GROUPS ET ENTRETIENS APPROFONDIS**

N°	QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSE
1 #	Catégorie avec laquelle l'entretien est conduit :  Si Prestataire : ENREGISTREZ LE N° DE TÉLÉPHONE :	Prestataire 1 Bénéficiaire 2 Acteur Social 3
2 #	Nom : _____  Prénom(s): _____  Sexe: Femme #_1 - Homme #_2	_____ NOM DE LA LOCALITÉ <b>FG N°: _____</b> <b>EA N°: _____</b>
3 #	Depuis combien de temps vivez-vous dans cette localité (ville/commune/village/quartier) ?	Depuis toujours 1 Plus de 2 ans 2 Entre 1 et 2 ans 3 Moins d'un an 4
4 #	Age (En année)	<input type="text"/> <input type="text"/>
5 #	Source	Acte de Naissance 1 Carnet de famille 2 Pièce d'identité 3 Déclaration de l'enquêté(e) 4 Estimation de l'enquêteur 5
6 #	Statut Matrimonial	<b>Célibataire 1</b> <b>Fiancé(e) 2</b> <b>Promise 3</b> En union - cohabitation 4 Marié(e) monogame 5 Marié(e) Polygame 6 Divorcée 7 Séparée 8 Veuf ou veuve 9
7 #	Rang dans le mariage	1ere Épouse 1 2eme Épouse 2 3eme Épouse 3 4eme Épouse + 4
8 #	Nombre total d'enfants <b>ENQUÊTEUR : ENREGISTREZ LE NOMBRE TOTAL D'ENFANT DE L'ENQUÊTÉ(E)</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>
9 #	Nombre d'enfants vivants <b>ENQUÊTEUR : ENREGISTREZ LE NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS DE L'ENQUÊTÉ(E)</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>
10 #	Région	Région de Sikasso 3 Région de Mopti 5 Région de Gao 6 District de Bamako 9
11	Êtes-vous allé à l'école?	OUI 1

**SCREENING**

**FOCUS GROUPS ET ENTRETIENS APPROFONDIS**

N°	QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSE
#		NON 2⇒14
12 #	Quelle est le niveau le plus élevé que vous avez atteint ?	Primaire A Secondaire B Supérieur C
13 #	Quelle est la dernière classe que vous avez achevée ? <b>ENQUÊTEUR : ENREGISTREZ LA CLASSE EN CHIFFRE</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> NSP 88
14 #	<b>ENQUÊTEUR : VÉRIFIZ QUESTION 07 SI NOMBRE TOTAL D'ENFANT DIFFÉRENT DE 0, ALORS POSEZ LA QUESTION SUIVANTE :</b>  <b>FEMME :</b> Avez-vous déjà fait au moins une consultation prénatale pour votre dernière grossesse ou la grossesse actuelle ?  <b>HOMME :</b> Votre conjointe a-t-elle déjà fait au moins une consultation prénatale pour sa dernière grossesse ou la grossesse actuelle ?	OUI 1 NON 2⇒20 ÉLIGIBILITÉ
15 #	À quand remonte votre dernière grossesse ?  <b>FEMME :</b> À quand remonte votre dernière grossesse ?  <b>HOMME :</b> À quand remonte la dernière grossesse de votre conjointe?  <b>ENQUÊTEUR : ENREGISTREZ L'ANNÉE – METTEZ 00 POUR GROSSESSE ACTUELLE</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> NSP 88
16 #	<b>FEMME :</b> Combien de CPN avez-vous fait pour votre dernière grossesse ou pour la grossesse actuelle ?  <b>HOMME :</b> Combien de CPN votre conjointe a-t-elle faite pour sa dernière grossesse ou pour sa grossesse actuelle ?	NOMBRE DE CPN <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 88
17 #	<b>FEMME :</b> Dans quel établissement de santé avez-vous fait votre CPN la dernière fois ?	CSCOM 1 Clinique privée - Parapublic 2 CSRéf 3

