

# Ethno Logik

*L'anthropologie au service de l'action*

## Rapport de l'étude socio-anthropologique et genre sur l'accès aux soins de santé dans la province de Nampula, Mozambique

### **Rapport**

*Chiarella Mattern & Amber Cripps*



# Table des matières

|                                                                                                    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>I - INTRODUCTION</b>                                                                            | 4  |
| Objectifs de l'étude.....                                                                          | 4  |
| Méthodologie .....                                                                                 | 5  |
| Échantillonnage .....                                                                              | 8  |
| Personnes rencontrées .....                                                                        | 9  |
| Limites de l'étude .....                                                                           | 10 |
| <b>II - RÉSULTATS CLÉS</b>                                                                         | 11 |
| <b>A - Éléments contextuels</b> .....                                                              | 11 |
| 1. La conception des soins .....                                                                   | 11 |
| 2. Les dynamiques locales de genre selon les équipes d'Inter Aide .....                            | 15 |
| <b>B - Santé infantile</b> .....                                                                   | 16 |
| 1. Logiques de recours spécifiques pour les jeunes enfants .....                                   | 16 |
| 2. Pratique d'automédication et de soins à domicile .....                                          | 17 |
| 3. Curandero ou centre de santé ? Recours en fonction des maux.....                                | 18 |
| 4. Dynamique de genre dans les recours aux soins de l'enfant.....                                  | 19 |
| <b>C - Santé maternelle et reproductive</b> .....                                                  | 21 |
| 1. Planning familial.....                                                                          | 21 |
| 2. Grossesse .....                                                                                 | 29 |
| 3. Soins post-partum et soins du nouveau né .....                                                  | 36 |
| 4. Dynamiques de genre dans le recours aux soins de la femme/mère .....                            | 37 |
| <b>D - Accès à l'information sur la santé</b> .....                                                | 39 |
| 1. Sources d'information mobilisées par les communautés .....                                      | 40 |
| 2. Modalités de circulation de l'information .....                                                 | 41 |
| 3. Profils différenciés et accès à l'information.....                                              | 43 |
| 4. Appropriation et partage sélectif de l'information.....                                         | 45 |
| <b>E - Dysfonctionnements dans l'accès et la qualité des soins</b> .....                           | 46 |
| 1. Contraintes structurelles : distance, défaillances matérielles et contrôle des ressources ..... | 46 |
| 2. Dysfonctionnements économiques : la persistance des paiements informels .....                   | 47 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3. Paradoxes organisationnels : ressources humaines et qualité des soins.....                                                                                                                                                                                                                    | 48        |
| 4. Qualité relationnelle des soins : entre bienveillance et violence symbolique .....                                                                                                                                                                                                            | 50        |
| <b>III - SYNTHÈSE DES BARRIÈRES D'ACCÈS À LA SMI .....</b>                                                                                                                                                                                                                                       | <b>51</b> |
| 1. L'entrecroisement et le renforcement mutuel des barrières.....                                                                                                                                                                                                                                | 52        |
| 2. Le paradoxe responsabilité/pouvoir d'agir.....                                                                                                                                                                                                                                                | 53        |
| 3. Les vulnérabilités cumulatives selon les publics.....                                                                                                                                                                                                                                         | 56        |
| 4. Les obstacles systémiques .....                                                                                                                                                                                                                                                               | 58        |
| <b>IV - CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS .....</b>                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>60</b> |
| Conclusion 1 – Les parcours de soins sont fragmentés et marqués par une alternance entre recours biomédical et traditionnel, guidée par la recherche d'efficacité immédiate.....                                                                                                                 | 62        |
| Conclusion 2 – L'accès aux soins de santé infantile et maternelle est limité par un accès restreint des femmes aux finances et aux déplacements.....                                                                                                                                             | 64        |
| Conclusion 3 - L'accès à la santé reproductive, en particulier au planning familial, est restreint par les normes genrées, des représentations sociales néfastes et certaines exigences normatives.....                                                                                          | 68        |
| Conclusion 4 – L'accès à l'information en santé reste très limité, centré sur les femmes .....                                                                                                                                                                                                   | 70        |
| Conclusion 5 – Malgré des améliorations conséquentes dûes à la présence des équipes d'Inter Aide au niveau des unités sanitaires, la qualité de l'accueil, la confidentialité et les pratiques communicationnelles constituent encore un frein majeur à l'accès et à la continuité des soins. .. | 73        |
| Conclusion 6 – Les dynamiques autour du VIH constituent une barrière spécifique et particulièrement sensible.....                                                                                                                                                                                | 76        |
| Recommandation transversale et outils pour intégrer le genre et les enjeux sociaux dans l'accès à la santé maternelle et infantile .....                                                                                                                                                         | 77        |
| <b>ANNEXES.....</b>                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>81</b> |
| Annexe 1 - Bibliographie.....                                                                                                                                                                                                                                                                    | 81        |
| Annexe 2 - Guides de groupes de discussion .....                                                                                                                                                                                                                                                 | 83        |
| Annexe 3 - Fiche activité APP .....                                                                                                                                                                                                                                                              | 92        |
| Annexe 4 - Présentation de restitution finale .....                                                                                                                                                                                                                                              | 93        |

## Remerciements

Nous remercions les femmes, hommes et acteurs de santé qui ont généreusement donné de leur temps, qui ont répondu à des questions parfois sensibles, qui nous ont partagé leurs expériences, points de vue et visions, qui nous ont fait part de leurs suggestions pour renforcer l'accès à la santé pour tous et toutes. Nous remercions les équipes terrain et siège d'Inter Aide qui ont largement contribué au bon déroulement de cette étude de par leur disponibilité, leur engagement et leur enthousiasme tout au long de ce processus.

## Note des autrices concernant l'anonymat

Les photos présentées dans ce rapport ne correspondent pas nécessairement aux discours qui y sont juxtaposées. Par ailleurs, dans un souci d'anonymat, nous demandons à ce que les photos, sauf celles uniquement de l'équipe, soient retirées avant tout partage externe du rapport.

## Acronymes et terminologie

|                    |                                                                             |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| APE                | <i>Agentes Polivalentes Elementares</i> ou agent communautaires polyvalents |
| CPN                | Consultations prénatales                                                    |
| CPP                | Consultations post-partum                                                   |
| CS                 | Centre de santé                                                             |
| <i>Curandero/a</i> | Tradipraticien-ne                                                           |
| IVG                | Interruption volontaire de grossesse                                        |
| <i>Palestra</i>    | Séance de sensibilisation                                                   |
| PF                 | Planning familial                                                           |
| PT                 | <i>Parteiras Tradicionais</i> ou matrone                                    |
| PvVIH              | Personne vivant avec le VIH                                                 |
| SMI                | Santé maternelle et infantile                                               |
| SSR                | Santé sexuelle et reproductive                                              |
| VAD                | Visite à domicile                                                           |

# I - INTRODUCTION

## Objectifs de l'étude

Cette étude visait quatre objectifs principaux. Le premier consistait à réaliser une analyse socio-anthropologique et genre des freins et leviers d'accès aux soins formels dans le contexte d'intervention d'Inter Aide au Mozambique. Le deuxième objectif comprenait un diagnostic des stratégies et pratiques d'Inter Aide, selon une approche à deux volets : social et genre. Le troisième objectif poursuivait la finalité de renforcer l'intervention en formulant des recommandations pour améliorer l'impact du projet et mieux prendre en compte les dynamiques de genre. Enfin, le quatrième objectif visait à renforcer les compétences de l'équipe Inter Aide, tant sur le terrain qu'au siège, en termes de prise en compte du contexte socio-anthropologique et d'intégration du genre.

