



**RAPPORT D'ÉTUDE DE MARCHÉ SANTÉ AVEC LES  
GROUPES D'ÉPARGNE *EPARGNER POUR LE  
CHANGEMENT* AU MALI**



*Photo © Karl Grobl for Freedom from Hunger*

Octobre 2010

Dr. Mahamadi Cissé  
Nadège Diallo



# **TABLE DES MATIÈRES**

	<b>Pages</b>
<b>1. Introduction.....</b>	<b>1</b>
Vue d'ensemble sur les groupes <i>Épargner pour le changement</i> .....	1
Objectifs de la recherche.....	2
<b>2. Méthodologie .....</b>	<b>3</b>
Outils de recherche utilisés au Mali.....	3
Programme du travail sur le terrain .....	4
<b>3. Résumé de la recherche secondaire sur la santé au Mali.....</b>	<b>5</b>
<b>4. Résultats du travail sur le terrain.....</b>	<b>8</b>
Problèmes de santé courants .....	8
Connaissances sur la santé .....	11
Prévention des problèmes de santé .....	13
Comportements de santé.....	15
Utilisation des services et des produits de santé .....	17
Financement de la santé .....	19
Analyse des résultats et éléments à approfondir .....	20
Implications pour la planification du programme.....	23
<b>5. Conclusion .....</b>	<b>24</b>
Résumé des résultats .....	24
Recommandations/Suggestions .....	27
<b>Annexes .....</b>	<b>29</b>



# ÉTUDE DE MARCHÉ SANTÉ AVEC LES GROUPES D'ÉPARGNE ÉPARGNER POUR LE CHANGEMENT AU MALI

## 1. Introduction

Cette étude a été réalisée par Freedom from Hunger en collaboration avec deux organisations non gouvernementales (ONG) maliennes :

- Conseils et Appui pour l'Éducation à la Base (CAEB) dans la région de Koulikoro
- Groupe de Recherche d'Actions et d'Assistance pour le Développement Communautaire (GRAADECOCOM) dans la région de Sikasso

### Vue d'ensemble sur les Groupes d'épargne *Épargner pour le changement*

Dans de nombreuses régions du monde, les populations les plus pauvres et celles qui vivent dans les communautés rurales (en particulier les femmes) n'ont qu'un accès limité aux services financiers. Les institutions financières telles que les banques, les coopératives d'épargne et de crédit et les institutions de microfinance (IMF) sont généralement dans l'incapacité de fournir des services (en particulier d'épargne) à ces populations. Le coût entraîné par la fourniture de services à des populations rurales dispersées reste élevé, les prêts octroyés aux plus pauvres sont souvent trop petits pour être rentables, et le cadre juridique complique la tâche pour les nombreuses IMF qui cherchent à mobiliser l'épargne. En conséquence, les populations très pauvres et celles qui vivent dans les communautés rurales ne disposent que de rares et médiocres possibilités d'obtenir des services d'emprunt et d'épargne. Elles doivent payer des taux d'intérêt extrêmement élevés aux prêteurs, et ont peu de moyens sûrs d'épargner, et encore moins de faire fructifier leur épargne. Non seulement un grand nombre de gens très pauvres et d'habitants des communautés rurales n'ont pas accès à des services financiers, mais en plus ils ne disposent pas d'informations sur la gestion des finances de leur ménage et de leurs petites entreprises, ou sur la protection de leurs familles contre des maladies évitables telles que le paludisme ou le VIH/SIDA.

*Épargner pour le changement* (EPC) est un programme de microfinance grandement reproductible, dirigé par l'épargne, qui a été élaboré par Freedom from Hunger, Oxfam America et la Fondation Strømme. *Épargner pour le changement* apporte des services financiers et non financiers de base aux plus pauvres et aux populations vivant dans les communautés rurales (surtout les femmes) lorsqu'ils sont organisés en Groupes d'épargne autogérés. *Épargner pour le changement* atteint ceux qui n'ont typiquement aucun accès aux institutions financières formelles. *Épargner pour le changement* offre aux membres de la communauté l'opportunité d'épargner et d'emprunter de l'argent pour répondre à leurs besoins et améliorer leurs revenus. Au-delà de la fourniture de services financiers, *Épargner pour le changement* renforce les compétences des membres pour améliorer leurs conditions de vie en discutant et en partageant des idées sur des sujets tels que la santé, le développement de l'entreprise et la gestion de l'argent. Au travers de leur participation au programme *Épargner pour le changement*, les membres des Groupes d'épargne développent entre eux une solidarité qui leur permet de résoudre des problèmes familiaux ou communautaires importants. De plus, *Épargner pour le changement*

permet la création ou la « réplique » rapide, efficace et à faible coût de nouveaux Groupes d'épargne par des membres des groupes existants. La réplique de nouveaux Groupes d'épargne permet à un nombre toujours plus important de membres des populations très pauvres ou des communautés rurales de bénéficier d'un accès à des services financiers et à des informations sur la santé, l'entreprise et la gestion de l'argent.

Dix ONG mettent en œuvre *Épargner pour le changement* au Mali avec le soutien de Freedom from Hunger, Oxfam America et la Fondation Strømme. Deux de ces organisations, CAEB et GRAADECOM, ont été sélectionnées pour participer à cette étude en raison de leur intérêt à examiner diverses options de protection de la santé pour les membres des Groupes d'épargne qu'ils desservent.

Dans les cinq villages de l'étude où intervient CAEB dans la région de Koulikoro, 19 groupes EPC ont été formés avec au total 475 femmes bénéficiaires ; 262 membres appartenant à 11 groupes ont bénéficié de l'éducation sur le paludisme de Freedom from Hunger. Cette éducation basée sur le dialogue est composée de « Conversations d'apprentissage techniques » qui couvrent les modes de transmission du paludisme, les signes du paludisme, les conséquences du paludisme sur la grossesse, le traitement du paludisme pendant la grossesse, la meilleure manière de se protéger du paludisme, et comment reconnaître et traiter le paludisme chez les enfants. La mission de CAEB est de promouvoir un développement participatif des communautés de base par le renforcement de leur capacité d'autogestion ; sa vision est d'être une structure institutionnelle de référence en matière d'organisation et de promotion des institutions communautaires représentatives autogérées et capables de créer un environnement socio économique stable.

Dans les cinq villages de l'étude où intervient GRAADECOM dans la région de Sikasso, 17 groupes EPC ont été formés avec au total 462 femmes bénéficiaires ; 179 membres appartenant à 7 groupes ont bénéficié de l'éducation sur le paludisme. GRAADECOM intervient depuis 1997 dans la région de Sikasso ; ses axes d'intervention sont l'éducation, l'alphabétisation, la réduction de la pauvreté, la promotion de la femme, la décentralisation, l'emploi des jeunes et le développement de nouveaux partenariats.

## **Objectifs de la recherche**

L'objectif général de cette étude de marché était de comprendre les besoins de santé et les services médicaux accessibles par les membres des Groupes d'épargne EPC.

L'étude de marché comportait les objectifs spécifiques suivants :

- Identifier les problèmes de santé courants dans la communauté
- Définir les comportements de santé des femmes et de leurs familles
- Evaluer la disponibilité, l'accessibilité et les coûts des services de santé
- Evaluer les connaissances précises des femmes sur la santé et particulièrement sur le paludisme, la diarrhée, la malnutrition, la planification familiale et les mutuelles de santé

Cette étude prévoyait en outre de répondre aux dix questions clés suivantes adressées aux membres des groupes EPC :

1. Quels sont les problèmes de santé les plus courants ?
2. Que faites-vous pour **ne pas** tomber malades avec ces problèmes de santé ?
3. Que faites-vous quand vous ou votre famille tombez malades ? Où allez-vous pour obtenir un traitement ?
4. Quels services ou médicaments utilisez-vous ?
5. Où obtenez-vous l'argent pour payer les coûts médicaux ?
6. Qu'avez-vous entendu dire à propos de la protection contre le paludisme ?
7. Qu'avez-vous entendu dire à propos de la protection contre la diarrhée ?
8. Qu'avez-vous entendu dire à propos de la protection contre la malnutrition ?
9. Qu'avez-vous entendu dire à propos de la planification du moment pour avoir des enfants et du nombre d'enfants à avoir ?
10. Qu'avez-vous entendu dire à propos des mutuelles ?

Les résultats de l'étude détermineront les demandes sanitaires des membres des Groupes d'épargne EPC, qui seront ensuite utilisés par Freedom from Hunger, en partenariat avec les ONG, pour déterminer les options appropriées de protection de la santé qui peuvent être ajoutées de manière faisable à la plateforme des Groupes d'épargne.

## 2. Méthodologie

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à partir de discussions thématiques de groupe avec des membres de Groupes d'épargne EPC et des entretiens avec des prestataires de santé dans 10 villages des régions de Koulikoro et Sikasso au Mali. En outre, une revue des données nationales et régionales a permis d'avoir des informations générales sur la santé au Mali et sur les groupes EPC dans les régions de l'étude.

### Outils de recherche utilisés au Mali

La collecte des données a été réalisée à travers des discussions thématiques de groupe avec les membres des Groupes d'épargne EPC et des entretiens avec des prestataires de santé dans les centres de santé communautaires (CSCOM) des villages de l'étude. Les outils utilisés ont été les suivants :

- Un guide de discussion thématique de groupe avec les Groupes d'épargne
- Un guide d'interview avec les prestataires de santé
- Une fiche de pointage « Tally sheet » qui a permis de faire la synthèse quotidienne des informations collectées en rapport avec les dix questions clés de l'étude.
- Une matrice d'analyse qui a permis à l'équipe de recherche de déterminer les tendances entre les deux régions par rapport aux questions clés de l'étude, les difficultés et les implications pour un programme de santé avec des Groupes d'épargne EPC et les thèmes nécessitant plus d'analyse ou de clarification.

## Programme du travail sur le terrain

Deux régions (Sikasso et Koulikoro), où *Épargner pour le changement* est mis en œuvre par CAEB et GRAADECOS, ont été choisies par ces organisations pour mener la recherche. Les Groupes d'épargne de ces régions ont été choisis selon les critères suivants :

- Les Groupes d'épargne EPC devaient être des groupes matures, c'est-à-dire des groupes qui avaient complété au moins leur premier cycle (au moins un an d'ancienneté) et qui étaient donc familiarisés avec le programme EPC, qui pensaient que le programme les aiderait à améliorer leurs conditions de vie et qui étaient prêts à partager leurs besoins.
- Un autre critère de sélection des groupes a été aussi leur niveau d'accessibilité aux services de santé ; pour ce faire, les villages ont été choisis selon les critères suivants :
  - *Dans la région de Koulikoro :*
    - Deux des villages devaient avoir un centre de santé (deux discussions thématiques de groupe par village et une interview avec les agents de santé du centre de santé du village),
    - Deux des villages devaient avoir un centre de santé à moins de 10 km (deux discussions thématiques de groupe par village et une interview avec les agents de santé du centre de santé à moins de 10 km du village),
    - Un village devait avoir un centre de santé à plus de 10 km (une discussion thématique de groupe dans le village et une interview avec les agents de santé du centre de santé de la ville de Fana).

Ainsi, les enquêtes dans cette région se sont déroulées dans cinq villages (Fana, Warassala, Kerela, Guana et Dinguèkoro) ; neuf discussions thématiques de groupe ont été réalisées dans les cinq villages et deux interviews ont été menées avec les prestataires des services de santé dans les CSCOM de Fana et Kerela.

