



MALI

BURKINA FASO

CANADA

Le comité de femmes utilisatrices accroît la fréquentation des services de santé maternelle

S. Haddad¹, M. Soumana³, A. Bicaba², F. Coumare², M. Namory Traore³

¹ Université Laval/ Centre de Recherche du CHU de Québec, ² Société d'Études et de Recherche en Santé Publique, ³ Ministère de la Santé du Mali

Le comité de femmes utilisatrices

Les Comités de Femmes Utilisatrices (CFU) sont des regroupements de femmes desservies par un Centre de Santé Communautaire (CSCoM) d'une aire de santé spécifique. Leur création vise à pallier la sous-utilisation des services de santé maternelle et la sous-représentation des femmes dans la gouvernance des services. On compte une quinzaine de CFU dans le pays, implantés avec le soutien des autorités nationales et de la coopération canadienne.

Les CFU mènent des activités principalement destinées à : (i) favoriser l'émergence de femmes-leader dans la communauté;

(ii) accroître l'implication de femmes dans les Associations de Santé Communautaires (ASACO) et les collectivités territoriales; (iii) renforcer l'autonomie des femmes et leur pouvoir de prise de décision en lien avec leur santé; et (iv) promouvoir l'utilisation des services de santé. Leurs activités incluent la sensibilisation à l'utilisation des services de santé, à l'assainissement ou la nutrition par le biais de causeries éducatives, d'émissions radiophoniques ou de séances de démonstrations culinaires. Les membres des CFU recensent également les plaintes des femmes en se rapportant aux services de santé, et en font ensuite, état à l'ASACO.

De quelles connaissances manque-t-on ?

Les travaux de l'équipe¹ ont montré que le CFU contribue à l'émergence de femmes-leaders, et au renforcement du pouvoir d'agir des femmes. Il favorise leur implication dans la gouvernance des institutions de santé et leur accès à des postes clés. Jusqu'à quel point ces acquis se reflètent-ils dans les pratiques d'utilisation de services des femmes demeurant dans une aire de santé abritant un CFU ? La présence du CFU a-t-elle une in-

cidence sur le recours à la consultation prénatale. Se traduit-elle par un accroissement mesurable des accouchements assistés dans les centres de santé communautaires et les centres de santé de référence ? Le CFU peut-il jouer un rôle effectif dans la réduction du premier et du second retards associés à la mortalité maternelle ?

Quels sont les objectifs et méthodes ?

Cette recherche indépendante traite de l'impact du CFU sur la fréquentation des services. Elle est réalisée par des chercheurs du Mali, du Canada et du Burkina Faso. Elle repose sur l'analyse de l'évolution du nombre d'utilisatrices dans 5 aires de santé couvertes par un CFU (aires dites « exposées ») et 10 aires de santé n'en possédant pas (aires dites « témoin »). Les 5 aires exposées sont toutes celles pour lesquelles il était possible d'avoir au moins une année de recul après le lancement effectif des premières activités, et toutes celles pour lesquelles les données de fréquentation des formations sanitaires ont pu être retrouvées. Compte tenu de la complexité des itinéraires thérapeutiques en milieu urbain, les deux CFU de la capitale, Bamako, n'ont pas été inclus dans l'échantillon.

Les aires exposées sont celles de Tichitt, Diawely-Counda, Djema-Central, Kokry et Wayerma II. Pour chaque aire-exposée, 2 aires-témoin du même district sanitaire ont été sélectionnées. Lorsque plus de 2 aires-témoin étaient éligibles, le choix s'est porté sur celles présentant le plus de similitudes avec l'aire exposée. Les données proviennent du système d'information sanitaire et des registres des centres de santé. La fenêtre d'observation est de 24 trimestres, de janvier 2012 à décembre 2017. Les analyses reposent sur des modèles statistiques considérant les tendances séculaires rencontrées dans l'utilisation des services de santé, les variations saisonnières, et le regroupement des observations en grappes constituées chacune des 3 aires d'un même district. Les estimateurs dérivés concernent les effets moyens de la présence d'un CFU et l'effet spécifique dans chaque aire exposée.

Quelles preuves ont été rassemblées ?