L'enquête telle que prévue dans les termes de référence visait à comprendre les blocages d'accès aux soins formels, qu'ils soient dispensés au niveau communautaire ou au centre de santé. L'étude s'est centrée sur les pratiques curatives plutôt que préventives, appliquées aux cas suivants : maladie de l'enfant, grossesse et contraception pour les femmes. Une attention particulière a été portée aux « success stories », c'est-à-dire des cas de parcours complexes de recours aux soins, ayant une issue positive, afin d'identifier les facteurs facilitateurs et de documenter les stratégies qui marchent chez les familles et les intervenants.

Afin de mieux comprendre les logiques qui orientent les comportements en santé, l'étude visait à documenter les déterminants socioculturels de la santé qui peuvent être définis comme l'ensemble des normes, des valeurs, des savoirs et des pratiques populaires en lien avec la santé, régissant les manières de faire, de dire et de penser la santé, la maladie ou encore le soin. L'enquête interrogeait plus particulièrement les représentations locales de la maladie et des soins, notamment les perceptions qui influencent les décisions en santé et les représentations de ce qui constitue des soins de qualité. L'étude s'intéressait également aux dynamiques de genre en santé : comment les normes sociales liées au genre (les stéréotypes, rôles et relations de genre) influencent l'accès et le contrôle des ressources, les mécanismes de prise de décision et les dynamiques de pouvoir. L'étude visait à identifier les contraintes spécifiques aux femmes et aux hommes mais également leurs capacités respectives.

Ce rapport présente d'abord les résultats de l'enquête puis formule des conclusions synthétisant les points clés de l'analyse. Le travail déjà entrepris par Inter Aide pour contribuer à améliorer la prise en compte des enjeux de genre intersectionnels est présenté dans chaque conclusion. Des recommandations sont ensuite formulées et pourront être priorisées selon la faisabilité et l'impact envisagé dans un esprit d'efficience.

## Méthodologie

### *L'approche socio-anthropologique*

L'approche socio-anthropologique n'aspire pas à une représentativité statistique, mais à une représentation de la diversité des situations pour apporter une compréhension fine du vécu et de la logique humaine. Elle vise à documenter les connaissances, attitudes et pratiques et à comprendre comment elles varient entre divers groupes pour identifier les facteurs d'influence, ou déterminants sociaux y compris de genre. Il s'agit de comprendre les perceptions, conceptions et représentations et d'élucider comment elles se construisent et comment elles influencent la façon d'appréhender et de vivre une situation, ici la santé.

### *Un cadrage en profondeur de l'enquête*

Nous avons adopté un temps long pour la phase de cadrage de l'enquête ce qui a permis de commencer à identifier des thématiques récurrentes et des points d'attention à explorer lors de la mission terrain. Des entretiens individuels ou groupés ont été menés auprès des équipes du siège (3) et du terrain (1), un entretien groupé a ensuite été mené avec chaque équipe terrain (2). Ces échanges ont permis d'amorcer l'identification des défis d'accès au soin avec une attention particulière aux enjeux de genre et à documenter les postures et stratégies adoptées par les équipes face à ces défis.

Au cours de cette phase les équipes ont également identifié les points focaux genre qui allaient accompagner les consultantes sur le terrain et recevoir un renforcement de compétences individualisé. Cette action s'inscrit dans une vision de pérennisation de l'impact de la consultance.

### *Une enquête qualitative rapide*

La collecte de données a été réalisée du 6 au 14 novembre, avec des missions du 6 au 8 novembre sur deux unités sanitaires de Monapo et du 10 au 12 novembre dans une unité sanitaire de Mogincual, les équipes d'Inter Aide s'étant retirées de la seconde unité sanitaire temporairement au moment du passage de la mission.

Nous avons adopté **une méthodologie qualitative rapide**. Deux équipes de trois personnes ont été constituées, comprenant chacune une consultante, un-e point focal genre de l'équipe, et un-e traducteur-ice. Durant l'enquête, chaque équipe conduisait le recueil de données en journée, puis une analyse en commun des résultats était réalisée en fin de journée. Un débriefing plus approfondi a été mené à la fin des activités sur chaque localité.



Le recueil de données s'est appuyé sur les outils classiques des sciences sociales - entretiens semi-directifs (20), groupes de discussion (8), et observations (6) - ceci sur la base de trames préalablement élaborées. La particularité de ces méthodologies réside dans la liberté de réponse laissée à l'interlocuteur. L'utilisation de questions ouvertes invitant au récit de vie permet de créer un cadre d'écoute de la personne où l'interlocuteur est à même d'orienter la conversation vers ce qu'il considère de plus essentiel.

Le tableau ci-dessous synthétise les activités menées au cours de la mission au Mozambique. Des entretiens ont été menés avec plusieurs membres de l'équipe de Mogincual. Cette activité était également prévue sur Monapo mais n'a pas pu avoir lieu au vu des contraintes d'agenda.

## Activités menées lors de la mission au Mozambique

### Monapo

- Atelier équipe - 13 personnes
- Briefing/débriefing enquête qualitative
- 4 Focus groups :
  - leaders - 8 hommes, 1 femme
  - jeunes filles - 8
  - femmes - 8
  - femmes - 8
- 10 Entretiens - 14 pers :
  - 5 femmes : 2 PvVIH, 15 ans, accouché maison, accouché CS
  - 2 femmes - fille et mère (collectif)
  - 1 homme
  - 2 curanderas dont 1 PT
  - 2 - 1 PT, 1 APE (collectif)
  - 2 infirmières - Chef CS, SMI (collectif)
- 2 Observations :
  - consultations pédiatriques et VIH

### Mogincual

- Atelier équipe - 10 personnes
- Briefing/débriefing enquête qualitative
- 4 Focus groups :
  - femmes - 7
  - femmes - 7
  - hommes - 9
  - hommes - 3
- 10 Entretiens - 14 pers :
  - 3 femmes : PvVIH, PF, adolescente mère
  - 1 homme
  - 1 curandero
  - 2 PT (collectif)
  - 1 Infirmière SMI état
  - 2 responsables (collectif)
  - 2 superviseurs (collectif)
  - 2 facilitateurs (collectif)
- 4 Observations :
  - consultations pédiatriques/générales
  - 2 V&D avec PT
  - 1 palestras

### Atelier de restitution à chaud groupé auprès des 2 équipes

### Ateliers participatifs d'initiation aux méthodologies d'analyse des barrières d'accès aux soins

Dans chaque localité, le recueil de données a débuté par une étape préliminaire et des **ateliers d'initiation** des équipes d'Inter Aide 1) aux enjeux de genre en santé et 2) à la méthode d'enquête qualitative.

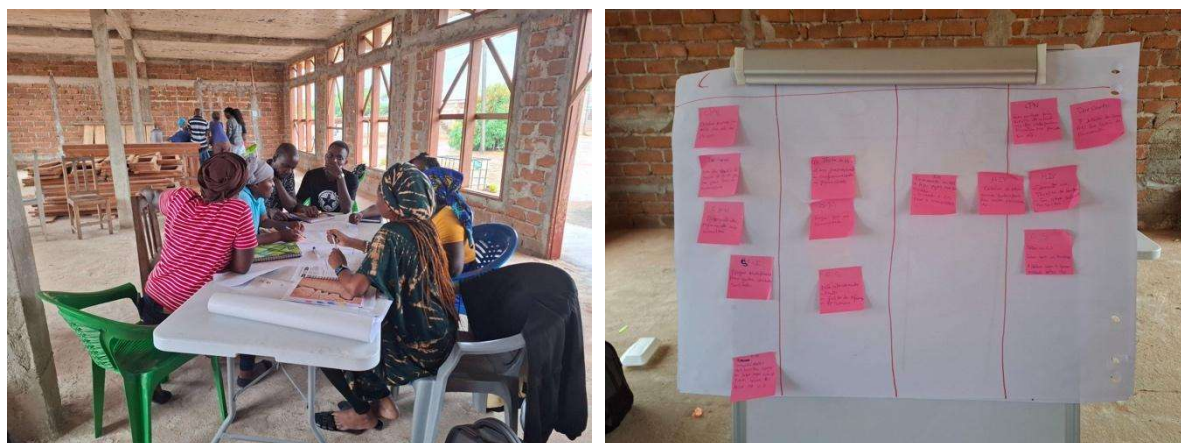


L'atelier genre en santé a permis de commencer à explorer les barrières d'accès aux soins liées au genre et d'initier les participants aux concepts de genre à travers les activités suivantes :