- *Dans la région de Sikasso :*
  - Deux des villages doivent avoir un centre de santé (deux discussions thématiques de groupe par village et une interview avec les agents du centre de santé du village),
  - Deux des villages doivent avoir un centre de santé à moins de 10 km (deux discussions thématiques de groupe par village et une interview avec les agents de santé du centre de santé à moins de 10 km du village),
  - Un village doit avoir un centre de santé à plus de 10 km (une discussion thématique de groupe dans chaque village et une interview avec les agents de santé du centre de santé).

Dans la région de Sikasso, cinq villages ont également été concernés par la collecte des données (Kona, Nongonsuala, Siramana, Dembella et Sabenebougu) ; neuf discussions thématiques de groupes ont été réalisées dans ces cinq villages et quatre interviews ont été menées avec les prestataires des services de santé dans les CSCOM de Blendio, Nongonsuala, Fama et Dembella.

Des activités préparatoires ont inclus l'élaboration des outils de recherche et leur finalisation, la formation des enquêteurs et le test des outils de recherche à Bamako du 24 au 26 mai 2010 ; ces



activités ont permis aux équipes de recherche de se familiariser avec les outils. L'étude proprement dite a été réalisée dans les deux régions de l'étude (Sikasso et Koulikoro) du 27 au 31 mai 2010. Dans chaque région, deux enquêteurs et un animateur expérimentés, et comprenant la langue locale, ont été affectés pour mener des discussions thématiques de groupe et des interviews.

Au total 18 discussions thématiques de groupe ont été réalisées avec 180 femmes (90 femmes par région) ; soit en moyenne, 10 femmes par discussion thématique de groupe.

Les équipes ont procédé au remplissage de la fiche de pointage après chaque discussion thématique de groupe ainsi qu'à la validation et à la saisie des données collectées quotidiennement.

A la fin de la collecte des données, l'équipe de recherche a procédé à une analyse préliminaire des résultats le 1<sup>er</sup> juin à partir d'une matrice d'analyse conçue à cet effet.

### **3. Résumé de l'étude secondaire sur la santé au Mali**

#### **Données générales sur le Mali :**

Le Mali est l'un des pays les plus pauvres et les moins avancés dans le monde et il est classé 178<sup>ème</sup> sur 182 pays dans le Programme des Nations Unies pour le développement 2009 de l'indice de développement humain. Sur une population totale de 14,5 millions, 51% vit avec moins de 1,25 \$US/jour, et 68% a moins de 25 ans. Le pays a des taux élevés de mortalité infantile et maternelle, les taux les plus élevés de maladies et de malnutrition par rapport à la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne et un taux d'analphabétisme de 75%.

#### **Données démographiques et statistiques de la santé :**

- Espérance de vie à la naissance : 48 - 50 ans
- Probabilité de ne pas atteindre 40 ans : 38,5%
- Taux de fécondité (naissances par femme) : 6,5
- Taux de fécondité des femmes adolescentes : 161 naissances pour 1000 femmes âgées de 15-19
- Mortalité maternelle : 970 (ajusté pour la sous-déclaration), pour 100 000 naissances vivantes
- Risque à vie d'un décès maternel : 1 sur 15
- Mortalité infantile : 103 pour 1000 naissances vivantes
- Mortalité infantile (< 5 ans) : 195

#### **Principaux problèmes de santé :**

Un rapport de l'USAID publié en décembre 2009 donne les indicateurs suivants :

- Les taux de mortalité infantile et juvénile sont très élevés, avec environ 20% des enfants qui meurent avant d'avoir atteint l'âge de cinq ans, ce qui est bien au-dessus de l'objectif du millénaire pour le développement (OMD) qui est de 100 décès pour 1 000 naissances vivantes.
- Pour les enfants de moins de cinq ans, 26% des décès sont néonataux (pendant la première année de vie) et liés à des causes telles que l'infection sévère, l'asphyxie à la naissance, les

naissances prématurées, le tétanos néonatal, et d'autres causes telles que la diarrhée et les anomalies congénitales.

- Les autres causes de décès chez les enfants de moins de cinq ans sont les suivantes : 24% d'une pneumonie, 18% des maladies diarrhéiques, 17% du paludisme, et 16% de toutes les autres causes.

Pour l'ensemble de la population, les infections respiratoires, les maladies diarrhéiques et le paludisme comptent plus de 80% de la mortalité (2002) indiquant que les maladies infectieuses sont le problème le plus important auquel font face les familles au Mali. Il existe également des rapports sur les épidémies saisonnières de certaines autres maladies infectieuses comme la méningite et le choléra. La prévalence du VIH est rapportée à 1,5%, bien qu'il existe des rapports significatifs que cela pourrait être à la hausse. Les indicateurs nutritionnels sont également très faibles, avec seulement environ 38% des femmes qui allaitent exclusivement les nourrissons pendant les six premiers mois de vie, le retard de croissance (taille / âge) avec un pourcentage à environ 38%, et 27% des enfants sont en insuffisance pondérale pour leur âge. Les taux de vaccination montrent une amélioration, ce qui est cohérent avec les rapports du gouvernement sur le succès des campagnes de vaccination, bien que l'utilisation de l'anatoxine tétanique pendant la grossesse soit faible, ce qui corrobore le pourcentage de décès néonataux par le tétanos.

Au Mali, 92% des femmes âgées entre 15 et 49 ans ont subi des mutilations génitales féminines (MGF). La plupart sont excisées avant d'atteindre l'âge de cinq ans. Les femmes qui ont subi une MGF ont plus de complications durant l'accouchement, avec un risque accru de mortalité maternelle et infantile et de fistule. En plus de causer potentiellement plus de complications lors de l'accouchement, les conséquences négatives sur la santé de cette pratique peuvent inclure des hémorragies, une infection par le VIH, l'infertilité et le décès de la personne. Des études au Burkina Faso ont révélé que les femmes qui avaient subi une excision génitale avaient plus de risque d'avoir des infections vaginales non spécifiées et autres maladies génitales.

### **Besoins non satisfaits :**

Recours à la contraception et la planification familiale : La prévalence des méthodes modernes de contraception est estimée à environ 6,2% avec des besoins non satisfaits importants pour l'accès à n'importe quelle méthode et en particulier pour les méthodes modernes. Plus de 10% des adolescentes ont déjà accouché et l'âge médian du début des activités sexuelles est de 16 ans. Dans une récente enquête démographique et des ménages (2006), 70% des femmes ont répondu qu'elles avaient entre 15 et 19 ans quand elles ont eu leur premier enfant.

Soins prénataux : Environ 69% des femmes reçoivent au moins une visite prénatale, mais seulement 35% reçoivent quatre visites prénatales ou plus. Environ la moitié des naissances sont assistées par une accoucheuse qualifiée.

Prévention du paludisme et traitement : Les données de 2006 indiquent qu'environ 27% des enfants dormaient sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide. Toutefois, une campagne gouvernementale a été réalisée en décembre 2007 pour distribuer des moustiquaires (et aussi pour la vaccination contre la rougeole et la poliomyélite, la distribution de vitamine A et de médicaments pour le déparasitage) et le Ministère de la Santé a publié par la suite un rapport

indiquant que 80% des ménages avec des enfants de moins de cinq ans avaient une moustiquaire imprégnée d'insecticide à la maison. Le Ministère a également indiqué qu'une enquête de suivi montrait que quelques 63% des ménages ont déclaré avoir utilisé des moustiquaires de lit la nuit précédente, et que 51% de tous les moins de cinq ans inclus dans l'enquête ont été rapportés comme ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée. En outre, les efforts et les financements de l'USAID sont en train d'être dirigés vers la prévention et le traitement des femmes enceintes et des enfants.

Accès aux soins primaires : Selon d'autres données (de l'UNICEF), environ 38% des enfants de moins de cinq ans atteints de pneumonie sont pris en charge par un prestataire de soins de santé et que ce même pourcentage est traité avec le SRO et la poursuite de l'alimentation quand ils avaient la diarrhée. Dans une récente enquête démographique et des ménages (2006), des résidents maliens ont déclaré avoir rendu visite à des centres de santé seulement 0,3 fois dans l'année. Des personnes qui étaient soit au chômage ou travaillant dans le secteur informel ont indiqué que les problèmes suivants ont été ceux qu'ils rencontraient dans l'accès aux soins de santé (à noter que nous pouvons également obtenir ces informations au niveau régional si nécessaire) :

- Savoir où aller pour le traitement : 20%
- Obtenir la permission d'aller pour le traitement : 16-19%
- Obtenir de l'argent pour le traitement : > 50%
- Ayant à prendre les transports : 35-36%
- Ne voulant pas aller seul : 21-24%
- Préoccupation que ce ne serait pas un prestataire de sexe féminin : 18-20%

### **Le système de santé au Mali :**

Le système de santé du Mali est faible, avec très peu de structures médicales et de mauvais traitements. Les organisations de développement international et groupes de missionnaires étrangers fournissent une grande partie des soins de santé du pays. Avoir un médecin pour 12.500 personnes aggrave le problème. De fortes disparités existent entre les zones rurales et urbaines en matière de répartition des ressources (avec la plupart des prestataires de santé situés à Bamako) et l'accès aux soins de qualité dans les zones rurales très mal desservies.

Les services de santé du Mali ont été dévolus à l'échelle régionale et communautaire à partir de 1991, ce qui signifie que les politiques et plans nationaux se définissent au niveau central et qu'il est de la responsabilité de chaque région d'adapter celles-ci : donc moins d'intervention au niveau national, mais aussi moins de sécurité autour du financement et de l'adéquation des ressources aux besoins locaux. Cela vient aussi avec des frais d'utilisation destinés à la récupération des coûts pour les consultations, les médicaments et les fournitures utilisés pour le traitement. Par habitant, les dépenses de santé sont de 60 \$US en moyenne, dont environ la moitié est fournie par des fonds publics et le reste provenant presque entièrement des paiements directs.

Les soins de santé primaires sont livrés au public par le biais des centres de soins de santé primaires et autres services fournis par les ONG et le secteur privé. Les centres de santé publique visent à fournir des soins aux bassins versants qui comprennent plusieurs villages pour y inclure les soins de santé de base, les vaccinations et l'éducation sanitaire, mais la plupart sont mal équipés. Un système d'aiguillage de district et les hôpitaux régionaux existent, mais pour

beaucoup d'utilisateurs. l'accès est difficile, et la qualité des soins varie. Dans les villes les prestations de santé privée sont disponibles, mais chers. Beaucoup comptent sur les guérisseurs traditionnels, ou se soignent en utilisant des médicaments achetés sur les marchés locaux.

Un développement prometteur qui est très intéressant en ce qui concerne le potentiel d'établir des liens entre le groupe des économies pauvres et les membres des IFM est un intérêt croissant de la part du gouvernement dans une stratégie visant à offrir l'accès universel des soins de santé à travers les mutuelles de santé. Le système de mutuelle prévoit un comité local qui supervise la mise en commun des fonds d'assurance-maladie ; bien que les coûts des primes annuelles varient d'un programme à l'autre, les individus payent généralement environ 2,50-4,00 \$US pour l'adhésion. Quand un membre de la mutuelle va en consultation chez un agent de santé, la mutuelle couvre 75-80 % des coûts, et le patient paie la différence. Selon un rapport, l'année dernière, le gouvernement a accepté de subventionner les cotisations dans l'espoir que le système finirait par englober plus de 70% de la population ; les autres 30% étant couverts par les fonds employeur / employé et un fonds gouvernemental distinct pour couvrir les démunis. Les donateurs ont exprimé leur intérêt pour cette initiative et les attentes sont qu'il commencera ou a commencé pour de bon cette année avec le budget 2010 du financement national de 51 mutuelles avec un objectif de financement à terme d'environ 800 à travers le pays. Plus d'informations sont nécessaires pour déterminer où ces mutuelles sont situées, comment le gouvernement entend promouvoir l'inscription aux pauvres, et évaluer la valeur potentielle d'établir des liens entre les Groupes d'épargne et / ou IMF et les mutuelles.