La présence d'un CFU se traduit par une augmentation mensuelle moyenne de 12 consultations prénatales (tableau 1) et d'une dizaine d'accouchements au centre de santé de proximité. Si on tient compte des accouchements intervenant au

centre de santé de référence, ce sont, en moyenne, 15 accouchements assistés supplémentaires qui peuvent être attribués mensuellement à la présence du CFU.

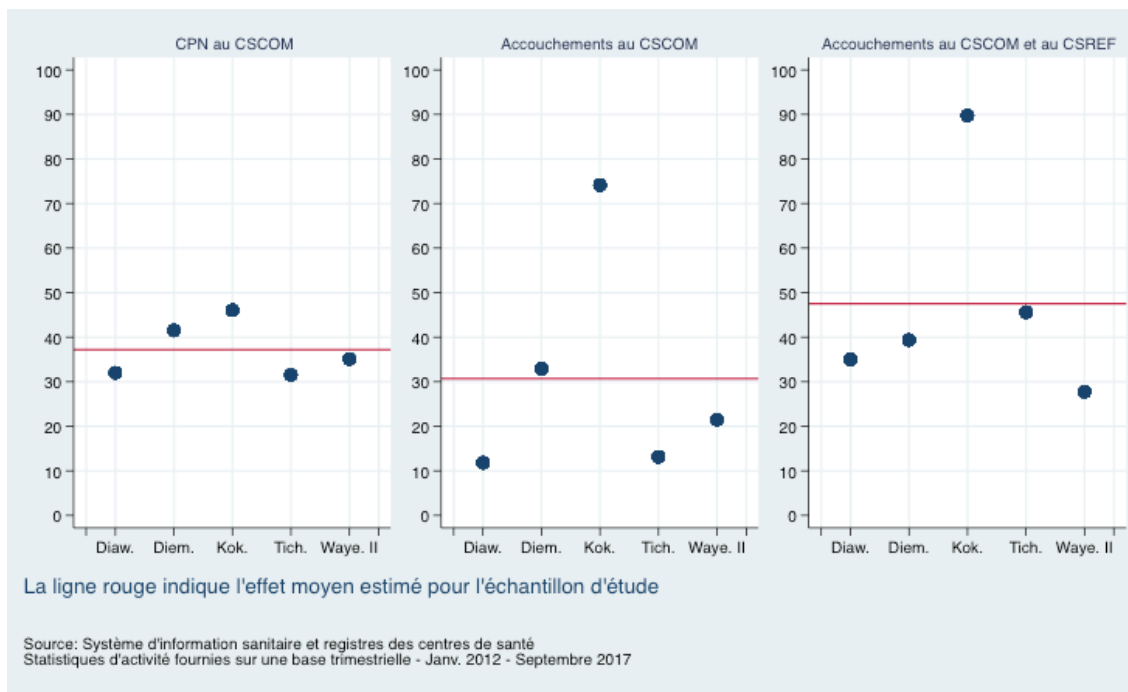
Tableau 1 : Gains attribuables à la présence d'un CFU par trimestre

Indicateur	Gain	intervalle de confiance	
Consultations prénatales	+37	8	66
Accouchements au CSCom de l'aire	+31	6	56
Accouchements au CSCom et au CSRef	+48	10	85

La figure 1 présente les gains estimés pour chaque aire de santé. L'impact du CFU varie selon l'indicateur et, naturellement, l'aire de santé. Chaque CFU rencontre lors de son implantation des réalités spécifiques et des conditions plus ou moins favorables. Le potentiel de croissance des niveaux de fréquentation varie

également selon les niveaux initiaux d'activité des centres de santé. Ainsi, c'est dans l'aire de Kokry que l'ampleur des gains est en termes absolus, le plus notable. Ils sont moindres dans celles de Tichitt, Diawely-Counda et Wayerma II.