**SCREENING**

**FOCUS GROUPS ET ENTRETIENS APPROFONDIS**

N°	QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSE
	<b>HOMME :</b> Dans quel établissement votre conjointe a-t-elle faite sa CPN la dernière fois?	Hôpital 4 À l'étranger 5 Autre (Précisez) 9
18 #	<b>FEMME :</b> À quel âge de grossesse avez-vous fait votre première CPN ?  <b>HOMME :</b> À quel âge de grossesse votre conjointe a-t-elle faite sa première CPN ?  <b>ENQUÊTEUR :</b> CONVERTISSEZ L'ÂGE DE LA GROSSESSE EN SEMAINE MEME SI DÉCLARÉ EN MOIS	ÂGE GROSSESSE 1 <sup>ère</sup> CPN  <input type="text"/> <b>NSP</b> <b>88</b>
19 #	<b>FEMME :</b> À quel âge de grossesse avez-vous fait votre dernière CPN ?  <b>HOMME :</b> À quel âge de grossesse votre conjointe a-t-elle faite sa dernière CPN ?  <b>ENQUÊTEUR :</b> ENREGISTREZ L'ÂGE DE LA GROSSESSE EN MOIS - METTEZ 00 POUR DERNIÈRE CPN NON ENCORE FAITE POUR GROSSESSE ACTUELLE	ÂGE GROSSESSE CPN FINALE  <input type="text"/> <input type="text"/> <b>NSP</b> <b>88</b>
20 #	<b><u>ÉLIGIBILITÉ POUR L'ENQUÊTE AUPRÈS DES FEMMES QUI ONT UN ÂGE DE GROSSESSE ≥ À 4 MOIS OU AYANT ACCOUCHE IL Y A MOINS DE 6 MOIS</u></b>  SI ÂGE COMPRIS ENTRE 15 – 49 ANS SI QUESTION 14 = 1 (A déjà fait au moins une CPN)  ALORS L'ENQUÊTÉE EST ÉLIGIBLE POUR LE GROUPE DE FEMMES AYANT UN ÂGE DE GROSSESSE ≥ À 4 MOIS OU AYANT ACCOUCHE IL Y A MOINS DE 6 MOIS	
21 #	<b><u>ÉLIGIBILITÉ POUR L'ENQUÊTE AUPRÈS DES HOMMES DONT LES FEMMES ONT UN ÂGE DE GROSSESSE ≥ À 4 MOIS OU AYANT ACCOUCHE IL Y A MOINS DE 6 MOIS</u></b>  SI L' ÂGE DE LA CONJOINTE EST COMPRIS ENTRE 15 – 49 ANS  SI QUESTION 14 = 1 (A déjà fait au moins une CPN)  ALORS L'ENQUÊTÉ(E) EST ÉLIGIBLE POUR L'ENQUÊTE AUPRÈS DES HOMMES DONT LES FEMMES ONT UN ÂGE DE GROSSESSE ≥ À 4 MOIS OU AYANT ACCOUCHE IL Y A MOINS DE 6 MOIS	
	<b><u>ÉLIGIBILITÉ POUR LES ENTRETIENS APPROFONDIS</u></b>	
22 #	<b><u>AFFECTEZ A L'ENQUÊTÉE LE CODE INSCRIT DANS LE RECTANGLE CI-DESSOUS (IDENTIFIER CODE)</u></b>	

**FG\_ N° \_\_ SP\_PTE**

**EA\_ N° \_\_ SP\_PTE**

Les obstacles

(I) à la Sulfadoxine Py

**SCREENING**

**FOCUS GROUPS ET ENTRETIENS APPROFONDIS**

N°	QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSE
	<p style="text-align: center;"><b><u>LIRE LES CODES COMME CI-DESSOUS:</u></b> FG_ N° __ GC_PTE ____ : Focus Groups N° __ SP_ Participante                                   A ou B ou C, etc. EA_ N° __ GC_PTE ____ : Entretien Approfondi N° __ SP_                                   Participante N°</p>	

## GUIDES D'ENTRETIENS

### GUIDE D'ENTRETIEN N° 1

Les questions n° 1 à 32 sont adressées aux femmes enceintes au sortir de la cpnr et pour les femmes ayant accouché depuis moins de 6 mois

### GUIDE D'ENTRETIEN N° 2

Les questions n° 1 à 12 sont adressées aux responsables administratifs

**GUIDE D'ENTRETIEN**

N°	THÈMES ET QUESTIONS	REPONSES
	<b><u>THÈME 1</u></b> <b>La connaissance de la consultation prénatale recentrée (CPNR)</b>	
1 #	Êtes-vous au courant de la CPNR ?  <b><u>Bamanan</u></b> # <b>Yèlèma coura minuw don na peseli la, e bè do kalama olu la wa ?</b>	1 = OUI 2 = NON
2 #		
3 #	Selon vous qu'est-ce qui fait la différence entre les soins dont les femmes bénéficiaient au cours des CPN traditionnelles par rapport à la CPNR ?  <b><u>Bamanan</u></b> # <b>E yèrè ka jaté la, furancè jumènw bè peseli kè cogo koro ni kura ñogon cè?</b>	3 = Qualité des soins de la CPNR 4 = Autres : _____ (Préciser)
4 #	Qu'elles sont les raisons qui te motivent à aller à la CPNR?  <b><u>Bamanan</u></b> # <b>Kun jumènw na e bè na peseli kè?</b>	1 =Suivi grossesse 2 =Prévention et traitement des maladies 3 =Autre : _____ (Préciser)
	<b><u>THÈME 2</u></b> <b>Grossesse et Maladies</b>	
5 #		
6	Quelles sont les maladies qu'une femme enceinte	1 = Paludisme 2 = Autre :