## 4. Résultats du travail sur le terrain

### Problèmes de santé courants

Les problèmes de santé les plus courants dans les villages des deux régions concernées par l'enquête sont : le paludisme simple et grave, la diarrhée, les ulcères digestifs, les infections respiratoires aiguës, les infections génitales, l'hypertension artérielle, les hernies, les maux de dos, les maux de ventre et l'anémie. Le paludisme touche toutes les tranches d'âges, à la fois les hommes et les femmes, et a été cité dans toutes les discussions thématiques de groupe comme étant la maladie la plus fréquente dans la communauté. Le paludisme est particulièrement sévère chez les femmes enceintes et les bébés où les convulsions sont très fréquentes.

Au niveau des centres de santé enquêtés dans les deux régions, la plupart de ces problèmes de santé ont été relevés par les agents de santé en plus des cas de traumatismes. Au niveau du CSCOM de Kerela, des cas de malformations chez les nouveau-nés et de morsures de serpent ont été cités en plus comme maladies courantes.

Certains problèmes de santé que les femmes ont cités et qu'elles lient aux travaux champêtres durs, tels les maux de dos et de genoux, n'ont pas été relevés au niveau des centres de santé ; cela pourrait signifier qu'elles ne consultent pas souvent au centre de santé pour ces problèmes.

Chez les **bébés**, les infections respiratoires aiguës, le paludisme, la diarrhée et l'anémie ont été les problèmes de santé les plus courants mentionnés ; quelques cas de tétanos néonatal ont été mentionnés par les femmes. Pour les femmes, ces maladies sont dues au fait que les mamans ne

font pas de consultations prénatales (CPN) ou ne suivent pas les traitements prescrits pendant la grossesse, dues aux moustiques et au manque d'hygiène.

Chez les **enfants**, le paludisme, la diarrhée, les infections respiratoires aiguës, l'anémie, les maux de ventre, les conjonctivites et la malnutrition ont été les problèmes de santé les plus courants mentionnés. Pendant que les équipes étaient sur le terrain, une campagne nationale de vaccination contre la poliomyélite se déroulait au Mali car deux cas de poliomyélite avaient été découverts chez des enfants dans les régions de Koulikoro et Sikasso.

Chez les **femmes**, le paludisme, les infections génitales et l'anémie pendant la grossesse ont été les maladies les plus courantes mentionnées par les femmes. Les infections génitales sont particulièrement fréquentes et préoccupantes chez les femmes dans les villages enquêtés dans la zone de Koulikoro.

Chez les **hommes**, le paludisme, les maux de dos et les hernies ont été les problèmes de santé les plus courants mentionnés. Aussi bien chez les hommes que les femmes, l'hypertension artérielle, les ulcères gastriques, les maux de genoux ont été les maladies courantes.

D'une manière générale, en dehors du paludisme où les femmes savent qu'il se transmet par les piqûres des moustiques, et la diarrhée qu'elles lient souvent au manque d'hygiène, elles ne connaissent pas les causes de ces maladies ; la plupart des femmes ont affirmé : « Nous ne connaissons pas les causes de ces maladies ».

Le tableau suivant présente les maladies les plus courantes dans les régions de Koulikoro et de Sikasso auxquelles les femmes disent être confrontées elles et leurs familles. Les maladies ont été ajoutées à la liste lorsque les participantes dans les discussions thématiques de groupe ont exprimé un consensus à leur sujet. Dans chaque région, il y a eu un total de 9 discussions thématiques de groupes.

### Maladies courantes dans les régions de Koulikoro et de Sikasso

Maladies les plus courantes confrontées par les femmes et leurs familles :	TOTAL à Koulikoro	TOTAL à Sikasso	TOTAL
<b>Quelles sont les maladies les plus courantes auxquelles votre famille et vous-même êtes confrontés ?</b>	Sur 9	Sur 9	
Paludisme simple et grave (en particulier chez les bébés et les enfants)	9	9	18
Ulcères et problèmes gastriques (chez les hommes et les femmes)	7	5	12
Diarrhée (en particulier chez les enfants)	4	8	12
Infections respiratoires aiguës (en particulier chez les bébés et les enfants)	6	5	11
Infections génitales (en particulier chez les femmes)	8	2	10
Hypertension artérielle (chez les hommes et les femmes)	5	4	9
Maux de dos (en particulier chez les hommes)	7	2	9
Maux de ventre (en particulier chez les enfants)	5	4	9
Hernie (en particulier chez les hommes)	5	4	9
Anémie (en particulier chez les femmes enceintes et les enfants)	4	4	8
Maux de genou (chez les hommes et les femmes)	3	3	6

<b>Maladies les plus courantes confrontées par les femmes et leurs familles :</b>	<b>TOTAL à Koulikoro</b>	<b>TOTAL à Sikasso</b>	<b>TOTAL</b>
Conjonctivite (chez les enfants)	2	3	5
Malnutrition (en particulier chez les enfants)	3	1	4
Infections buccales (en particulier chez les enfants)	2	2	4
Hémorroïde	0	4	4
Onchoncerose	1	2	3
Impuissance sexuelle chez les hommes	0	3	3
Tétanos (en particulier chez les bébés)	1	1	2
Polio (en particulier chez le nouveau né)	1	1	2
Fièvre jaune (en particulier chez les enfants)	1	1	2
Varicelle (en particulier chez les enfants)	1	1	2
Problèmes de prostate (chez les hommes)	1	1	2
Panaris (chez les hommes et les femmes)	2	0	2
Bilharziose	1	1	2
Gale	0	2	2
Diabète (chez les hommes et les femmes)	1	0	1
Problèmes de nerfs (chez les hommes et les femmes)	1	0	1
Otites (chez les enfants)	1	0	1
Oreillons (chez les enfants)	1	0	1

**Selon les agents de santé**, la fréquence du paludisme s'explique par le manque d'assainissement, les eaux stagnantes qui contribuent à la prolifération des moustiques et une insuffisance d'utilisation des moustiquaires imprégnées. Les agents de santé ont déclaré que les gens n'utilisent pas les moustiquaires par manque de moyens pour les acheter, mais parce qu'ils trouvent qu'ils étouffent quand ils dorment dessous ou par négligence. Les femmes enceintes reçoivent une moustiquaire imprégnée gratuitement lors de la première CPN, mais elles viennent souvent en retard pour la première CPN (entre leur 8<sup>ème</sup> et 9<sup>ème</sup> mois de grossesse), donc ne prennent pas tôt la prophylaxie à la Sulfadoxine-pyrimétamine (SP) pour prévenir le paludisme, ou du fer pour prévenir l'anémie. Les femmes enceintes ne dorment pas toujours sous une moustiquaire. La sous alimentation des femmes enceintes en quantité et en qualité surtout explique les cas de malnutrition chez celles-ci. Les facteurs qui contribuent possiblement aux infections génitales sont les rapports sexuels non protégés, le manque de connaissances au sujet des causes des infections génitales et la polygamie qui est une pratique très fréquente dans ces régions fortement musulmanes. Les femmes qui ont subi des excisions génitales peuvent aussi avoir plus de risques d'avoir des infections vaginales ou autres maladies génitales.

Le paludisme est plus fréquent en saison hivernale du fait des eaux stagnantes et de l'insalubrité qui contribuent à la prolifération des moustiques. Les cas de diarrhée sont aussi plus fréquents pendant l'hivernage. Les infections respiratoires aiguës sont plus fréquentes pendant la période de *l'harmattan* (décembre-février). Les infections génitales surviennent durant toutes les périodes. Les accidents de la circulation sont plus fréquents à l'approche de l'hivernage à cause des nombreux déplacements à cette période et concernent surtout les engins à deux roues (motos).

## Connaissances sur la santé

### Paludisme

L'utilisation de moustiquaires imprégnées a été la méthode la plus citée par les femmes dans toutes les discussions thématiques de groupe, comme moyen de protection contre le paludisme. L'hygiène et l'assainissement ont été le deuxième moyen de protection cité contre le paludisme. D'autres moyens tels que l'utilisation de médicaments (Nivaquine, Arsucam), de plantes, d'insecticides anti moustiques ou se couvrir le corps avec des vêtements ont été très peu mentionnés par les femmes. Les femmes ont relevé que les médecins leur déconseillent l'utilisation de la Nivaquine à titre préventif contre le paludisme.

La plupart des groupes EPC ont reçu des séances d'éducation sur le paludisme par les animateurs de CAEB et GRAADECOS, ce qui explique la raison pour laquelle elles ont de bonnes connaissances sur la protection contre cette maladie.

Les actions menées par les agents de santé dans le domaine de la prévention du paludisme sont la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées (surtout les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes), la distribution gratuite par Freedom from Hunger de moustiquaires imprégnées lors des CPN, la prophylaxie contre le paludisme chez les femmes enceintes avec la Sulfadoxine-pyriméthamine. La fréquence des causeries éducatives est variable (quotidienne, hebdomadaire, ou bimensuelle) et les thèmes de causeries changent ; certains agents de santé ont affirmé faire des causeries en permanence sur le paludisme. Les agents de santé du CSCOM de Fama ont mentionné la collaboration avec une animatrice de l'ONG GRAADECOS pour la sensibilisation.

### Protection contre la diarrhée

Les mesures telles que l'hygiène et l'assainissement, boire de l'eau potable, couvrir les aliments, éviter le contact des aliments avec les mouches, se laver les mains ont été le plus citées par les femmes pour la protection contre la diarrhée. D'autres mesures comme traiter l'eau des puits avec de l'eau de javel, éviter le contact avec un malade du choléra ont été aussi citées. Les femmes ont relevé qu'il ya beaucoup de cas de diarrhée pendant l'hivernage à cause de la consommation des eaux des puits qui n'ont pas de margelle et sont souillées par les eaux de ruissèlement.

Les femmes ont des connaissances générales sur la prévention de la diarrhée. Dans certains villages de la région de Koulikoro, les femmes ont été sensibilisées sur les bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement par les animatrices de Kafo-Jiginew et par les relais communautaires des CSCOM. Aussi bien dans la région de Koulikoro que de Sikasso, les femmes reçoivent des informations sur la diarrhée à travers les séances d'IEC (Information Éducation Communication) dans les CSCOM.

Les actions menées par les agents de santé dans le domaine de la prévention de la diarrhée sont la sensibilisation sur l'hygiène et l'assainissement du milieu (sensibilisation sur le lavage des mains séances informelles d'hygiène alimentaire publique : passage 2 fois par mois dans les marchés

pour demander aux femmes de couvrir les aliments et de suivre les mesures d'hygiène etc.). Les agents de santé du CSCOM de Fana ont mentionné les actions de l'UNICEF dans le domaine de la lutte contre la diarrhée en donnant des KIT pour la prise en charge gratuite des cas de diarrhée simple.

### **Protection contre la malnutrition**

Dans la majorité des discussions thématiques de groupe, les femmes ont cité comme mesure de protection contre la malnutrition, manger des aliments riches en nutriments et variés (fruits, légumes, poisson, œufs, lait, pâte d'arachide). Elles ont aussi cité mais peu, donner le sein à l'enfant, donner des bouillies enrichies aux enfants, limiter le nombre de naissance et espacer les naissances.

Dans certains villages de la région de Sikasso, les femmes ont reçu des séances d'éducation sur la nutrition faites par des animateurs de GRAADECOS. Dans la région de Koulikoro, les femmes ont été sensibilisées sur la malnutrition et l'anémie par l'ONG Helen Keller International-HKI qui intervient dans certains villages. Aussi bien dans la région de Sikasso que de Koulikoro, les femmes reçoivent des informations sur la malnutrition à travers les séances d'IEC dans les CSCOM. La bouillie enrichie est disponible dans les CSCOM et est offerte gratuitement aux enfants malnutris.