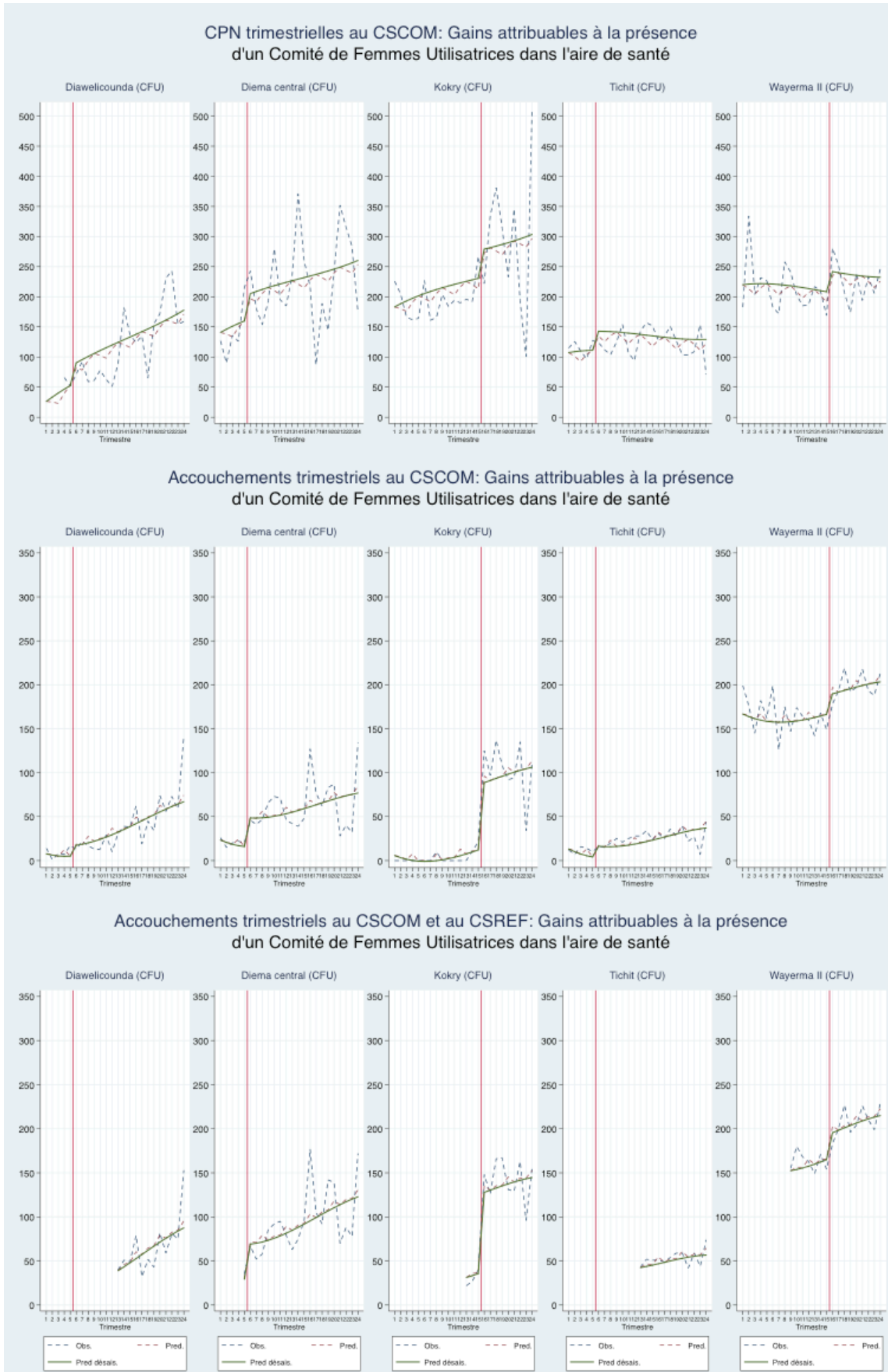
Figure 1 : Impacts attribuables au CFU dans chacune des aires de santé (gains trimestriels)



Les figures 2 à 4 rendent compte des progressions des 3 indicateurs dans chacune des aires de santé. Le trait vertical indique pour chaque aire, le trimestre où le CFU est entré en opération. Chaque graphique inclut 3 courbes correspondant respectivement aux valeurs trimestrielles observées, aux valeurs prédites après modélisation, et aux valeurs prédites désaisonnalisées. Le lecteur est invité à examiner la dernière courbe (en trait plein).