- activité sur les stéréotypes de genre et leur impact sur la santé et l'accès aux soins
- activité sur la division genrée des rôles en général et liés à la santé et aux soins
- Power Walk sur les barrières d'accès aux soins

Le dernier jour de la mission, une **restitution des résultats à chaud** a été réalisée lors d'un atelier final regroupant les deux équipes. Le processus de restitution a été mené de manière

participative : les équipes ont complété ou précisé les informations recueillies. L'après-midi a été consacré à l'analyse de l'action sur la base des résultats et de l'outil de continuum de genre (voir Boîte à outils genre et épidémies - référence dans la bibliographie). Cet outil permet de comprendre le niveau de prise en compte du genre et des enjeux sociaux dans les actions existantes, des recommandations découlent de cette analyse et pourront servir aux équipes pour formuler un plan d'action.



Ce travail collaboratif visait le renforcement des compétences des équipes dans le recueil, l'analyse et l'opérationnalisation des données qualitatives pour une meilleure prise en compte des enjeux sociaux et de genre. Elle visait également le renforcement des compétences de suivi du projet à travers un atelier de co-analyse des actions, la co-formulation de recommandations, l'introduction à l'outil continuum de genre, et la mise en place de points focaux.

## Échantillonnage

L'enquête ciblait plusieurs catégories de personnes :

- **la population générale** : femmes et hommes de tout âge ;
- **les leaders communautaires** : leaders religieux, membres des comités de cogestion de la santé au niveau villageois, professeurs ou autre ;
- **les acteurs locaux de santé** : les professionnels de santé au niveau des centres de santé (CS) et les acteurs de santé au niveau communautaire (matrones ou *parteiras tradicionais* (PT), les agents communautaires polyvalents ou *agentes polivalentes elementares* (APE) et les tradipraticien-nes ou *curanderos* et *curanderas*)
- **les équipes Inter Aide** : les équipes terrain (facilitateurs, superviseurs, infirmier-ères responsables SMI et général et responsables programmes) et les équipes siège

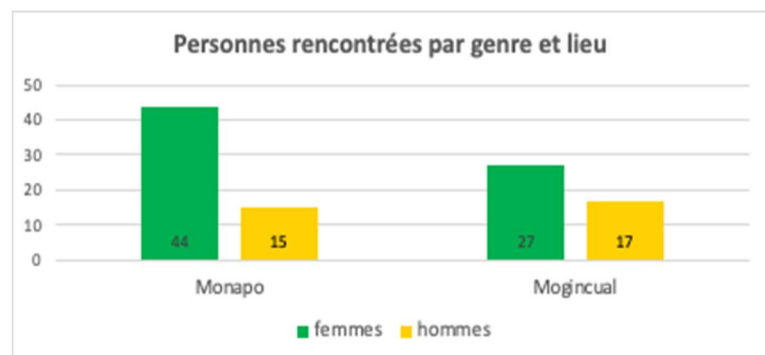
Il est à noter que les catégories de cibles ne sont pas toujours étanches : certains PT rencontrés étaient également des *curanderas*, certains leaders religieux étaient des APE et certains *curanderos* avaient intégré le comité de cogestion villageois.

En ce qui concerne la population générale, l'échantillonnage s'est effectué sur la base de parcours emblématiques et de success stories, en essayant de représenter la diversité des situations liées aux différentes barrières et leviers d'accès aux soins formels. Nous avons mené des entretiens et focus groups spécifiques sur les enjeux liés à la santé reproductive (grossesse, accouchement, soins post-partum et planning familial) et d'autres axes davantage sur la santé infantile. En pratique, cette division n'a pas été totalement étanche. Elle a néanmoins permis de s'assurer d'inclure des profils de femmes à intérêt particulier, ceci sur la base des discussions menées lors de la phase de cadrage.

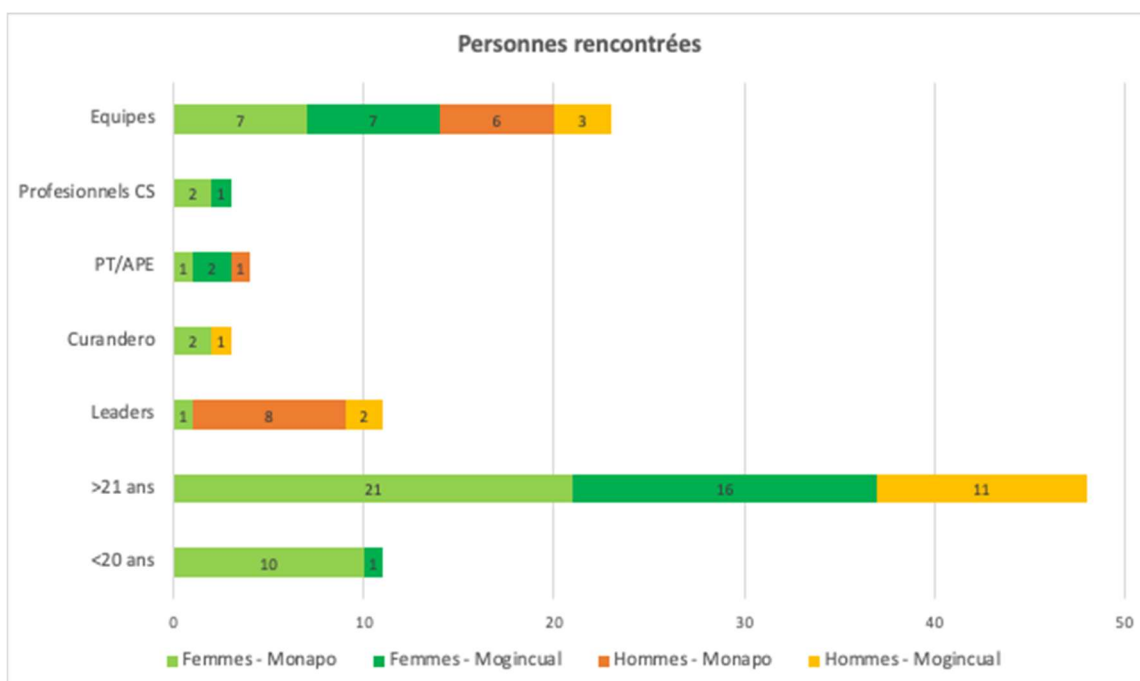
Pour les entretiens en santé sexuelle et reproductive (SSR), les profils recherchés incluaient des femmes dont le souhait initial était d'accoucher à domicile mais qui ont finalement choisi d'accoucher au centre de santé, des femmes ayant eu recours notamment au curandero pendant la grossesse ou encore celles ayant rencontré des défis avec leur mari vis-à-vis de l'accès à la contraception ou suite à un test VIH positif. Pour les jeunes femmes, les profils identifiés comme particulièrement intéressants à inclure comprenaient les jeunes-mères non mariées et celles utilisant le planning familial contre la volonté de leur mari ou parents. Pour les entretiens avec des femmes sur la santé infantile, les profils recherchés incluaient des femmes multipares avec au moins deux enfants de moins de cinq ans et des femmes primipares dont l'enfant a moins de deux ans.