Les actions menées par les agents de santé dans le domaine de la prévention de la malnutrition sont la sensibilisation des mères sur l'utilisation des produits locaux (patate, pomme de terre, viande, poisson etc.) pour une bonne alimentation des enfants malnutris, la sensibilisation des mères sur l'alimentation des enfants (allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois puis ajouter des bouillies enrichies), alimentation de la femme enceinte et des enfants malades, offrir des bouillies enrichies pour les enfants afin de lutter contre la malnutrition. Au niveau du CSCOM de Fana, les agents de santé ont relevé les interventions de HKI dans la prévention de la malnutrition, la promotion de l'allaitement maternel et la communication pour le changement de comportement, et le travail de l'ONG BorneFonden sur l'excision et la nutrition.

### **Planification familiale**

Aussi bien dans les villages de la région de Sikasso que de Koulikoro, les femmes connaissent les méthodes de planification familiale (PF) les plus usuelles qu'elles ont citées dans la majorité des discussions thématiques de groupe (condoms, injectables, pilules et méthode du collier) ; le Norplant, le stérilet et l'abstinence ont été très peu cités. Elles ont aussi beaucoup cité une méthode traditionnelle de PF utilisant une ceinture appelée « Tafo » en langue locale.

Les femmes apprécient la PF pour ses nombreux avantages qu'elles ont cité : bonne santé de la femme et lui permet de se reposer, l'enfant se porte bien, réduction des dépenses de la famille ; la PF est arrivée un peu tard pour certaines qui avaient fini leurs maternités. De l'avis de certaines femmes, leurs maris ont pris conscience de l'intérêt de l'espacement des naissances et de la limitation du nombre d'enfants pour la santé de la femme, des enfants et la réduction des dépenses de la famille. D'autres par contre ne veulent pas en entendre parler parce qu'ils veulent de la main d'œuvre.



Dans les deux régions, les agents des CSCOM sensibilisent les femmes après l'accouchement sur la PF. Dans la région de Koulikoro, certaines femmes ont souhaité que des formations sur le cycle menstruel soient organisées à l'intention des jeunes filles et des jeunes mamans pour les aider à éviter les grossesses non désirées ; elles ont également souhaité le renforcement des capacités des animatrices de CAEB en santé afin qu'elles puissent à leur tour les encadrer.

Les actions menées par les agents de santé dans le domaine de la PF sont la sensibilisation des femmes sur l'importance de la PF et la disponibilité des contraceptifs (pilule, injectables, méthode du collier, préservatifs, Norplant). Dans les villages, les relais parlent aux femmes et aux hommes de la PF. Les matrones sensibilisent les femmes après l'accouchement en leur parlant de la PF et des méthodes contraceptives.

Dans le CSCOM de Nongonsuala, les agents de santé ont bénéficié de l'appui du programme Keneya Ciwara financé par l'USAID qui forme les relais communautaires et assure leur recyclage. Dans le CSCOM de Fana, l'ONG Marie Stopes International-Mali intervient dans le domaine de la PF en rendant disponibles les méthodes contraceptives au coût unitaire de 300 FCFA.

### **Mutuelles (programmes d'assurance-maladie communautaires)**

D'une manière générale, aussi bien dans la région de Koulikoro que de Sikasso, très peu de femmes ont entendu parler des mutuelles. Dans la région de Koulikoro, parmi les cinq villages de l'enquête, quelques tentatives ont été faites dans le village de Fana pour mettre en place une mutuelle mais cela n'a pas marché à cause d'un problème de leadership dans la gestion de la mutuelle entre les élus communaux et les membres du comité de gestion du CSCOM ; dans les autres villages les femmes n'avaient pas entendu parler des mutuelles.

Dans la région de Sikasso, parmi les cinq villages de l'enquête, c'est seulement dans le village de Nongonsuala qu'il y a une mutuelle locale. L'adhésion est volontaire mais se fait par famille ou au moins par ménage. Conditions : 2000 FCFA par membre par an, prise en charge de 50 % des frais en actes et en médicaments si l'on va au CSCOM ou l'hôpital conventionné par la mutuelle. En cas de référence, les patients se font rembourser au retour (les frais de l'ambulance ne sont pas pris en charge par la mutuelle). Dans certains CSCOM, il y a des systèmes de cartes d'adhésion qui permettent aux membres de payer la moitié des frais de consultation et le plein tarif pour les autres services.

Bien que la majorité des femmes n'aient pas entendu parler de mutuelle, elles ont apprécié l'idée et pourraient y adhérer si ça existait dans le village.

### **Prévention des problèmes de santé**

Pour éviter les problèmes de santé, les femmes ont le plus souvent cité : dormir sous une moustiquaire pour prévenir le paludisme, l'hygiène et l'assainissement du milieu (boire de l'eau potable, couvrir les nourritures, laver les mains avant les repas et au sortir des toilettes pour prévenir la diarrhée ; éviter que l'eau stagne pour lutter contre la prolifération des moustiques). Les femmes ont été formées sur le paludisme par les animateurs/animatrices de CAEB et

GRAADECOCM ; elles ont de bonnes connaissances sur les modes de transmission et la prévention du paludisme. Cependant elles ne font pas le lien entre les convulsions chez les bébés et le paludisme grave.

Bien que les infections génitales soient fréquentes et préoccupantes chez les femmes dans les villages enquêtés dans la zone de Koulikoro, les mesures préventives et efficaces pour lutter contre les infections qui peuvent être transmises sexuellement, telles que l'utilisation des préservatifs et le traitement des partenaires, n'ont pas été mentionnées par les femmes.

D'autres mesures de préventions importantes contre ces maladies telles que la vaccination des enfants et la CPN chez les femmes enceintes ont été très peu citées dans les deux régions.

Certaines femmes ont mentionné que lorsqu'elles sont en bonne santé, elles ne pensent pas à la prévention et donc ne font rien pour prévenir ces problèmes de santé.

Il a souvent été difficile pour les agents de santé de dire précisément ce que savent actuellement les populations sur la prévention des maladies courantes mais ils ont affirmé que des séances de sensibilisation (IEC) sont faites au centre de santé sur les thèmes suivants : la prévention du paludisme (utilisation adéquate des moustiquaires imprégnées et de la SP pour la prophylaxie contre le paludisme chez la femme enceinte, l'imprégnation des moustiquaires) ; la CPN ; l'allaitement maternel ; la prise en charge de la grossesse ; la vaccination ; la prévention des infections respiratoires aiguës ; la prévention des infections génitales et les IST/VIH/SIDA ; l'importance de la planification familiale ; les causes de leur maladie ; le mode de transmission, la prévention et le traitement ; l'hygiène et l'assainissement (lavage des mains avant le repas, traiter l'eau de puits avec de l'eau de javel, etc.) ; la nutrition ; l'alimentation de la femme enceinte ; les démonstrations culinaires ; la prévention des conséquences des accidents de la circulation.

*« Nous conseillons les mères de protéger les enfants contre le froid en les habillant chaudement pendant la période de l'harmattan. »*

*« Nous conseillons la fidélité, à défaut l'utilisation des préservatifs. »*

*« Nous conseillons le port du casque. »*

*—Exemples de commentaires d'agents de santé*

Les agents de santé estiment que les populations sont mal informées sur le paludisme (mode de transmission, signes, prise en charge) ; sur l'importance de la CPN et de l'accouchement au centre de santé ; sur l'utilité et l'importance de la vaccination pour les femmes enceintes et leurs enfants ; sur les infections respiratoires aiguës ; sur les causes de la conjonctivite ; et sur la tuberculose. Certains pensent même que les populations sont mal informées sur les moyens de transmission de toutes les maladies citées.

*« On note beaucoup de cas de convulsions chez les bébés dû à une consultation et à une prise en charge adéquate tardives ; les gens consultent d'abord chez les guérisseurs traditionnels, puis chez les praticiens ambulants et viennent tard au centre de santé. »*

Les agents de santé ont affirmé que les raisons de cette mauvaise information sont le manque d'informations et la méconnaissance, et le fait que les relais communautaires ne font pas assez de sensibilisation des communautés (impossibilité de jouer leur rôle par manque de moyens) ; d'autres facteurs cités sont la réticence des populations, l'insuffisance de sensibilisation, la non fréquentation des centres de santé et la honte de consulter pour les infections génitales.

*« Ceux qui viennent au CSCOM sont un peu informés, par contre ceux qui ne viennent pas du tout ne savent rien du tout. »*

*« Il y a parfois des difficultés pour la prise en charge des infections génitales au niveau des couples polygames. Il y a le refus de certains maris de se faire soigner, ou de faire soigner les autres épouses, et certains ont honte de se présenter au centre de santé pour des infections génitales. »*

—Exemples de commentaires d'agents de santé

## Comportements de santé

D'une manière générale, les femmes ont affirmé faire d'abord un traitement traditionnel (utiliser les plantes ou aller voir le guérisseur traditionnel). Si cela ne marche pas ou lorsque la maladie s'aggrave, elles vont au centre de santé. Dans toutes les discussions thématiques de groupe, les femmes ont mentionné aller au centre de santé. Les centres de santé utilisés sont les CSCOM, les cabinets médicaux, le Centre de Santé de Référence (CSR) et l'hôpital.

Selon les agents de santé interviewés, les gens commencent par les guérisseurs traditionnels où ils suivent deux à trois jours de traitements avec des décoctions, des plantes ; ils font aussi de l'automédication avec des médicaments de la rue. S'il n'y a pas d'amélioration ils vont ensuite chez les praticiens ambulants (infirmiers privés informels installés dans les villages) où ils reçoivent parfois des traitements inadaptés (posologies insuffisantes) pendant environ 10 jours. Si le traitement ne marche pas, ils se rendent ensuite au CSCOM, soit environ deux voire trois semaines après le début de la maladie, ce qui aboutit souvent à des complications.

Les comportements typiques observés par les agents de santé chez les patients, qui sont néfastes pour la santé, sont entre autres : l'automédication ; la prise d'antibiotique devant une fièvre, ce qui peut masquer le tableau de la maladie ; l'utilisation des médicaments de la rue ; le retard à venir au CSCOM ; les croyances que certaines maladies (anémie, fièvre jaune, certaines maladies psychiatriques etc.) ne peuvent pas se guérir au CSCOM ; et/ou la prise de médicaments traditionnels entraînant le développement d'autres pathologies.

Selon les agents de santé, les comportements positifs et les connaissances dont les patients ont le plus besoin sont : consulter vite au centre de santé en cas de maladie (dès le début de la maladie) ; que les femmes enceintes suivent correctement les CPN et la vaccination ; que les femmes enceintes viennent accoucher au centre de santé ; éviter les médicaments de la rue ; respecter les consignes des agents de santé ; connaître les méfaits de l'automédication et de

l'utilisation des plantes ; savoir que beaucoup de traitements sont gratuits pour les femmes enceintes et les enfants (étant donné que le manque de moyens est souvent la raison pour laquelle ils ne viennent pas au centre de santé) ; et obtenir des connaissances sur l'hygiène et l'assainissement.

Ce que les femmes aiment en allant au centre de santé, c'est être examinées, recevoir un traitement, savoir comment prendre les médicaments, avoir des informations sur l'alimentation du malade, avoir des conseils nutritionnels, être bien accueillies et prendre soins d'elles et avoir accès à des médicaments de qualité.

*« Au CSCOM, l'infirmier te consulte et te donne les médicaments appropriés. Et aussi, on identifie le mal et on donne des médicaments spécifiques qui le guérit. »*

*« Au CSCOM, on est à l'aise avec le personnel. Et pour certaines maladies on a besoin d'aller au CSCOM pour une guérison plus rapide. »*

*—Exemples de commentaires des femmes*

Certaines femmes apprécient bien le travail des agents de santé et reconnaissent l'effort qu'ils fournissent.