## GUIDE D'ENTRETIEN

N°	THÈMES ET QUESTIONS	REPOSES
#	devrait d'éviter ?  <b>Bamanan</b> <b>E ka jate la, muso konoma ka kan ka i tanga bana jumenw ma ?</b>	_____ (Préciser)
7 #	Pour éviter ces maladies, quelles sont les précautions que doivent prendre les femmes enceintes?  <b>Bamanan</b> <b>Muso konoma ka kan ka mun ni mun kè walassa ka yèrè tanga bana ninunw ma?</b>	1 = Dormir sous moustiquaire imprégnée 2 = Prendre de la SP en TPI 3 = Aller à la CPN 4 = Autre : _____ (Préciser)
8 #		
	<b>ENQUÊTEUR :</b> <b>SI LA SP A ÉTÉ MENTIONNÉE, POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES</b>	
9 #	A quel moment la SP (les 3 comprimés blancs) vous a été remise?  <b>Bamanan</b> <b>Peseli ni konona la, fura kisè jèman saba ni dira i ma tuma jumèn?</b>	<u>Tentez de savoir si c'est :</u> 1 = Avant consultation 2 = Après consultation 3 = Dépôt de vente (pharmacie) 4 = Référé à une autre personne 5 = <b>On ne lui a jamais donné de SP</b>
10#		
11 #	Qui vous a remis les 3 comprimés blancs?  <b>Bamanan</b> <b>Jon dé yé fura kisè jèman saba ni di ma?</b>	1 = Matrone 2 = Infirmière 3 = Sagefemme 4 = Médecin 5 = Gynécologue 6 = Autre : _____  (Préciser)
12	Avez- vous payé pour les 3 comprimés blancs?  <b>Bamanan</b>	1 = OUI 2 = NON

## GUIDE D'ENTRETIEN

N°	THÈMES ET QUESTIONS	REPONSES
#	<b>I ye fura kisè jèman saba ni san wa?</b>	
	<b>THÈME 3</b> <b>Comportements et avis des bénéficiaires après réception de la SP</b>	
13#		
14#	Quels sont les avantages qui vous ont été expliqué pour la prise de la SP (les 3 comprimés blancs)?  <b>Bamanan</b> <b>Nafa jumènw fora i yé fura kisè jèman saba nin ta li la ?</b>	1 =Prévention du paludisme chez la mère 2 =Prévention du paludisme chez l'enfant 3 =Prévention palu chez la mère et l'enfant 4 =Autre : _____ (Préciser)
15#	Lorsqu'on vous a donné la SP qu'avez-vous fait ? <b>Bamanan</b> <b>Fura kisè jèman saba di len i ma, é yé mun kè ?</b>	1 =Prise supervisée de la SP 2 = Prise à domicile 3 = Autre : _____ (Préciser)
16#	<b>POUR LES FEMMES AU SORTIR DE LA CPN :</b> Cela fait combien de fois qu'on vous donne la SP? <b>Bamanan</b> <b>Nin yé a sijà joli yé fura kisè jèman saba nin bè di ma?</b>  <b>POUR LES FEMMES AYANT ACCOUCHÉ DEPUIS MOINS DE 6 MOIS:</b> Combien de fois vous a-t-on donné la SP au cours des CPN lors de votre dernière grossesse ? <b>Bamanan</b> <b>Fura kisè jèman saba nin dira i ma sijà joli, i ka konoḡa laban peseliw la yani i ka jigin?</b>	/__/_/ Nombre de fois 9= Ne sait pas  /__/_/ Nombre de fois 9= Ne sait pas
17#		
18#		
19#		
20#		
21#		
	<b>ENQUÊTEUR</b>	