### Personnes rencontrées

Toutes catégories confondues, l'enquête a permis de rencontrer 103 personnes dont 71 femmes et 32 hommes. A Monapo, nous avons rencontré 59 personnes et à Mogincual, 44 comme indiqué dans le graphique ci-contre.



Grâce au travail en amont de planifications des entrevues par les équipes, l'enquête a permis de rencontrer des jeunes femmes de moins de 21 ans avec ou sans enfants, des femmes primipares et multipares de tout âge dans des relations de couples monogames ou polygames, s'étant séparé précédemment de leur partenaire ou non puis remis en couple ou non, y compris certaines ayant vécu un accouchement à domicile, une fausse couche, une hémorragie postpartum, un décès infantile périnatal ou non, des femmes ayant eu une grossesse précoce. Nous avons rencontré des hommes de tout âge, y compris des leaders communautaires religieux ou appartenant au comité de cogestion. Des acteurs du système de santé formel au niveau des centres de santé (professionnels de santé) et au niveau communautaire (PT et APE) ainsi que des acteurs de santé traditionnels (curanderos et curanderas) ont pu être rencontrés et observés sur les deux terrains. Les membres des équipes Inter Aide intervenant sur le programme de santé ont tous participé aux activités.



## Limites de l'étude

L'étude présente plusieurs limites qu'il convient de considérer dans l'interprétation des résultats.

- Temps d'observation restreint des activités d'appui aux services de santé** : les observations menées dans les centres de santé ont été restreintes à des créneaux d'environ une heure par site, ne permettant qu'une immersion partielle dans le fonctionnement quotidien des services. Les observations de consultation ne concernent que deux personnels soignants. Ces observations ont en outre été réalisées un lundi (Mogincual) et un vendredi (Monapo), des journées généralement marquées par une forte affluence, ce qui peut avoir influencé la dynamique observée, la posture des soignants, le rythme des consultations et ne pas refléter les pratiques habituelles en période plus calme. Ces résultats doivent donc être interprétés avec prudence. Il conviendra également d'apprécier le biais lié aux modifications de comportements dues à une présence inconnue dans le service, et également la fréquence à laquelle ces conditions particulières se présentent, afin d'évaluer dans quelle mesure les comportements observés reflètent — ou non — les pratiques habituelles.
- Exploration limitée du contexte communautaire** : en raison du temps limité sur le terrain, certaines dimensions contextuelles — notamment les interventions et actions au niveau communautaire en dehors des visites au centre de santé — n'ont pu être explorées en profondeur (visites à domicile et palestras). Ces éléments invitent à une lecture prudente des résultats et soulignent l'intérêt de mener des investigations complémentaires pour affiner les analyses.

- **Biais de sélection** : les participants ont été identifiés selon des critères prédéfinis ci-dessus, ce qui a permis de cibler des profils jugés intéressants mais qui a aussi pu introduire un biais de sélection et limiter la diversité des profils enquêtés.

## II - RÉSULTATS CLÉS

### A - Éléments contextuels

#### 1. La conception des soins

##### *1.1 Complémentarité entre biomédecine et soins traditionnels dans les parcours de soins*

L'analyse des récits de maladie révèle des recours multiples pour un seul épisode de maladie et une hiérarchie des recours qui varie selon plusieurs facteurs : la gravité perçue de la maladie, les ressources financières disponibles, et l'histoire thérapeutique de l'épisode. Malgré la préférence affirmée pour le centre de santé (CS), une complémentarité entre médecine moderne et traditionnelle est largement reconnue. L'articulation se fait souvent de manière séquentielle et pragmatique, les récits des participants se construisent généralement comme suit : « Si ça ne marche pas au centre de santé, on ira chez le curandero ». Les femmes interrogées reconnaissent que le recours au curandero intervient généralement après échec des traitements au centre de santé, notamment lorsque l'enfant ne guérit pas après plusieurs consultations. Certaines femmes rapportent avoir été référées au curandero par le personnel de santé en cas d'échec de traitement. Cette hiérarchie théorique des recours cache une réalité plus complexe.

Une analyse pragmatique de « quels soins vont mieux guérir » s'opère. Par exemple, une femme de 39 ans à Monapo dit « préf[er] l'hôpital parce que c'est plus facile, c'est-à-dire que ça guérit plus facilement ». Elle ajoute qu'elle n'a « pas l'habitude d'aller chez le curandero, elle y va seulement si les soins au centre de santé, ça ne marche pas. ». Le choix du recours - centre de santé ou guérisseur - est aussi rationalisé en fonction d'une catégorisation des maladies : certaines relèvent de la biomédecine, d'autres des soins traditionnels, particulièrement celles liées aux esprits ou à un sort. Une femme explique que s'il s'agit d'une maladie résultant d'un sort, c'est chez le curandero qu'il vaut mieux consulter : « Je vomissais, c'était le palu, je ne suis pas allée au curandero. C'est mieux d'aller au centre de santé, mais pour certaines maladies, c'est mieux le curandero. Par exemple, quand quelqu'un jette quelque chose dans ton corps, une pierre ou du bambou. C'est quand tu sens que ton corps fait tellement mal d'un côté, quand tu es très malade et qu'au centre de santé on te donne rien. Le curandero il l'enlève de ton corps. Il a fait bouillir [la concoction] et j'ai inspiré la vapeur. Après je me suis sentie mieux ». Pour les maladies interprétées comme relevant de la santé mentale ainsi que les convulsions (« l'épilepsie ») c'est souvent également au curandero qu'on va faire recours selon les hommes rencontrés à Mogincual,

autant parce que cela relève possiblement de ses compétences (« On ne sait pas si c'est un sort ou c'est naturel ») que sur la base de l'expérience collective (« On a entendu qu'un type de guérisseur va bien soigner ça »). La jalousie, notamment dans les contextes de polygamie, est également présentée comme pouvant causer un épisode de maladie.

Les entretiens avec les curanderos confirment la complémentarité perçue des systèmes de soins. Une curandera explique : « Il y a des maladies pour eux [les soignants biomédicaux] et d'autres pour moi ! Tous les traitements de l'hôpital ne changeront rien, si c'est l'esprit qu'il faut enlever ». Cette division du travail thérapeutique est également reconnue par certains personnels de santé qui, face à des cas de patients résistants aux soins qu'ils leur dispensent, orientent eux-mêmes les familles vers les tradipraticiens. Un discours mobilisant les coutumes locales, souvent résumé par l'expression « On est Africains », est fréquemment invoqué pour justifier le recours au *curandero*, perçu par les équipes et certains soignants biomédicaux comme une pratique répandue.

Cette hiérarchie des recours n'est jamais définitive et fait l'objet de négociations continues au sein des familles. Les curanderos eux-mêmes participent à cette régulation en référant certains cas au centre de santé, particulièrement pour les enfants et les femmes enceintes. Un curandero explique : « Si pendant l'historique j'entends que la personne est malade depuis longtemps et qu'elle n'est pas encore allée au centre de santé, alors je dis d'y aller. Et surtout dans le cas des enfants ». En même temps, ils se disent compétents pour prendre en charge certaines maladies plus spécifiquement, comme décrit plus haut. Dans ces cas, ils offriront leurs soins et auront moins tendance à référer des patients vers le CS. Par ailleurs, le recours aux soins est également déterminé par la personne en charge du malade (la mère pour l'enfant, l'épouse pour le mari malade ou inversement, un membre de l'entourage, etc.). En effet, les membres d'un comité de cogestion ont noté que « quand quelqu'un est malade, ce n'est pas le malade qui décide où aller, c'est les personnes qui s'occupent du malade ». Cette conception influence les mécanismes de prise de décision sur le parcours de soins du malade.

Certains individus rejettent catégoriquement les pratiques traditionnelles. Une jeune femme de 23 ans affirme par exemple : « Je ne vais pas chez le curandero, je n'y vais pas du tout, personne de ma famille n'y va, ni mon mari non plus. Je ne suis pas du tout d'accord avec ces pratiques traditionnelles ». Un mari explique également que sa femme n'a jamais eu recours au curandero puisque « c'est contre sa religion [chrétienne] ».