*« Nous aimons tout ce qu'ils font au CSCOM. Les agents sont toujours sur pied et travaillent sans relâche. Mais si jamais Dieu en décide autrement, ça dépasse la compétence des hommes ».*

*—Commentaire d'une femme*

Sur les 180 femmes qui ont participé aux discussions thématiques de groupe dans les villages enquêtés des deux régions, 110 (soit 61,1% des femmes) ont dit avoir été dans un centre de santé l'année dernière ; cette proportion est identique dans les deux régions (55/90). Elles sont allées au CSCOM en moyenne une à deux fois pour les raisons suivantes : paludisme, CPN, accouchement, infection génitale, ulcère, infection respiratoire, hypertension artérielle, maux de ventre, diarrhée.

Les interviews avec les prestataires de santé montrent que les centres de santé reçoivent en moyenne 12 patients par jour en saison sèche (octobre à juin) mais ce nombre double (24 patients ou plus par jour) en saison hivernale. Les centres de santé les plus fréquentés sont les CSCOM de Fana et de Fama qui reçoivent en moyenne 22 patients par jour en saison sèche et 35 en saison hivernale. Les CSCOM de Kerela, Blendio et Nongonsouala reçoivent au plus 5 patients par jour en saison sèche (10 patients par jour pour le CSCOM de Dembella) mais ce chiffre peut atteindre 20 patients par jour dans ces centres en saison hivernale.

Certaines femmes ont affirmé qu'elles vont chez le guérisseur traditionnel parce qu'elles n'ont pas les moyens.

*« Certaines préfèrent aller chez le guérisseur juste parce que c'est moins cher que le CSCOM, mais en réalité il n'y a aucune maladie qui ne puisse être guérie à l'hôpital et que le guérisseur réussisse. »*

*—Commentaire d'une femme*

Ce que les femmes aiment chez les guérisseurs traditionnels c'est qu'ils les accueillent bien, arrivent à guérir leurs enfants et les coûts ne sont pas élevés (parfois 250 à 500 FCFA en cadeau après la guérison, ou en nature avec poulet ou pagnes équivalent à 1500 à 4000 FCFA).

*« Chez le guérisseur, on est bien accueilli et ça coute moins cher. Il te donne des médicaments qui peuvent guérir la maladie ».*

*—Commentaire d'une femme*

Ce que les femmes n'aiment pas dans le fait d'aller au centre de santé, ce sont les coûts élevés des ordonnances, en particulier quand on n'arrive pas à guérir leur maladie ; le mauvais accueil ; la négligence ; les longs temps d'attente ; la non disponibilité des médicaments ; les retards de référence ; et ne pas obtenir de traitement par manque de moyens (risque de décès).

*« Si le CSCOM ne guérit pas, tu vas au CSRF ou à l'hôpital. Ce que nous n'aimons pas c'est si malgré tout ça le malade ne guérit pas. »*

*« Tu n'as pas le choix quand tu es malade. Tu dois dépenser de l'argent. Si tu n'as pas assez d'argent, ton patient meurt. En fait tu achètes les médicaments selon tes moyens. Quand ton patient meurt, tu n'es pas content ! »*

*—Exemples de commentaires des femmes*

Ce que les femmes n'aiment pas dans le fait d'aller chez le guérisseur traditionnel, c'est quand le guérisseur ne peut pas guérir la maladie, ne peut pas faire des analyses, quand il est de mauvaise humeur, ou quand il donne des médicaments qui aggravent la maladie.

*« Si le guérisseur n'arrive pas à guérir ta maladie, tu n'es pas content et là tu vas de guérisseur en guérisseur. »*

*« Quelquefois le guérisseur peut être de mauvaise humeur ; des fois, il peut aussi donner des médicaments qui aggravent la maladie. »*

*—Exemples de commentaires des femmes*

## **Utilisation des services et des produits de santé**

### **Services et médicaments utilisés ; disponibilité, accessibilité et coûts des services de santé**

Les services les plus utilisés dans les deux régions sont la consultation, les traitements et la pharmacie. D'autres services, tels les examens (labo et radio), la CPN, l'accouchement, la césarienne, l'hospitalisation, la chirurgie et la transfusion sanguine ont été cités dans toutes les discussions thématiques de groupe dans la région de Sikasso mais rarement ou jamais cités dans la région de Koulikoro.

Très souvent les femmes ne savent pas les noms des médicaments utilisés mais elles en ont parfois cité certains comme les antipaludiques suivants : Quinimax, Sulfadoxine-pyrimétamine, Nivaquine et Efferalgan (antalgique). D'autres médicaments mentionnés ont été le fer, les sérums, les pommades, les sirops, les médicaments contre le paludisme, les antibiotiques, les

anti-inflammatoires, les antalgiques et les antiparasitaires. Les médicaments génériques essentiels existent au niveau des CSCOM et des CSRF pour une somme modique.

Type de service	Koulikoro	Sikasso
Consultations	300–1 000 FCFA	500–750 FCFA
CPN	750–1 000 FCFA	750–1 250 FCFA
Injection	200 FCFA	100 FCFA
Accouchement : Simple	7 500–10 000 FCFA	1 250–4 000 FCFA
Accouchement : Difficile	35 000 FCFA (accouchement et soins)	
Chirurgie mineure		1 500 FCFA
Chirurgie majeure		10 000–35 000 FCFA
Perfusion		300–400 FCFA
Laboratoire	0	750–1 500 FCFA
Médicaments (coût unitaire)		5–80 FCFA (Antibiotiques : 150–250 FCFA; Injections : 100–1 100 FCFA)
Ambulance		25 000 FCFA

Les coûts dans les CSCOM sont inférieurs à ceux des CSRF. Certains services sont disponibles gratuitement comme certaines injections, certaines perfusions, la prise en charge de la malnutrition, le test de dépistage rapide du paludisme et les pansements. Dans la région de Koulikoro, les femmes ne connaissent pas le coût unitaire des médicaments ; elles peuvent donner le coût total de l'ordonnance. La majorité des femmes ont affirmé être allées au centre de santé l'année écoulée; les coûts des prestations reçues ont varié entre 3500 et 50 000 FCFA selon les maladies. Par exemple, une femme a soigné ses trois enfants tombés malades au même moment et cela lui a coûté la somme de 50 000 FCFA et une autre aurait passé toute l'année écoulée à suivre des soins pour des maux de ventre. Une femme aurait même dépensé 80 000 FCFA pour traiter son enfant qui a été victime d'une morsure de serpent.

Dans la région de Sikasso, d'une façon générale, les femmes ne connaissent pas les coûts des services. Selon les agents de santé, les gens paient en moyenne 2 000 FCFA quand ils ont besoin de soins dans un centre de santé et les coûts peuvent varier de 300 à 25 000 FCFA. Les maladies qui occasionnent les coûts de traitement les plus élevés sont le paludisme grave (10 000 FCFA ou plus) à cause des perfusions ; la fièvre typhoïde (15 000 FCFA) ; les morsures de serpent (30 000 FCFA ou plus) à cause du coût élevé du sérum antivenimeux ; les anémies sévères nécessitant parfois des évacuations (7 500 à 50 000 FCFA) ; les cures de hernie (40 000 à 55 000 FCFA) et hydrocèle et lipomes (15 000 à 20 000 FCFA) qui relèvent de la chirurgie ; les larges plaies (10 000 FCFA ou plus) ; et le traitement des infections pelviennes (6 000 FCFA).

Les distances pour se rendre au CSCOM varient entre 0 et 28 km<sup>1</sup> ; selon les normes du Ministère de la Santé du Mali, le rayon de couverture d'un CSCOM est de 15 km pour une

<sup>1</sup> 1 km = 0,621 miles

population de 10 000 à 15 000 habitants. Pour se rendre au CSRF, la distance varie entre 5 et 27 km mais peut parfois dépasser 100 km pour se rendre à l'hôpital.

Les populations se rendent aux centres de santé à pied, à vélo, à moto/mototaxis, ou ambulance (évacuation). Le coût du transport en moto/mototaxi est compris entre 250 et 2 000 FCFA et en ambulance entre 10 000 et 15 000 FCFA et peut aller jusqu'à 25 000 FCFA dans la région de Sikasso.

Le personnel des CSCOM est généralement constitué d'infirmiers, aides soignants, matrones, gérant de dépôt MEG, manœuvre/gardien, femmes de ménage et accoucheuses villageoises. Dans certains CSCOM, on trouve en plus des médecins, des laborantins et des obstétriciennes.

Les centres de santé sont ouverts tous les jours de la semaine avec un service de jour comme de nuit ; il y a toujours une permanence. D'une manière générale, dans les CSCOM visités, il y avait un nombre satisfaisant de personnel pour assurer les services ; le nombre moyen d'agents par CSCOM était de huit agents. Dans un CSCOM, le médecin a relevé une insuffisance de personnel en qualité. Au centre de santé, les patients sont généralement reçus par ordre d'arrivée, le temps d'attente n'excède pas 30 minutes. Pour les cas d'urgences, la prise en charge est immédiate à l'arrivée du patient. Par contre dans un CSCOM, il a été affirmé de longs temps d'attente pouvant atteindre deux à trois heures pour la CPN et quatre heures pour des visites médicales.

Les guérisseurs traditionnels sont en général dans le village ou aux alentours du village mais parfois certains sont entre 20 et 30, voire 100 km du village, et les populations s'y rendent à pied, à vélo ou à moto. Les coûts de déplacement varient entre 500 et 4 000 FCFA pour l'achat de carburant pour la moto. Chez le guérisseur traditionnel, les prestations coûtent de 200 à 500 FCFA ou en nature (3 pagnes équivalant à 4000 FCFA, ou un poulet équivalant à 1500 FCFA).

## **Financement de la santé**

### **Où est-ce que les femmes trouvent l'argent pour financer les frais de santé ?**

Dans les centres de santé, il n'y a pas de système d'assurance, d'aides ou de prêts pour la santé. Les mutuelles de santé ne sont pas très présentes ou connues dans cette région ; le patient doit alors tout « déboursier de sa poche ». Si le patient ne peut pas payer, parfois le CSCOM lui donne les produits à crédit ; certains paient la moitié, certains reviennent payer, d'autres ne reviennent jamais ; parfois le CSCOM offre les soins (surtout le premier traitement) en attendant l'arrivée des parents, ou en attendant que le patient soit en mesure de payer ; certains agents de santé ont affirmé avoir payé quelquefois de leur poche les soins de patients qui ne pouvaient pas payer.

Dans les villages enquêtés des régions de Sikasso et Koulikoro, les sources de financement des dépenses de santé sont les maris (vente de bétail, produits agricoles, produits artisanaux, fonctionnaires, tontines), les fonds du groupe EPC sous forme de prêts, les enfants (fonctionnaires, commerçants, artisans, en exode), les prêts avec une tierce personne (voisin, parent). Les femmes utilisent les fonds du groupe EPC qu'elles ont emprunté pour mener leur activité génératrice de revenus (AGR) afin de faire face aux dépenses pour se soigner ; ou

empruntent de l'argent dans la caisse du groupe sous forme de prêt-santé pour se soigner. Ces prêts-santé se remboursent comme les autres prêts : le taux d'intérêt est généralement compris entre 5% et 10% par mois (sauf dans deux groupes enquêtés où il n'y avait pas d'intérêt sur les prêts-santé), avec des pénalités de retard de 100 FCFA à 5% du montant emprunté par mois. Le montant de ces prêts-santé varie entre 2500 et 50 000 FCFA (selon la liquidité disponible dans la caisse) et la durée de remboursement entre deux et quatre mois.