Le décrochage associé au lancement du CFU rend compte de l'impact estimé de la présence du CFU dans l'aire. On peut noter que les CSCom des 4 premières aires qui accueillait jusqu'à peu de parturientes, ont vu leur nombre d'accouchements assistés augmenter substantiellement (Tichitt, Diawely-Counda Djema-Central, Kokry).

Figure 2 à 4 : Gains attribuables au CFU selon l'aire de santé



Les résultats des analyses statistiques sont confortés par le volet qualitatif de l'étude et les entretiens réalisés : « *Le taux de fréquentation au niveau du centre a augmenté, le cas des refus autour de la campagne de vaccination a diminué.* » (Partenaire CFU, Yirimadio). « *Je pense que le CFU a apporté quelque chose à la communauté et même le CSCom, vu la manière dont il est fréquenté aujourd'hui. Pour se rendre compte de l'affluence au CSCom, il faut venir les lundi et jeudi ; tellement il y a du monde on se demande s'ils peuvent tous les servir.* » (Membre CFU, Diéma). Ces retombées sont pour une large part, attribuées aux activités de sensibilisation menées par les membres du CFU : « *Le taux d'accouchements au CSCom a considérablement grimpé. Cette évolution du taux est due aux activités de sensibilisation. Il y a certaines femmes qui ont fait beaucoup de maternités sans faire de consultations pré-*

natales, mais avec l'avènement du CFU, elles ont changé de comportement » (Partenaire CFU, Diéma).

L'augmentation de la fréquentation du centre de santé accroît les recettes de l'association communautaire et contribue à renforcer l'acceptabilité et l'adoption du CFU : « *L'arrivée du CFU a été salubre pour nous parce qu'il nous a ôté une grosse épine des pieds. Avant l'arrivée du CFU, les recettes de l'ASACO étaient très maigres. Mais avec le CFU, la situation a évolué positivement. Les femmes ont commencé à fréquenter de plus en plus le CSCom ce qui a occasionné une augmentation considérable des recettes de l'ASACO. Le CFU est venu résoudre les problèmes auxquels on était confrontés ...* » (Partenaire CFU, Diéma).

Quelles sont les limites et les forces de l'étude ?

Les principales limites résident dans la taille de l'échantillon de CFU, les variations importantes dans les niveaux de fréquentation des centres, et la présence de données manquantes, notamment en ce qui a trait aux utilisatrices du centre de référence. Ces contraintes limitent la puissance statistique, notamment pour l'estimation de l'impact spécifique par aire. L'analyse statistique ne permet pas non plus, d'expliquer les raisons des différences observées entre aires. Les principales forces de l'étude résident dans le devis de recherche longitudinal,

incluant de multiples points de mesure dans des aires exposées et témoin. La convergence des estimations obtenues pour chacun des indicateurs soutient l'hypothèse d'une bonne validité interne ; d'autant que les interprétations sont confortées par la composante qualitative de l'étude. Enfin, l'examen attentif des actions localement menées au cours des dernières années dans les 15 aires de santé, suggère qu'aucune autre forme d'intervention régionale ou locale ne pourrait expliquer les différences observées entre aires exposées et aires-témoin.

Que conclure ?

Le CFU a un effet tangible sur la demande de services de santé maternelle. Il contribue vraisemblablement à la réduction du premier et du second retards associés à la mortalité maternelle, même si son impact à long terme reste à confirmer. Les

avantages du CFU sont nombreux. C'est un dispositif communautaire efficace, requérant peu d'intrants, relativement simple à implanter. Il contribue de plus, au renforcement du pouvoir d'agir des femmes et à la réduction des inégalités de genre.

Remerciements & financement

La recherche a bénéficié d'une subvention de l'initiative Innovation pour la santé des mères et des enfants d'Afrique – un partenariat entre Affaires mondiales Canada (AMC), les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et le Centre de recherches pour le développement international (CRDI) du Canada.

Octobre 2018

Informations : slim.haddad@fmed.ulaval.ca, abicabaa7@gmail.com

i. Note de synthèse : « Les comités de femmes utilisatrices et le pouvoir d'agir des femmes » Coumare et al. Université Laval/ Centre de Recherche du CHU de Québec, ⁵ Société d'Études et de Recherche en Santé Publique. Octobre 2018