## GUIDE D'ENTRETIEN

N°	THÈMES ET QUESTIONS	REPONSES
	<b>SI LA SP N'A PAS ÉTÉ MENTIONNÉE, ALORS POSEZ DIRECTEMENT LES QUESTIONS QUI SUIVENT</b>	
22 #	<p>Quelles sont les difficultés que vous avez eues pour prendre la SP?</p> <p><b>Bamanan</b> <b>I yé gèlèya jumènw soro fura kisè jèman saba ninu ta li la ?</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 =Pour les difficultés avec le mode d'emploi</li> <li>2 =Prendre à jeun)</li> <li>3 =Pour les effets secondaires</li> <li>4 =Prescription d'ordonnance</li> <li>5 =Autres _____ (Préciser)</li> </ol>
	<b><u>THÈME 5</u></b> <b>Approches et stratégies de réduction des obstacles à l'utilisation de la prévention par le TPI à la SP</b>	
23 #	<p>Quelles sont les difficultés que vous connaissez de la prise de la SP?</p> <p><b>Bamanan</b> <b>É yé gèlèya jumènw don fura kisè jèman saba ninuw ta li la?</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 =Effets secondaires liés aux médicaments</li> <li>2 =Être à jeun</li> <li>3 =Autre réaction : _____ (Préciser)</li> </ol>
24#		.
25 #	<p>Que peut-on faire pour que les femmes utilisent mieux la SP ?</p> <p><b>Bamanan</b> <b>Mun de bè sé ka walasa musow bè furakisè jèman saba ni ta li matarafa?</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 =Information sur les avantages du TPI</li> <li>2 =Prise supervisée</li> <li>3 =Sensibiliser les femmes à venir à la CPN</li> <li>4 =Donner les Moustiquaires (MILD)</li> <li>5 =Autre : _____ (Préciser)</li> </ol>
26 #	<p>Selon votre expérience que doit faire le personnel médical pour améliorer l'acceptation de la SP au cours de la CPN ?</p> <p><b>Bamanan</b> <b>Èyèrè fè, dogotorow ka kan ka mun de kè,</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 = Prise supervisée de la SP</li> <li>2 = Donner gratuitement la SP au lieu de la prescrire</li> <li>3 = Informer sur les avantages du TPI à la SP</li> <li>4 = Autre : _____</li> </ol>

## GUIDE D'ENTRETIEN

N°	THÈMES ET QUESTIONS	REPOSES
	<b>walasa ka do fara fura kisè jèman saba ta li kan musow fè?</b>	(Préciser)
27 #	Que doivent faire les femmes elles-mêmes entre elles pour améliorer l'acceptation de la SP au cours de la CPN ?  <b>Bamanan</b> <b>Musow yèrè dama ka kan ka mun de kè,u ni nongocè walasa uw ka son fura kisè jèman saba nin na peseli yoro la?</b>	1 = Sensibiliser et Informer les autres 2 = Autre : _____ (Préciser)
28 #	Selon votre expérience qu'est-ce qui peut motiver les femmes à suivre correctement le TPI à la SP au cours de la CPN ?  <b>Bamanan</b> <b>É yèrè fè, mun de bè sé kakè sababu ye walasa musow ka fura kisè jèman saba nin ta a ta cogo nyuman na peseli sen fè ?</b>	1 = Informer sur les avantages du TPI avec la SP. 2 =Autres : _____ (Préciser)
29 #	À votre avis qu'est-ce qui démotive les femmes à suivre correctement le TPI à la SP au cours de la CPN ?  <b>Bamanan</b> <b>É hakili la, mun de bè a to musow tè fura kisè jèman saba nin ta a ta cogo nyuman na peseli sen fè?</b>	1 = Effets secondaires ; 2 = Manque d'informations sur les avantages 3 = Autres : _____ (Préciser)
30 #	Quelles autres suggestions avez-vous pour améliorer le TPI à la SP au cours de la CPN ?  <b>Bamanan</b> <b>É miri bè fèrè wèrè jumènw na minun bè a to fura kisè jèman saba ninuw ta li bè sé ka yiriwa peseli kè yoro la?</b>	1 = Prise supervisée de la SP 2 = Informations sur les avantages du TPI 3 = Autres : _____ (Préciser)
31 #	Quelles autres suggestions avez-vous pour que plus de femmes enceintes adhèrent au TPI à la SP au cours de la CPN?	1 = Prise supervisée 2 = Information sur les avantages du TPI 3 = Autres :

## GUIDE D'ENTRETIEN

N°	THÈMES ET QUESTIONS	REPOSES
	<b><u>Bamanan</u></b> É miri bè fèrè wèrè jumènw na, walassa musow konoma caman bè sé ka jè ni fura kisè jèman saba ninuw ta peseli sen fè?	_____ (Préciser)
32 #	<b>REMERCIER POUR LA DISPONIBILITÉ DEMANDER 5 MINUTES DE PATIENCE POUR LA VÉRIFICATION DE L'ENREGISTREMENT ANNONCER ET DISTRIBUER LES CADEAUX</b>	