Dans les villages de la zone de Sikasso, ce sont les maris qui prennent en charge tous les coûts de santé ; certaines femmes leur viennent en aide en prenant des prêts dans la caisse EPC.

Dans les villages de la zone de Koulikoro par contre, ce sont les femmes qui prennent le plus souvent en charge les dépenses de santé ; les maris n'interviennent que lorsque les frais sont élevés. Les sources de revenus de ces femmes sont le petit commerce, les tontines, la vente de céréales, volaille et bétail. Dans les deux centres de santé enquêtés dans cette région (CSCOM de Fana et Kerela), les populations se soignent parfois à crédit et remboursent par la suite. Dans certains villages de la région de Koulikoro, l'ONG BorneFonden assure la prise en charge totale des dépenses de santé des enfants qu'elle parraine de même que 60% des dépenses de santé des parents de ces enfants.

Les femmes souhaiteraient avoir un appui en fonds de commerce pour mener des AGR rentables (vente de céréales, embouche de bétail etc.) qui les aideraient à prendre en charge leurs dépenses de santé. Elles souhaiteraient en outre être appuyées pour développer d'autres stratégies pour épargner plus et pouvoir faire face à leurs dépenses de santé.

## **Analyse des résultats et éléments à approfondir**

Selon les résultats de la matrice d'analyse, les tendances, les difficultés et les implications pour un programme de santé avec des Groupes d'épargne EPC ainsi que les thèmes nécessitant plus d'analyse ou de clarification sont les suivants :

### **Problèmes de santé les plus courants**

Le paludisme simple et grave, la diarrhée, les infections respiratoires aiguës, les ulcères, les infections génitales, l'HTA, les hernies, les maux de dos, les maux de ventre et l'anémie sont les maladies les plus courantes dans les villages des deux régions de l'étude.

### **Principaux problèmes ou facteurs favorisant ces maladies**

Le manque d'information ou la méconnaissance sur les causes des maladies et la manière de les gérer dès leur apparition sont des contraintes majeures. Par exemple, les convulsions sont très fréquentes chez les bébés mais les femmes les citent comme une maladie à part entière (elles ne les lient pas au paludisme grave). Les femmes consultent rarement et tardivement le centre de santé, en moyenne une à deux semaines après le début de la maladie (quand la maladie est grave) ; elles ont honte de consulter le personnel soignant ; elles éprouvent des difficultés à gérer les problèmes avec les partenaires dans les couples polygames ; elles ont



une hygiène insuffisante et elles utilisent l'automédication (utilisation des plantes et médicaments de la rue).

Une analyse plus approfondie est nécessaire pour mieux comprendre les causes des infections génitales ainsi que les options de diagnostic et de traitement. Plus d'informations sont également nécessaires pour mieux comprendre les activités des centres de santé sur la diarrhée et la malnutrition (quelles sont les activités menées, fréquence, déroulement des causeries, cible, portée, système de rapportage, outils utilisés) et mieux connaître les partenaires intervenant au niveau des centres de santé dans la lutte contre la diarrhée et la malnutrition.

### **Mesures pour empêcher les maladies et difficultés rencontrées**

Pour éviter les maladies, les femmes ont cité l'utilisation des moustiquaires, l'hygiène/assainissement (boire de l'eau potable, nettoyer la cours, couvrir les aliments, traiter l'eau de boisson avec l'eau de javel, laver les mains avant les repas, manger des aliments sains et riches en nutriments, etc.), les plantes, la CPN, la vaccination des enfants ; certaines femmes disent ne rien faire.

Néanmoins, les difficultés persistent avec la non/mauvaise utilisation des moustiquaires, la non application des mesures d'hygiène, le manque d'accès aux produits (eau de Javel) pour traiter l'eau potable et les moustiquaires, la non/faible fréquentation CPN (problème culturel, la grossesse ne doit pas être dévoilée) et les croyances que la maladie est une fatalité.

Les problèmes avec la sécurité alimentaire et la nutrition inadéquate sont le résultat des revenus insuffisants des femmes et du manque d'informations sur la manière d'empêcher la malnutrition, y compris l'utilisation de produits locaux riches en nutriments et l'utilisation de bouillies enrichies pour les bébés.

### **Tendances des traitements contre les maladies et difficultés rencontrées**

En général, lorsque les femmes ou leur famille sont malades, elles utilisent des plantes et les médicaments de la rue ; elles vont ensuite chez le guérisseur traditionnel, puis chez les praticiens informels. Quand tout cela ne marche pas (soit une à trois semaines après le début de la maladie et/ou quand elle s'est aggravée), elles vont alors au CSCOM, au CSRF ou à l'hôpital.

Au niveau CSCOM, les services utilisés sont la consultation, les soins, la consultation pré et post natale, l'accouchement, la vaccination, la planification familiale et la petite chirurgie.

Au niveau CSRF et hôpital, ce sont la césarienne, la transfusion sanguine, les examens (labo, radio), la chirurgie et l'hospitalisation.

Les médicaments utilisés (comprimés, sirop, injectables, pommades) sont essentiellement les antipaludéens, les antibiotiques, les antalgiques, les anti-inflammatoires, les antiparasitaires, les antipyrétiques, les antianémiques et les contraceptifs.

Les principales difficultés quant à l'accès aux soins incluent : le retard de consultation au centre de santé ; le manque de moyens financiers pour avoir accès aux services de santé ; le pouvoir de décision faible des femmes ; la banalisation/négligence des signes des maladies ; les femmes ne savent pas que certains produits/prestations sont gratuits au centre de santé ; la distance par rapport aux centres de santé et les moyens de transport limités ; et la préférence envers une utilisation des soins traditionnels combinée aux croyances que certaines maladies ne peuvent pas être guéries au centre de santé ou que certains produits au centre de santé peuvent aggraver la maladie.

Il y a également eu des commentaires sur les ruptures de stocks de médicaments dans les centres de santé, l'insuffisance et la vétusté du matériel médico-technique dans les centres de santé (tensiomètre, thermomètre, boîtes d'accouchement et de petite chirurgie), une gestion et supervision insuffisantes, et des problèmes en ce qui concerne la disponibilité et la fiabilité des relais communautaires. Ces facteurs pourraient aider à réduire la confiance et la perception de fiabilité de ces services locaux.

Une analyse plus approfondie serait nécessaire pour mieux connaître le profil des relais communautaires, mieux comprendre leur fonctionnement (activités menées, thèmes abordés, objectifs, fréquence des activités, déroulement des causeries, portée, système de rapportage, outils utilisés) et pour mieux connaître les partenaires intervenant au niveau des centres de santé et leurs domaines d'interventions.

### **Autres comportements de santé : Planification familiale**

Les méthodes de PF citées par les femmes sont les méthodes modernes (pilule, injectables, méthode du collier, préservatif, Norplant, stérilet), la méthode traditionnelle (amulette ou « Tafo »), la méthode de l'allaitement maternel (MAMA) et l'abstinence ou lorsque la fille retourne chez sa mère jusqu'à ce que l'enfant marche. Les femmes reconnaissent l'efficacité et les avantages de la PF : permet à la maman de se reposer et d'être en bonne santé, l'enfant se porte bien, réduit les dépenses de la famille etc.

Les principales difficultés rencontrées sont le fait que certains maris ne sont pas d'accord avec la PF ; les croyances religieuses ; et les effets secondaires des contraceptifs.

Une analyse plus approfondie serait nécessaire pour mieux comprendre les activités des centres de santé sur la PF (activités menées, fréquence des activités, déroulement des causeries, cible, portée, système de rapportage, outils utilisés) et mieux connaître les partenaires intervenant au niveau des centres de santé sur la PF.

## **Sources de financement des dépenses de santé chez les femmes et difficultés rencontrées**

Les principales sources de financement des dépenses de santé chez les femmes sont les maris (vente de produits agricoles et artisanaux, salaire, tontine), les revenus des AGR des femmes, la caisse EPC, les prêts avec une tierce personne, les enfants et la vente de bétail, céréales ou volaille.

Les difficultés rencontrées sont le faible revenu des AGR des femmes, la crainte de ne pas pouvoir rembourser au groupe EPC, le détournement de l'objet des prêts AGR des femmes pour la santé, se soigner à crédit au centre de santé par manque de moyen et l'appauvrissement des femmes par vente de leur patrimoine.

Les mutuelles existent dans quelques rares villages de Sikasso. La plupart des femmes n'ont jamais entendu parler de mutuelles mais trouvent que l'idée est intéressante. Une analyse plus approfondie serait nécessaire pour mieux comprendre comment les mutuelles fonctionnent au Mali et lesquelles peuvent opérer ou être formées dans ces régions.

## **Implications pour la planification du programme**

Ces résultats comportent un nombre d'implications qu'il faut considérer lors de la planification d'un programme de santé efficace pour les groupes EPC. Ils sont résumés ci-après :

### **Éducation sur la santé**

Plus de modules d'éducation sont nécessaires sur les problèmes de santé les plus courants et une formation des animateurs sur l'utilisation de ces modules serait nécessaire pour renforcer les connaissances des femmes sur les maladies courantes, pour sensibiliser les femmes à consulter au centre de santé dès les premiers signes de la maladie et pour leur faire comprendre les dangers de l'automédication et de l'utilisation des médicaments de la rue. Les femmes ont également besoin d'informations et de qualifications pour planifier à l'avance les maladies ; pour la PF ; pour assurer l'utilisation des moustiquaires imprégnées ; pour améliorer les mesures d'hygiène ; pour souligner l'importance de la CPN ; pour améliorer les soins et l'alimentation des enfants en bas âge pour éviter la malnutrition ; et pour mettre en place des encouragements et des informations sur la manière d'utiliser les centres de santé pour empêcher et gérer les maladies. Les objectifs spécifiques de la nouvelle éducation devraient être d'améliorer les comportements de santé au sujet des CPN ; prévention et traitement de la diarrhée ; soin et alimentation des enfants en bas âge ; utilisation du centre de santé ; utilisation efficace des moustiquaires imprégnées (y compris comment et où les obtenir) ; et réduire l'automédication et l'utilisation des médicaments de la rue.

Des approches créatives peuvent être requises pour aider à garantir que les nouvelles connaissances se transforment en changement de comportements. Par exemple, pour le cas du paludisme, les groupes EPC pourraient être engagés à aider à améliorer l'utilisation des moustiquaires. Ou dans le cas de la PF, les femmes qui ont terminé leur maternité pourraient être

encouragées à parler de la PF aux plus jeunes (fils, filles, belles-filles) et aider à sensibiliser les maris sur l'intérêt et les avantages de la PF.

### **Capacité et outils pour payer les services médicaux**

La mise en place d'un programme de santé efficace pour les groupes EPC implique l'étude des possibilités pour aider les femmes à développer leurs AGR avec les modules de gestion des entreprises, la systématisation des prêts-santé dans les groupes EPC et l'appui aux femmes pour instaurer/renforcer les fonds de solidarité.

Des informations additionnelles sont nécessaires au sujet de la disponibilité et de l'accessibilité aux mutuelles locales pour évaluer la convenance et le potentiel de cette assurance communautaire pour les membres des groupes EPG.

### **Accès à des services et des produits de santé rentables**

Pour utiliser les informations et les compétences pour améliorer la protection de la santé, les femmes et leurs familles doivent également pouvoir avoir accès à des services et à des produits de santé accessibles et de qualité.