Une norme forte de « non mélange » régit cette complémentarité : les deux types de soins ne peuvent pas être administrés simultanément. Une mère explique par exemple qu'après une hospitalisation inefficace, elle a « arrêté les médicaments [pour ne pas mélanger les types de soins] et [elle est] allée chez le curandero ». Le risque d'une synchronicité dans les soins est noté dans les discours : le soignant ne pourra pas avoir la main sur l'épisode de maladie, ce qui met à risque le patient.

Une volonté d'intégration de cette réalité de coexistence des deux types de soins est visible dans la démarche de l'Etat Mozambicain dans le sens d'une reconnaissance officielle des curanderos et de leur intégration dans les comités de cogestion villageois.

### 1.2 Types de soins traditionnels - témoignage d'un curandero

Les curanderos rencontrés présentent une variété de profils, de récits retraçant leur vocation, ainsi qu'une variété de savoirs et de « protocoles » pour la prise en charge des maladies. L'exemple suivant illustre les pratiques des curanderos tels que nous les avons observées pendant l'enquête. Il est emblématique d'une prise en charge holistique des maladies, puisque, comme décrit, il indique prendre en charge une diversité de maux, tant physiques que sociaux.

#### **Etude de cas : Types de soins fournis par un curandero**

Ce curandero âgé de 75 ans soigne les villageois depuis l'âge de 35 ans . Il a appris le métier de son oncle et est devenu curandero suite à son décès. Il soigne « avec les plantes ». Parmi les affections physiques qu'il prend en charge, il mentionne notamment les douleurs abdominales intenses accompagnées de vomissements : « Quand quelqu'un a mal au ventre, ça lui fait tellement mal qu'il commence à vomir trop tôt le matin, je sais traiter ça. » Il traite également les problèmes menstruels, particulièrement lorsque « les règles ne passent pas », mais seulement après avoir vérifié que la patiente n'a pas eu recours au planning familial à l'hôpital. Dans ce cas, il utilise des racines qu'il collecte lui-même, qu'il lave, découpe et cuit, et que la patiente doit prendre pendant trois jours. Il mentionne aussi traiter l'infertilité. Il s'occupe par ailleurs des « enfants qui souffrent trop du nombril [hernie] » et traite « même les enfants qui ont été éteints par les féticheurs. » Une part importante de son travail consiste en des traitements préventifs. Il effectue des cérémonies protectrices pour les nouveau-nés avant leur première sortie de la maison, « pour que les gens de mauvaise foi, les voisins de mauvaise foi, quand ils viennent, ne puissent pas atteindre cet enfant. » Il prépare aussi des plantes pour laver les enfants afin que les éventuels « mauvais esprits » présents chez leur mère ne leur soient pas transmis.

Au-delà des maux physiques, le tradipraticien intervient également sur des problèmes sociaux et relationnels. Il traite « quelqu'un de malchanceux » en lui donnant « un bain pour avoir la chance que Dieu lui a donnée. » Il intervient lors de problèmes conjugaux, notamment pour faire revenir une femme qui a quitté le foyer. Il peut permettre à une personne d'atteindre la réussite économique (de devenir riche) et sociale (d'être aimé de ses collègues au travail). Toutefois, le tradipraticien souligne l'importance du rôle de Dieu dans l'efficacité de ses traitements : « Tout ça là, j'ai fait oui, mais si Dieu n'est pas d'accord, ça ne donne aucun résultat ! ». Le tradipraticien protège également les maisons et les champs contre les fétiches en plaçant « des racines, des médicaments dans chaque coin de la maison pour qu'une autre fétiche, quand elle vient, elle ne puisse pas rentrer là-bas. » Il offre même une protection contre le vol.

Le tradipraticien reconnaît cependant les limites de ses compétences et réfère certains cas vers le centre de santé. Il envoie systématiquement les femmes enceintes là-bas. Il fait de même pour les cas graves où la personne vomit de façon importante. Il réfère également à d'autres types de guérisseurs selon les besoins, notamment aux ritualistes.

Le tradipraticien distingue plusieurs catégories de guérisseurs qui travaillent de manières différentes. Lui-même utilise les plantes. Les ritualistes, pour leur part, utilisent le tam-tam pour « chasser les esprits » lorsque la manifestation de la maladie l'exige. Il existe aussi des guérisseurs qui le deviennent suite à une maladie : « Tu tombes gravement malade et on voit qu'il faut faire des rituels. Ces maladies-là, ce sont des esprits qui viennent pour que tu puisses être guérisseur. » Il mentionne également les guérisseurs musulmans « qui font à partir des écritures arabes. » Lui-même se positionne clairement comme non-ritualiste, expliquant : « Moi je ne suis pas ritualiste, je connais les plantes et les méthodes de guérison. »

### 1.3. Le Réseau de soutien féminin



Les femmes s'appuient sur des réseaux de solidarité féminine inter et intra générationnels. La mère occupe une position centrale dans ce système de soutien, elle seule fournit des conseils si les enfants sont malades ou pendant la grossesse. Si elle n'est pas disponible, parfois la grand-mère est sollicitée. Pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, ce sont les femmes de la famille (la mère, les tantes, la grand-mère ou les sœurs) qui aident pour les tâches

ménagères, qui accompagnent lors de l'accouchement (au CS ou à domicile).

**Les co-épouses développent également des solidarités**, bien que variables selon les relations. Un homme polygame explique : « Les deux anciennes femmes s'aiment beaucoup. Elles vont au champ ensemble. Leurs champs sont voisins. Elles s'entraident lorsqu'un enfant est malade. Elles s'entraident lors de la grossesse. Mais elles n'aiment pas beaucoup la dernière femme parce qu'elle est jeune ».

**Les hospitalisations prolongées nécessitent une organisation complexe de soutien féminin.** Une mère ayant passé un mois à l'hôpital en ville avec son enfant atteint de paludisme cérébral témoigne : « Les enfants sont restés [au village] avec ma grand-mère et ma tante. Je n'ai pas l'argent pour donner à la grand-mère et ma tante pour s'occuper d'eux. C'est elles-mêmes qui ont donné à manger. (...) L'hôpital donne de la nourriture pour la mère et l'enfant,

mais pas pour les accompagnants qui sont venus l'aider. C'est ma grand-mère qui cherchait de l'argent pour me le ramener pour pouvoir donner à manger aux autres accompagnants. ».

**L'entraide entre voisins constitue un filet de sécurité financière essentiel** : « Si elle n'a pas d'argent, elle va demander à sa voisine. Et le mari dit qu'il va rembourser après ». Les focus groups confirment : « Tout le monde aide quand il y a un malade. Si personne n'est à la maison, alors c'est même un voisin qui peut aider ».

## 2. Les dynamiques locales de genre selon les équipes d'Inter Aide

Une analyse des normes de genre a été menée avec les équipes, ce qui a permis d'explorer les attributs de genre (comment on doit se comporter, s'habiller, s'exprimer), les activités, rôles et responsabilités attribués aux femmes et aux hommes (ce qu'on doit faire ou ne pas faire) et les relations et dynamiques de pouvoir entre femmes et hommes (comment on doit interagir) de manière générale dans la société mozambicaine et plus spécifiquement en lien avec la santé. Ces activités sont disponibles dans la Boîte à outils genre et épidémies de la Croix-Rouge (lien dans la bibliographie)

L'analyse de la division genrée des rôles, menée à Monapo, révèle que les femmes sont responsables des tâches ménagères, de la préparation des repas et des soins aux enfants et aux malades. Les hommes sont responsables de subvenir aux besoins familiaux en matière d'alimentation, de scolarité et de santé. Ils sont considérés comme les chefs de famille : ils prennent les décisions et gèrent les finances. Femmes et hommes cultivent les champs, les hommes partent à la pêche. Les activités de loisir sont majoritairement attribuées aux hommes. Les hommes contribuent seulement aux tâches ménagères si leurs femmes sont malades ou enceintes. Cela reste une exception peu acceptée au niveau social : « On va dire qu'il est envoûté s'il porte de l'eau. ». Les femmes vont aussi « se sentir invalides » si leurs maris prennent en charge des activités qui leur sont socialement dévolues, expliquent certains membres de l'équipe. Si certains jeunes couples défient ces normes, « la communauté ne trouve pas normal que l'homme fasse les tâches ménagères » selon les participants.