### **LES OBSTACLES À L'UTILISATION DU TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT (TPI) À LA SULFADOXINE PYRIMÉTHAMINE (SP) PAR LES PRESTATAIRES PENDANT LA CONSULTATION PRÉNATALE RECENTRÉE (CPNR)**

#### GUIDE D'ENTRETIEN N°2

#### À ADMINISTRER :

#### 1 - AUX RESPONSABLES ADMINISTRATIFS

N°	THÈMES ET QUESTIONS	INSTRUCTIONS
	<b><u>THÈME 1</u></b>  Les principaux obstacles à la prise de la SP identifiés par l'étude	
1	Que pouvez-vous dire quant à l'insuffisance de	Il s'agit de l'information en direction de toutes

## GUIDE D'ENTRETIEN

N°	THÈMES ET QUESTIONS	REPONSES
#	l'information sur la SP ?	les cibles qui sont actrices dans la politique de gratuité et la prise supervisée de la SP
2 #	Qu'est-ce qui est préconisé pour faire en sorte que l'information à propos de la SP soit adéquate et produise l'effet d'une plus grande acceptation et utilisation ?	
3 #	De nombreux cas de réticence ont été rapportés quant à la prise supervisée de la SP, à telle enseigne que certains prestataires parlent de refus voilés. Vous devez certainement avoir été informé à propos de cette réalité.	

## GUIDE D'ENTRETIEN

N°	THÈMES ET QUESTIONS	REPOSES
	<b>Question :</b> Qu'est-ce qui a été fait jusque-là ou qu'est-ce qui a été envisagé pour apporter une réponse appropriée à cette difficulté ?	
4 #	Les effets secondaires ont été l'aspect le plus évoqué pour expliquer l'esquive ou le refus voilé de la prise supervisée de la SP.  <b>Question :</b> Dès le début de la mise en œuvre de la politique de prise supervisée de la SP, quelles sont les dispositions particulières prises pour gérer les effets secondaires dans le sens soit de les minimiser ou de les circonscrire ?	

## GUIDE D'ENTRETIEN

N°	THÈMES ET QUESTIONS	REPOSES
	<b><u>THÈME 2</u></b>  <b>LES RÉSULTATS DU CНИЕCS</b>  Les résultats obtenus par l'étude sur "Les obstacles à l'utilisation du traitement préventif intermittent (TPI) à la sulfadoxine pyriméthamine (SP) par les prestataires pendant la consultation prénatale recentrée (CPNR)" corroborent dans une large mesure les obstacles précédemment identifiés par le CНИЕCS	
5 #	Qu'est-ce qui a été fait pour donner une qualification aux prestataires dans l'administration de la SP et qu'est-ce qui est entrepris pour améliorer leur compétence en la matière ?	<u>Insister</u> Notamment pour la prise supervisée.
6 #	Quelle a été, et quelle est la stratégie développée en matière de communication interpersonnelle pour la SP ?	
7 #	Dans le cadre de la politique de promotion de la SP, comment est gérée l'insuffisance de l'utilisation des services de CPNR ?	

## GUIDE D'ENTRETIEN

N°	THÈMES ET QUESTIONS	REPONSES
8 #	Dans le cadre de la politique de promotion de la SP, comment est géré le retard des femmes enceintes aux premières visites de soins prénatals?	
9 #	De quelle manière l'insuffisance d'incitation de la demande des services préventifs de lutte contre le paludisme affecte-t-elle la politique de promotion de la SP ?	
10 #	Qu'est-ce qui peut être fait pour améliorer l'accès aux produits de prévention et de lutte contre le paludisme dans le cadre de la CPNR ?	

## GUIDE D'ENTRETIEN

N°	THÈMES ET QUESTIONS	REPONSES
11 #	<p>Le non-report de la prise supervisée de la SP lors des CPNR (ne serait-ce que dans la colonne observation des registres de CPN) est un des obstacles au suivi des prestations objet de politique de gratuité telle que la SP et la Moustiquaire imprégnée longue durée (MILD).</p> <p><b>Question :</b> Qu'est-ce qui est en cours comme méthode de suivi et comment il est envisagé de l'améliorer ?</p>	
12 #	<b>REMERCIER POUR LA DISPONIBILITÉ DEMANDER 5 MINUTES DE PATIENCE POUR LA VÉRIFICATION DE L'ENREGISTREMENT</b>	