Cela suggère le besoin de collecter plus d'informations sur les services et les activités des centres de santé locaux et des autres ONG prestataires de santé de sorte que ces informations puissent être partagées avec les groupes EPC. La mise en place de liens durables entre les centres de santé, les autres prestataires de santé et les sources de produits de santé (tels que les moustiquaires, les SRO et les produits de traitement de l'eau) peut aider à garantir un mouvement bidirectionnel des informations sur les besoins et les services disponibles et à examiner diverses stratégies et liens qui auront des bénéfices potentiels à la fois pour les membres EPC et les prestataires de santé.

## **5. Conclusion**

### **Résumé des résultats**

Les problèmes de santé les plus courants dans les villages des deux régions de l'étude sont le paludisme simple et grave, la diarrhée, les infections respiratoires aiguës, les ulcères, les infections génitales, l'HTA, les hernies, les maux de dos, les maux de ventre et l'anémie. Le paludisme touche toutes les tranches d'âges, à la fois les hommes et les femmes, et il a été cité dans toutes les discussions thématiques de groupe comme étant la maladie la plus fréquente dans la communauté.

D'une manière générale, en dehors du paludisme où les femmes savent qu'il se transmet par les piqûres des moustiques, et la diarrhée qu'elles lient souvent au manque d'hygiène, elles ne connaissent pas les causes de ces maladies. La plupart des groupes ont été formés par les animateurs de CAEB ou GRAADECOSUR sur le paludisme. Elles avaient aussi des connaissances générales sur la protection contre la diarrhée et la malnutrition acquises auprès d'autres ONG, organisations ou des animateurs de GRAADECOSUR dans la région de Sikasso.

En général, lorsqu'elles-mêmes ou leur famille sont malades, les femmes utilisent les plantes et les médicaments de la rue ; elles vont ensuite chez le guérisseur traditionnel, puis chez les praticiens informels. Quand tout cela ne marche pas (soit une à trois semaines après le début de la maladie et/ou quand elle s'est aggravée), elles vont alors au CSCOM, au CSRF ou à l'hôpital.

Ce que les femmes aiment en allant au centre de santé c'est être examinées, recevoir un traitement, savoir comment prendre les médicaments, avoir des informations sur l'alimentation du malade, avoir des conseils nutritionnels, être bien accueillies et prendre soin d'elles et avoir accès à des médicaments de qualité.

Certains facteurs peuvent cependant influencer négativement l'utilisation des centres de santé. Ce que les femmes n'aiment pas dans le fait d'aller au centre de santé, ce sont les coûts élevés des ordonnances ; quand on n'arrive pas à guérir leur maladie ; le mauvais accueil ; la négligence ; les longs temps d'attente ; la non disponibilité des médicaments ; les retards de référence et quand le patient meurt par manque de moyens.

Les principales difficultés ou facteurs favorisant ces maladies sont la méconnaissance des causes des maladies par les femmes ; les convulsions sont très fréquentes chez les bébés mais les femmes les citent comme une maladie à part entière (ne les lient au paludisme grave) ; les femmes consultent rarement et tard au centre de santé, en moyenne une à deux semaines après le début de la maladie (quand la maladie est grave) ; la honte de consulter le personnel soignant ; les difficultés pour traiter les IST chez les partenaires dans les couples polygames ; l'insuffisance d'hygiène dans les toilettes communes pour les infections génitales et l'automédication (utilisation abusive des plantes et médicaments de la rue) ; la non/mauvaise utilisation des moustiquaires ; la non application des mesures d'hygiène ; la non/faible fréquentation CPN (problème culturel, la grossesse ne doit pas être dévoilée) ; les croyances (la maladie est une fatalité, certaines maladies ne peuvent pas être guéries au centre de santé, certains produits au centre de santé peuvent aggraver la maladie) ; le retard de consultation au centre de santé ; le manque de moyens financiers ; le pouvoir de décision faible de la femme—banalisation/négligence des signes des maladies ; les femmes ne savent pas que certains produits/prestations sont gratuits au CS ; les praticiens informels ; les coûts des prestations et des évacuations ; les distances par rapport aux centres de santé ; et les moyens de transport limités.

Au niveau des CSCOM, le paquet minimum d'activités est offert (consultation curative, soins, consultation pré et post natale, accouchement, vaccination, planification familiale et petite chirurgie). Au niveau des centres de référence (CSRF et hôpital), il existe un paquet complémentaire d'activités (césarienne, transfusion sanguine, examens [labo, radio], chirurgie et hospitalisation). Les médicaments génériques essentiels existent au niveau des CSCOM et des CSRF. Les centres de santé sont ouverts tous les jours de la semaine avec un service de jour comme de nuit ; il y a toujours une permanence. D'une manière générale, dans les CSCOM visités, il y avait un nombre satisfaisant de personnel pour assurer les services ; le nombre moyen d'agents par CSCOM était de huit agents. Le temps d'attente en général n'excède pas 30 minutes dans les CSCOM; pour les cas d'urgences, la prise en charge est immédiate à l'arrivée

du patient. Par contre dans un CSCOM, il a été affirmé de longs temps d'attente pouvant atteindre deux à trois heures pour la CPN et quatre heures pour les visites médicales.

Les principales difficultés rencontrées au niveau des centres de santé sont les ruptures de stocks de médicaments, l'insuffisance et la vétusté du matériel médico-technique de base (tensiomètre, thermomètre, boîtes d'accouchement et articles de petite chirurgie), l'insuffisance de moyens de déplacement pour la stratégie avancée et la supervision, le non recyclage des relais communautaires sur leurs rôles et responsabilités, la non motivation des relais (financière ou matérielle) et l'insuffisance des supports d'IEC pour les relais.

Les services les plus utilisés dans les deux régions sont la consultation, les soins et la pharmacie. D'autres services, tels que les examens (labo et radio), la CPN, l'accouchement, la césarienne, l'hospitalisation, la chirurgie et la transfusion sanguine ont été cités par tous les groupes de discussion dans la région de Sikasso mais très peu ou pas cités dans la région de Koulikoro.

Les coûts des prestations varient d'un CSCOM à l'autre. Les maladies qui occasionnent les coûts de traitement les plus élevés sont le paludisme grave, la fièvre typhoïde, les morsures de serpent, les anémies sévères nécessitant parfois des évacuations, les cures de hernie, hydrocèle et lipomes qui relèvent de la chirurgie, les larges plaies et le traitement des infections pelviennes (coûts variant de 6000 à 80 000 FCFA).

Dans les centres de santé, il n'y a pas de système d'assurance, d'aides ou de prêts pour la santé. D'une manière générale, aussi bien dans la région de Koulikoro que de Sikasso, les mutuelles de santé sont rares, voire inexistantes. Le patient doit alors tout « déboursier de sa poche ». Les principales sources de financement des dépenses de santé chez les femmes sont les maris (vente de produits agricoles et artisanaux, salaire, tontine), les revenus des AGR des femmes, la caisse EPC, les prêt avec une tierce personne, les enfants et la vente de bétail, céréales ou volaille. Les difficultés rencontrées sont le faible revenu des AGR des femmes, la crainte de ne pas pouvoir rembourser au groupe EPC, le détournement de l'objet des prêts AGR des femmes pour la santé, se soigner à crédit au centre de santé par manque de moyen et l'appauvrissement des femmes par vente de leur patrimoine.

Les distances pour se rendre au CSCOM varient entre 0 et 28 km ; selon les normes du Ministère de la Santé du Mali, le rayon de couverture d'un CSCOM est de 15 km pour une population de 10 000 à 15 000 habitants. Pour se rendre au CSRF, la distance varie entre 5 et 27 km mais peut parfois dépasser 100 km pour se rendre à l'hôpital. Les populations se rendent aux centres de santé à pied, à vélo, à moto/mototaxis, ou ambulance (évacuation). Le coût du transport en moto/mototaxi est compris entre 250 et 2 000 FCFA et en ambulance entre 10 000 et 25 000FCFA.

Aussi bien dans les villages de la région de Sikasso que de Koulikoro, les femmes connaissent les méthodes de PF les plus usuelles qu'elles ont citées dans la majorité des groupes de discussion (condoms, injectables, pilules et méthode du collier) ; le Norplant, le stérilet et l'abstinence ont été très peu cités. Elles ont aussi beaucoup cité une méthode traditionnelle de PF utilisant une ceinture appelée « Tafo » en langue locale.

Les femmes apprécient la PF pour ses nombreux avantages qu'elles ont cité : bonne santé de la femme et lui permet de se reposer, l'enfant se porte bien et la réduction des dépenses de la famille. La PF est arrivée un peu tard pour certaines qui avaient fini leurs maternités. De l'avis de certaines femmes, leurs maris ont pris conscience de l'intérêt de l'espacement des naissances et de la limitation du nombre d'enfants pour la santé de la femme, des enfants et la réduction des dépenses de la famille ; d'autres par contre ne veulent pas en entendre parler parce qu'ils veulent de la main d'œuvre. Dans les CSCOM de Nongonsual, les agents de santé ont bénéficié de l'appui du programme Keneya Ciwara financé par l'USAID qui forme les relais communautaires et assure leur recyclage. Dans le CSCOM de Fana, l'ONG Marie Stopes International-Mali intervient dans le domaine de la PF en rendant disponibles les méthodes contraceptives au coût unitaire de 300 FCFA.

## **Recommandations/Suggestions**

Au regard des résultats de l'étude, nous avons formulé les interventions possibles suivantes pour les intégrer aux groupes EPC :

- Utilisation améliorée des moustiquaires imprégnées. Renforcer les messages d'éducation, aider les femmes à déterminer où et comment s'approvisionner en moustiquaires imprégnées et à aborder d'autres barrières qui restreignent l'utilisation effective des moustiquaires par les groupes EPC.
- Ajouter des thèmes d'éducation. Proposer des modules qui abordent les problèmes de santé les plus courants. Certains modules développés par Freedom from Hunger pourraient être adaptés pour répondre à cela : Paludisme, Prise en charge intégrée des maladies de nos enfants, Planification familiale, Santé sexuelle et reproductrice des femmes, Diarrhée, Allaitement maternel et VIH/SIDA. La mise en place d'une stratégie de PF pour les groupes EPC devrait prendre en compte la sensibilisation des femmes qui ont terminé leur maternité à parler de la PF aux plus jeunes (fils, filles, belles filles) et la sensibilisation des maris sur l'intérêt et les avantages de la PF.
- Ajouter des modules d'éducation pour améliorer les connaissances et les compétences pour planifier, se préparer pour les maladies et mieux gérer leur impact. L'éducation devrait s'adresser à des comportements de santé spécifiques pour obtenir une amélioration, y compris : utilisation améliorée du CPN, consultation plus fréquente et plus tôt des services des centres de santé pour empêcher et gérer les maladies ; et pour réduire la dépendance de l'automédication, y compris l'utilisation des médicaments de la rue. Les modules « Planifier pour une meilleure santé » et « Utiliser les services de santé » qui ont été développés par Freedom from Hunger pourraient être adaptés et mis à profit pour améliorer les connaissances et les compétences pour se préparer à faire face aux maladies et à utiliser plus efficacement les services locaux.
- Établir des liens durables avec les centres de santé locaux et les autres prestataires de services clefs. Il serait très bénéfique de développer une communication et coordination efficaces avec les centres de santé et les autres partenaires intervenant dans la santé dans les villages pour aider à mieux comprendre les activités et les services disponibles des centres de santé

qui peuvent être partagés avec les groupes EPC ; une étude des liens potentiels avec les centres de santé pour améliorer l'accès, la qualité et la rentabilité des services de santé pour les membres EPC serait également bénéfique.