Un travail sur les dictons et stéréotypes de genre et les impacts que ceux-ci peuvent avoir sur l'accès à la santé a été mené à Mogincual. Une partie de ce travail est présentée ici :

- *Le pouvoir de décision appartient aux hommes* → retard dans l'accès aux soins et « les femmes n'ont pas le droit de disposer de leur propre corps, l'homme décide sur le planning familial » explique un membre de l'équipe.
- *L'homme est un coq* → l'homme peut avoir plusieurs femmes ce qui implique que lorsqu'il est chez une autre, la femme doit l'attendre avant de consulter ; cela représente un risque en ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles ; il est respecté s'il officialise les relations (à travers la polygamie) mais mal vu en cas de relations extra-conjugales ; si une femme tombe enceinte dans le cadre de relations

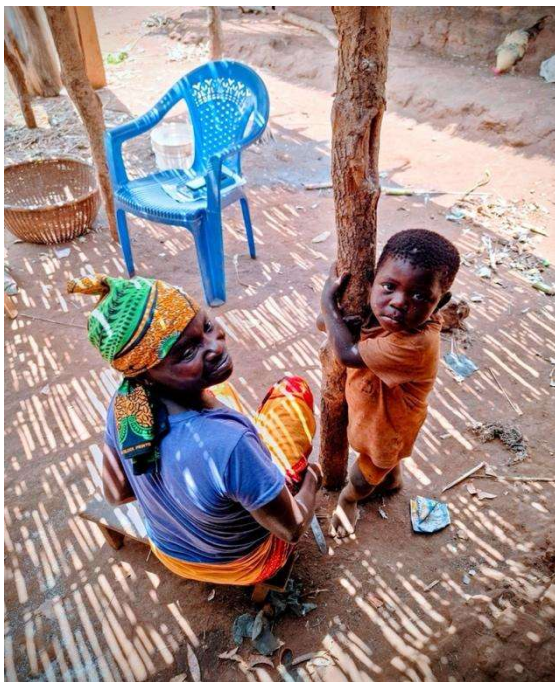
extra-conjugales, « l'homme ne prend pas ses responsabilités pour ne pas que ça se sache » ; l'homme polygame fait des enfants à sa femme pour qu'elle reste malgré son absence.

- *Les femmes doivent amener les enfants au centre de santé* - ceci alors qu'elle doivent attendre leur mari pour prendre la décision et qu'il lui donne les fonds nécessaires ; les femmes ne sont pas nécessairement disponibles pour amener l'enfant au CS car elles doivent d'abord prioriser le travail au champ pour s'assurer que tous les enfants mangent ; les femmes sont mieux informées sur la santé que les hommes et les hommes considèrent que l'information sur la santé les concernent peu.
- *Autres stéréotypes* : c'est le devoir de la femme d'obéir, c'est le devoir de la femme de procréer, les hommes font ce qu'ils veulent et les femmes ne doivent pas contester, l'assiette la plus grande est la part de l'homme, seulement l'homme travaille.

Nous avons constaté une grande ouverture des équipes vis-à-vis des enjeux de genre et une compréhension de leurs impacts sur l'accès aux soins. Certains désaccords sur par exemple le droit des femmes au secret médical ont été identifiés au sein des équipes. Il conviendra d'explorer cette thématique en équipe pour mettre en lumière la différence des points de vue et clarifier le positionnement institutionnel.

## B - Santé infantile

### 1. Logiques de recours spécifiques pour les jeunes enfants



Les données d'observation et d'entretiens révèlent des logiques de recours aux soins pour les jeunes enfants qui s'inscrivent dans un système de santé pluriel, où coexistent médecine biomédicale et médecine traditionnelle, tel que décrit ci-dessus. Les mères décrivent systématiquement le centre de santé comme le premier recours privilégié pour leurs enfants malades, particulièrement pour les tout-petits. Cette préférence s'explique par une confiance dans l'efficacité des médicaments du centre de santé, perçus comme plus puissants que les traitements traditionnels.

Les enfants de moins de deux ans font l'objet de parcours spécifiques en cas d'épisode de maladie. D'après les femmes, il est plus urgent

pour des enfants de cette catégorie d'âge, de recourir au centre de santé du fait de leur plus grande vulnérabilité.

## **2. Pratique d'automédication et de soins à domicile**

Les observations en consultation et les entretiens révèlent des pratiques d'automédication - à base de médicaments pharmaceutiques ou de plantes traditionnelles et de soins à domicile - réalisés par les mères. Ceux-ci peuvent précéder le recours au centre de santé. Ces pratiques constituent une première ligne de gestion de la maladie infantile, particulièrement pour les épisodes perçus comme bénins ou pour lesquels les familles identifient une solution connue, car les maux leur semblent connus et familiers. Lors des consultations au CS, les soignants interrogent systématiquement les mères sur ces pratiques de soins à domicile.

La pratique la plus fréquemment décrite consiste à envelopper l'enfant fiévreux dans un pagne humide pour faire baisser la température. Cette technique, mentionnée par plusieurs mères lors des consultations observées, constitue une réponse immédiate à la fièvre avant d'envisager le déplacement au centre de santé. Une jeune mère de 15 ans raconte par exemple avoir lavé son bébé au savon pendant 3 jours avant de se rendre au centre de santé pour une éruption cutanée. Une autre femme, âgée de 41 ans décrit des soins à base de plantes et des bains pendant 2 jours, apportés à sa fille souffrant de maux de tête, avant de consulter. Les curanderos confirment ces soins à base de bains dans une eau infusée de plantes administrés aux enfants.

Les entretiens révèlent également l'utilisation de plantes en cas d'apparition de certains symptômes, bien que les mères soient réticentes à en parler spontanément dans le cadre de la consultation médicale en centre de santé. Une femme rapporte : « Avant d'aller au centre de santé, j'ai donné des plantes et des bains pendant deux jours, mais ça n'est pas passé. Au centre de santé, j'ai reçu du paracétamol et c'est passé ».

Le délai entre l'apparition des symptômes et la consultation est également influencé par les contraintes matérielles. Plusieurs mères rapportent avoir attendu de pouvoir vendre des produits (artisanat, récoltes) pour réunir l'argent nécessaire au transport en moto-taxi. Au moment des entretiens sur ces sujets, les facilitateurs d'Inter Aide apportent un éclairage sur cette logique : « Souvent ici, si un enfant est malade, les mères vont d'abord aller au champ et pouvoir ramener quelque chose pour que tous les enfants puissent manger. Parce que sinon, s'il va au centre de santé directement, ça veut dire qu'il y en a qui ne mangent pas ». Ces contraintes, et les stratégies de contournement mobilisés, qui témoignent d'une grande motivation de consulter, ne sont pas toujours prises en compte une fois arrivées au CS, où les mères peuvent faire face à des remontrances si l'enfant est malade depuis plusieurs jours.

### 3. Curandero ou centre de santé ? Recours en fonction des maux

L'analyse des récits révèle que la nature des symptômes oriente significativement le choix du recours thérapeutique. Cette typologie implicite des maladies structure les décisions familiales et reflète une classification des maladies qui articule explications biomédicales et traditionnelles. Le centre de santé constitue le premier recours déclaré pour les signes de gravité : fièvre élevée, convulsions, refus de s'alimenter, faiblesse marquée. Ces signes déclenchent un sentiment d'urgence et la crainte que l'enfant ne meure, motivant une consultation rapide.

Les femmes du focus group à Mogincual décrivent cette logique : « Quand l'enfant ne veut plus manger, quand l'enfant ne parvient pas à bouger son cou, des douleurs à l'arrière de la tête, on va au centre de santé ». Cette reconnaissance des signes de danger témoigne de l'appropriation partielle des messages de sensibilisation.

Le recours au curandero intervient selon deux modalités distinctes. Il constitue une option après échec du centre de santé. Une mère rapporte : « Mon enfant avait mal au ventre, nous sommes allés au centre de santé plusieurs fois, ça n'a pas marché. Alors nous sommes allés chez le guérisseur ». D'autre part, certaines manifestations sont directement identifiées comme relevant de la médecine traditionnelle : épilepsie, « maladies du nombril » ou hernie, certains maux de ventre, maladies de peau résistantes, certaines formes de maladies assimilées, par les participants à de la « folie ».

Le paludisme occupe une place centrale dans les représentations de la maladie infantile. Fortement présent lors de notre passage sur le terrain (raison majeure de consultation en SMI), le paludisme fait l'objet d'un recours quasi-systématique au centre de santé. Les mères identifient les signes caractéristiques : fièvre, corps chaud, faiblesse de l'enfant. Lors des observations, le test paludisme constitue le geste technique le plus fréquent, réalisé de manière routinière pour tout enfant fiévreux. Les convulsions et les difficultés respiratoires sont également identifiées comme des urgences nécessitant un recours au centre de santé. Cette reconnaissance des signes de danger reflète l'impact des messages de sensibilisation sur les complications graves, sur le recours aux soins.

En revanche, comme indiqué plus haut, certaines manifestations sont systématiquement associées à la médecine traditionnelle. L'épilepsie est perçue comme relevant du curandero, comme l'illustre cet exemple : « Un enfant était 'attaqué', il est allé au centre de santé et au



bout de plusieurs jours, ils n'ont rien pu faire alors elle [la curandera interviewée] l'a pris en charge et depuis il ne 'tombe plus' ». Les maux de ventre et « du nombril » (hernie), sont également référés au guérisseur.

Lorsque le TDR de paludisme est négatif malgré de fortes fièvres et autres symptômes associés, ou lorsque le soignant ne parvient pas à identifier clairement la cause de la maladie de l'enfant, ce dernier est référé par le soignant à l'hôpital, où y travaillent des spécialistes. Par exemple, lors d'une consultation observée, un enfant présentant une suspicion de maladie cutanée est référé à un spécialiste qui ne viendra offrir des consultations médicales au centre de santé que le mercredi suivant. Le soignant présente la met en garde : « Il sera malade encore si tu ne viens pas. Et tu ne pourras pas travailler comme d'habitude. Tu dois donc amener ton enfant mercredi ».

La complémentarité entre les différentes offres de soins, telle que décrite plus haut, vaut également en cas de maladie infantile. Un exemple nous a été donné par une mère, dont l'enfant était hospitalisé et dont « le sérum ne rentrait pas dans la peau ». La famille a donc retiré l'enfant de l'hôpital pour lui faire consulter un curandero, au sujet de ce sérum que le corps de l'enfant semblait « rejeter ». Après consultation du guérisseur, l'enfant a été à nouveau amené à l'hôpital et « grâce aux soins du guérisseur, le sérum était accepté dans le corps de l'enfant ».

**Cette séquence : soins domestiques - soins traditionnels - consultation médicale est généralement occultée lors des consultations, les mères craignant des jugements ou des reproches de la part des soignants.**

#### 4. Dynamique de genre dans les recours aux soins de l'enfant

Les dynamiques de genre structurent profondément l'organisation des soins aux enfants malades. Ces dynamiques révèlent des rapports de pouvoir complexes entre responsabilité effective de la santé de l'enfant, relevant de la femme et pouvoir d'agir, rendu impossible sans les moyens financiers fournis par l'homme. En d'autres mots, le manque d'accès des femmes aux ressources financières freine leur capacité d'agir. Ce manque d'accès aux ressources provient moins d'une volonté de contrôle de l'homme sur les décisions relevant de la santé de leurs enfants, que de la répartition des tâches et des rôles au sein du couple. Cette dynamique est décrite par les femmes participant à un focus group à Monapo : « C'est



le mari qui donne accès à la bourse, à l'argent pour pouvoir aller se soigner, mais c'est plutôt la femme, la mère qui va au service de santé pour son enfant ».

Le rôle de l'homme est en effet de fournir les moyens financiers et parfois d'assurer le transport vers le centre de santé (porter l'enfant ou s'y rendre à moto), il accompagne plus rarement l'enfant au centre. Les hommes acceptent que leurs femmes consultent lorsqu'ils sont absents et certains soulignent la possibilité de prendre de l'argent avec le voisin pour éviter les retards dans le recours aux soins. Lors d'un focus groupe avec les leaders communautaires, un membre du comité de cogestion explique que « Tout le monde aide quand

il y a un malade. Si la personne n'est pas là, si personne est à la maison, alors c'est même un voisin qui peut aider soit en donnant de l'argent, soit en amenant l'enfant au CS ».

Lorsqu'une femme se retrouve seule après une séparation ou un décès, elle doit assurer le rôle habituellement pris en charge par l'homme et réunir les fonds nécessaires avant de pouvoir emmener son enfant en consultation. Ceci entraîne des retards dans l'accès aux soins. C'est le cas par exemple d'une mère célibataire quittée par son mari suite à la découverte de sa séropositivité. Elle a 3 enfants entre 8 et 5 ans et semble être peu lettrée, à l'instar de la plupart des femmes interrogées, elle ne connaît pas son âge (elle nous a dit avoir 18 ans alors qu'elle semblait avoir la trentaine).

Les observations en consultation montrent une présence quasi-exclusive des mères accompagnant leurs enfants malades. Sur l'ensemble des consultations observées à Monapo et Mogincual, seul un jeune père a été observé avec sa fille malade. Cette répartition genrée du soin est explicitement reconnue par les personnels de santé interrogés : « Ce sont les mères qui amènent les enfants malades au centre de santé, pas les pères car 'ils vont aux champs' ». Cette répartition reflète une répartition genrée des tâches, selon laquelle les mères doivent se rendre disponibles pour les soins aux enfants, tandis que les pères sont chargés des activités rémunératrices.

Des cas exceptionnels ont été notés, pendant lesquels les pères accompagnent l'enfant malade : si par exemple l'enfant est trop grand/âgé pour être porté par la mère. Certaines femmes ont noté également que « la bonne entente » avec leur mari conduit ceux-ci à être davantage engagés dans les soins portés aux enfants et notamment d'accompagnement au centre de santé. Un comité de cogestion à Monapo a tenté d'inciter la participation des pères en instaurant une file prioritaire pour les hommes accompagnant leurs enfants : « Si le père amène l'enfant au centre de santé, il passe en premier. Ce qui encourage les autres pères à emmener les enfants ». Cette mesure témoigne de la volonté d'impliquer les hommes, mais

révèle simultanément leur faible participation habituelle. Les observations de visites à domicile illustrent cette ambivalence. Lors du suivi d'un nouveau-né, la facilitatrice félicite le père d'être présent : « Ce n'est pas seulement à la mère de se charger de l'enfant malade, le père doit également s'intéresser à sa santé ». Cette valorisation explicite suggère que la participation paternelle reste exceptionnelle et nécessite d'être encouragée. Toutefois, les participants rapportent que la présence des pères au centre de santé avec leurs enfants peut exposer ces hommes à des moqueries, cette pratique étant socialement perçue comme relevant des rôles féminins. Le maintien du rôle genré au sein des familles est donc un enjeu, qui peut impacter les pratiques de recours aux soins des femmes et des hommes.