- Examiner les options pour aider les femmes à déterminer où et comment s'approvisionner en produits pour le traitement de l'eau potable, l'utilisation des aliments locaux pour améliorer la nutrition et d'autres produits de santé essentiels pour aider à prévenir et à gérer les maladies les plus courantes.
- Mettre en place des stratégies pour aider les femmes à développer leurs AGR à travers leur formation sur la gestion de la micro-entreprise. La systématisation des prêts-santé dans les groupes EPC, l'appui aux femmes pour instaurer/renforcer les fonds de solidarité et aussi l'aide pour trouver de nouvelles idées pour une utilisation plus efficace des fonds de leur groupe pourraient aider les femmes à améliorer leurs conditions de vie, lutter contre la pauvreté et renforcer leurs capacités pour la prise en charge de leurs dépenses de santé. Le module « Planifier pour une meilleure santé » pourrait être adapté et mis à contribution pour le renforcement des capacités des femmes dans la gestion des dépenses de santé de leur ménage.
- Réaliser une analyse plus approfondie pour mieux comprendre le fonctionnement des mutuelles au Mali en vue de faciliter les liens des groupes EPC avec les mutuelles de santé dans les localités où cela est possible.



## **Annexes**



## Annexe 1

### Guide de discussion thématique avec des groupes cibles pour les membres des Groupes d'épargne

#### Finalité

Comprendre les besoins de santé et les services médicaux accessibles aux membres des Groupes d'épargne.

#### Procédure

##### Préparation

Il est préférable de réaliser cet exercice dans un endroit clos avec 8-10 membres d'un Groupe d'épargne.

##### Étapes

1. Se présenter et souhaiter la bienvenue aux participants.
2. Expliquer les objectifs de l'étude de marché.
3. Faire le point sur les aspects pratiques avec les participants:
  - Les discussions de groupe prendront 1 à 2 heures.
  - Toutes les informations recueillies seront confidentielles.
4. Poser les questions suivantes :

##### Problèmes de santé courants

- Quels sont les problèmes de santé les plus courants auxquels votre famille et vous-même êtes confrontés ?
  - Quels sont les problèmes de santé courants des bébés ? Pourquoi ?
  - Quels sont les problèmes de santé courants des enfants ? Pourquoi ?
  - Quels sont les problèmes de santé courants des femmes ? Pourquoi ?
  - Quels sont les problèmes de santé courants des hommes ? Pourquoi ?
- À quel moment de l'année êtes-vous le plus confrontés à ces problèmes de santé ? Pourquoi ?
- Qu'est-ce que vous faites pour **ne pas** avoir ces problèmes de santé ?

##### Comportements de santé, services et coûts

- Qu'est-ce que vous faites lorsque votre famille ou vous-même êtes malade ?
- Où allez-vous pour vous faire soigner ? (guérisseur traditionnel, infirmière au village, pharmacie, centre de santé)
  - Qu'est-ce que vous aimez dans le fait d'aller à cet endroit pour vous faire soigner?
  - Qu'est-ce que vous n'aimez pas dans le fait d'aller à cet endroit pour vous faire soigner?
  - À quelle distance est-ce (km ou minutes) ?
  - Comment faites-vous pour y aller ? (Si vous prenez un bus, combien coûte un billet de bus aller-retour ?)
  - Quels services ou médicaments utilisez-vous ?

- Combien coûte chaque service ou médicament ?
- Où trouvez-vous l'argent pour couvrir ces frais ? (Si c'est votre mari, où trouve-t-il l'argent ?)
- Où préférez-vous trouver l'argent pour couvrir ces frais ?
- À quels autres endroits les gens vont-ils quand ils tombent malades ? Pourquoi ?
  - À quelle distance se trouvent ces endroits ?
  - Comment y vont-ils ? (S'ils prennent un bus, combien coûte un billet de bus aller-retour ?)
  - Quels services ou médicaments utilisent-ils ?
  - Combien coûte chaque service ou médicament ?
  - Où trouvent-ils l'argent pour couvrir ces frais ? (Si c'est leur mari, où trouvent-ils l'argent ?)
- Levez la main si vous avez été à un centre de santé au cours de l'année dernière.
  - Où ?
  - Pourquoi ?
  - Combien de fois ?
  - Combien cela a-t-il coûté ?

### **Connaissances précises sur la santé**

- Qu'avez-vous entendu dire à propos de la protection contre le paludisme ?
- Qu'avez-vous entendu dire à propos de la protection contre la diarrhée ?
- Qu'avez-vous entendu dire à propos de la protection contre la malnutrition ?
- Qu'avez-vous entendu dire à propos des moyens de planifier les naissances et le nombre de ses enfants (planification des naissances) ? Qu'en pensez-vous ?
- Qu'avez-vous entendu dire à propos des mutuelles ?

### **Divers**

- Que pouvez-vous faire vous-même pour améliorer votre santé et celle de votre famille ?
  - De quelle manière, par exemple, pensez-vous que les ONG peuvent vous aider à améliorer votre santé et celle de votre famille ?
  - Que souhaiteriez-vous également nous dire qui n'a pas déjà été évoqué ?
5. Résumer les points principaux et apporter des éclaircissements sur ceux qui prêteraient à confusion.
  6. Conclure la discussion.
    - Demander aux participants s'ils ont des questions sur l'étude.
    - Expliquer que les informations seront utilisées pour déterminer la façon dont les ONG pourraient les aider à protéger leur santé. Mais veiller à ce qu'aucune promesse ne soit faite.

Remercier les participants de leur participation.

## Annexe 2

### Guide d'entretien Prestataires de santé

#### **Finalité**

Comprendre les besoins de santé et les services médicaux accessibles aux membres des Groupes d'épargne.

#### **Procédure**

##### Préparation

L'entretien doit être mené avec des employés clés du centre de santé qui ont connaissance des caractéristiques des besoins de santé des membres et des services médicaux disponibles.

##### Étapes

1. Se présenter.
2. Expliquer *Épargner pour le changement* et les objectifs de l'étude de marché.
3. Faire le point sur les questions pratiques avec la personne interrogée :
  - L'entretien prendra 60 à 90 minutes.
  - Toutes les informations recueillies seront confidentielles.
4. Poser les questions suivantes :

#### **Maladies courantes**

- Quels sont les problèmes de santé les plus fréquemment traités par ce centre de santé ?
  - Quels sont ceux qui sont touchés le plus souvent par ces problèmes ? (bébés, enfants, femmes, hommes)
  - Pourquoi ces personnes sont-elles les plus touchées ?
  - Quelles pourraient être certaines des raisons de la fréquence de ces maladies ?
  - À quelle période de l'année les gens sont-ils le plus confrontés à ces maladies ?

**Remarque :** *Si elles sont disponibles, demander au prestataire de santé les statistiques sur les maladies les plus fréquentes et le profil des patients touchés (âge, sexe, situation socio-économique, etc.).*

#### **Connaissances sur la santé**

- Que savent actuellement les membres sur la prévention des maladies courantes ?
- Quels sont, le cas échéant, certains des problèmes de santé sur lesquels les membres pourraient être mal informés ?
  - Quelles pourraient être certaines des raisons de cette mauvaise information ?
- Quels types d'informations liées à la santé les membres peuvent-ils obtenir de ce centre de santé ?

#### **Comportements de santé et caractéristiques de l'utilisation des services médicaux**

- Comment les membres soignent-ils leur maladie avant de venir au centre de santé ?
- Combien de temps les membres attendent-ils avant de consulter dans un centre de santé ?
- Quels comportements typiques observez-vous chez les patients, qui sont néfastes à leur santé ?
- Quels sont les comportements positifs et les connaissances dont les patients ont le plus besoin ?

### **Disponibilité et accessibilité des soins médicaux et des produits sanitaires de qualité**

- Combien d'employés travaillent-ils dans ce centre de santé ?
- Quelles sont les catégories de personnel qui travaillent dans ce centre de santé ? (médecins, infirmières, sages-femmes, autres)
- Combien de patients le centre soigne-t-il habituellement en une journée ou une semaine ?
- Quels jours et à quels horaires les gens peuvent-ils venir se faire soigner au centre de santé ?
- Quelle distance de trajet (en km et en minutes) les gens parcourent-ils pour venir à ce centre de santé ? (S'ils viennent en bus, quel est le prix d'un billet de bus aller-retour ?)
- Quels sont les services et les médicaments fournis par ce centre de santé ? (soins courants, soins préventifs, soins curatifs et urgences)
- Quelles sont les durées d'attente pour les différents services et médicaments ?
- À quelles difficultés principales ce centre de santé est-il confronté pour fournir aux patients des soins de qualité et en temps utile ?

### **Coûts de la maladie, du traitement et du financement des services médicaux**

- Quels sont les services et les médicaments les plus courants que les gens obtiennent dans ce centre de santé ?
- Combien coûte chaque service et médicament courant ?
- Combien les gens paient-ils pour ces services ?
- Quelles sont les maladies qui occasionnent les coûts de traitement les plus élevés ? Pourquoi ?
- Combien les gens paient-ils (en moyenne) pour les services quand ils viennent au centre de santé ?
- Que faites-vous quand un patient ne peut pas payer ?
- Est-ce que vous proposez des aides ou des prêts pour les services de santé ? Si oui, comment cela fonctionne-t-il ?
- Est-ce que vous acceptez une assurance ? Si oui, comment cela fonctionne-t-il ?
- Est-ce que vous travaillez avec des mutuelles ?
  - Si oui, comment cela fonctionne-t-il ?
  - Si non, pourquoi ?

### **Connaissances précises sur la santé**

- Est-ce que d'autres organisations ou vous-mêmes assurez une éducation sur des thèmes de santé ? Sur quels thèmes ? Quand ? Comment ? (moyens de diffusion)
- Quelles sont les actions menées par vous-mêmes ou d'autres organisations dans les domaines de la prévention du paludisme, de la diarrhée et de la malnutrition ?

- Quelles sont les actions menées par vous-mêmes ou d'autres organisations dans le domaine de la planification des naissances ?
- Selon vous, qu'est-ce qui devrait être fait dans les domaines du paludisme, de la diarrhée, de la malnutrition et de la planification des naissances ?

### **Divers**

- De quelle manière, par exemple, pensez-vous que les ONG peuvent aider à améliorer la santé des membres et celle de votre famille ?
  - Que souhaiteriez-vous également nous dire qui n'a pas déjà été évoqué ?
5. Résumer les points principaux et apporter des éclaircissements sur ceux qui prêteraient à confusion.
  6. Conclure la discussion.
    - Demander à la personne interrogée si elle a des questions sur l'étude.
    - Expliquer que l'information sera utilisée pour déterminer la façon dont les ONG pourraient aider les membres des Groupes d'épargne à protéger leur santé.
    - Remercier la personne interrogée de sa participation.





## Annexe 3

Matrice d'analyse Étude de marché sur la santé avec des Groupes d'épargne du programme *Épargne pour le changement* au Mali

Questions clefs	Tendances	Difficultés	Implications pour un programme de santé avec des Groupes d'épargne EPC	Thèmes nécessitant plus d'analyse ou de clarification
Q1 Quels sont les problèmes de santé les plus courants ?				
Q2 Que faites-vous pour <u>ne pas</u> tomber malades avec ces problèmes de santé ?				
Q3 Que faites-vous quand vous ou votre famille tombez malades ? Où allez-vous pour obtenir un traitement ?				
Q4 Quels services ou médicaments utilisez-vous ?				
Q5 Où obtenez-vous l'argent pour payer les coûts médicaux ?				
Q6 Qu'avez-vous entendu dire à propos de la protection contre le paludisme ?				
Q7 Qu'avez-vous entendu dire à propos de la protection contre la diarrhée ?				
Q8 Qu'avez-vous entendu dire à propos de la protection contre la malnutrition ?				
Q9 Qu'avez-vous entendu dire à propos de la planification du moment pour avoir des enfants et du nombre d'enfants à avoir ? Qu'en pensez-vous?				
Q10 Qu'avez-vous entendu dire à propos des mutuelles ?				