La santé des enfants est donc définitivement une affaire des mères. Celles-ci sont responsables de la reconnaissance des signes de gravité de la maladie, des soins apportés avant d'aller au centre de santé, et de l'amener au centre de santé puis s'assurer des soins prescrits. Les maris assurent parfois le transport au centre et plus rarement accompagnent eux même les enfants malades.

## C - Santé maternelle et reproductive

### 1. Planning familial

#### 1.1. Connaissances sur le planning familial

Les entretiens révèlent une connaissance croissante mais inégale des méthodes contraceptives au sein des communautés étudiées. Les femmes interrogées citent spontanément plusieurs méthodes : le « depo » (injection tous les 3 mois), les implants, la pilule, et certaines évoquent la ligature des trompes comme solution définitive. Selon les équipes, la majorité des femmes pratiquent des méthodes contraceptives à court terme, de préférence les injections qui sont invisibles. L'accès à une contraception à long-terme (plutôt l'implant que le stérilet) est moins répandu. L'accès à une contraception définitive reste très limité. Les focus groups avec les jeunes femmes montrent une appropriation des connaissances particulièrement marquées. Aucune mention n'a été faite durant les entretiens ou focus groups de méthodes contraceptives masculines.



Cependant, des lacunes importantes persistent dans la compréhension des mécanismes contraceptifs et de leurs effets. Une confusion apparaît notamment sur la temporalité d'utilisation : certaines femmes semblent croire qu'il faut attendre deux ans après la

naissance avant de commencer le planning familial (PF), alors que le message transmis concerne l'espacement de deux ans entre les naissances grâce au planning familial. Certaines préoccupations ressortent au sein de la communauté (chez les femmes et les hommes) vis-à-vis des effets secondaires perçus, comme le mal au ventre et les règles qui ne s'arrêtent pas ou encore l'implant qui « se balade dans le corps ».

Les sensibilisations constituent le principal canal de diffusion des informations sur le planning familial. Les palestras ou sensibilisations collectives abordent systématiquement cette thématique, avec des messages clés : « Grâce au PF, les enfants peuvent grandir, ça permet aux enfants d'aller à l'école, et aux parents de faire le suivi de l'enfant avant que l'autre n'arrive ». Les PT, les APE et les facilitateurs relaient ces messages lors des visites à domicile et des consultations prénatales.

### **1.2. Demande d'arrêt définitif de la vie reproductive**

Les entretiens et discussions groupées révèlent une demande clairement formulée d'offre de services en planning familial, non plus uniquement centrée sur l'espacement des naissances, mais orientée également vers l'arrêt définitif de la vie reproductive. « Je ne veux pas faire le planning, je veux arrêter de faire des enfants ! » dit une femme de 45 ans ayant eu 14 grossesses. Ces propos ont été recueillis dans les deux zones, auprès de femmes âgées de 30 ans et plus, ayant déjà entre 6 et 14 grossesses dont une partie non négligeables d'enfants décédés. Elles ont clairement formulé le souhait de pouvoir être protégées jusqu'à la fin de leur vie reproductive. Elles ont cité la ligature des trompes comme une solution à laquelle elles souhaiteraient avoir accès.

#### **Etude de cas : Demande d'arrêt définitif des grossesses**

Un focus group conduit à Mogincual, rassemblant 7 femmes entre 32 et 90 ans, ayant vécu entre 3 et 13 grossesses, confirme cette aspiration généralisée : « Savez-vous comment éviter de tomber enceinte ? ». « Nous connaissons le 'depo'. Certaines d'entre nous ont déjà utilisé la pilule. Mais on en a marre. On veut arrêter d'avoir des enfants ». « Vous voulez donc arrêter d'avoir des enfants ou bien espacer les naissances ? ». Toutes répondent de manière unanime : « On veut arrêter d'avoir des enfants ».



Cette demande d'arrêt définitif s'explique par plusieurs facteurs convergents. L'épuisement physique constitue la raison la plus fréquemment invoquée, les femmes concernées disent qu'elles sont fatiguées et ne veulent plus d'enfant. Les hémorragies récurrentes lors des

accouchements représentent une préoccupation majeure, comme c'est le cas pour une femme, âgée de 32 ans enceinte pour la 14ème fois - dont 8 enfants sont vivants - qui décrit que ses derniers accouchements se compliquent systématiquement avec des hémorragies.

Les conditions de vie difficiles rendent la perspective d'enfants supplémentaires insupportable. Une femme de 38 ans explique : « J'ai déjà 8 enfants et mon mari est mort. Je ne sais déjà pas comment gérer mes enfants alors je ne peux plus en avoir ».

L'inadéquation entre l'âge social de fertilité et la fécondité biologique constitue également un motif d'arrêt. L'une des femmes âgée de 48 ans est récemment devenue grand-mère, sa fille de 35 ans vient d'avoir un bébé. Elle indique ne pas pouvoir elle-même avoir un bébé alors que sa fille en a déjà un aussi. Elle précise : « Je ne pourrai pas m'occuper de tout le monde ! ».

Si certaines femmes sont informées de l'existence de la ligature des trompes, d'autres ne le sont pas encore : « Si je savais comment arrêter [de tomber enceinte], j'irais tout de suite ! [est-ce que ton mari sera d'accord ?] Je m'en fous s'il est d'accord ! S'il n'est pas d'accord, qu'il cherche une autre femme pour avoir des enfants ! » s'exclame une femme de 45 ans ayant eu 14 grossesses et 4 enfants décédés. Par ailleurs, les femmes informées de l'existence de la procédure de ligature des trompes ne savent généralement pas où elle est pratiquée ni ce qu'elle implique (une opération, une hospitalisation, un déplacement à l'hôpital du district, des coûts). Face à cette demande non satisfaite, les femmes déploient des stratégies variées. Certaines utilisent les méthodes contraceptives réversibles sans intention d'arrêt, comme l'indique cette femme de 45 ans, 8 enfants : « Je porte un implant depuis la naissance des jumeaux. Cela fait 2 ans et je ne suis pas retombée enceinte, je suis confiante ». D'autres envisagent des démarches pour accéder à la ligature, malgré les obstacles financiers.

#### **Etude de cas : Les barrières financières à la ligature des trompes**

Le cas d'une femme de 41 ans illustre l'accès possible à la ligature dans certaines conditions : « Après l'accouchement des jumeaux qu'elle a perdus, les médecins de l'hôpital de Monapo lui ont suggéré d'arrêter d'avoir des enfants et lui ont demandé si elle souhaite être ligaturée 'Vous avez beaucoup d'enfants, vous êtes à risques après 9 enfants et après la mort des jumeaux, on vous propose de vous ligaturer'. Son mari qui les accompagnait était d'accord. Elle est heureuse de son choix car il était temps pour elle ». Cette ligature a cependant nécessité une mobilisation familiale importante pour réunir les fonds nécessaires : « Le coût de la ligature était de 12 000 MZN, toute la famille (9 enfants et 3 oncles/tantes) a travaillé dans les champs pour rembourser la personne qui leur a prêté l'argent ».

#### **1.3. La question de l'avortement**

Les avortements spontanés, ou fausses couches, sont pris en charge au niveau du CS et les femmes savent qu'il est préférable de s'y rendre. Les participants indiquent que le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), ainsi que le fait d'en parler, ne font pas l'objet de réprobation particulière au sein de la communauté. Les femmes souhaitant avorter vont chez

le curandero pour 500 meticais ou ont recours à des médicaments disponibles en pharmacie. Des discours décrivent des recours à l'avortement recommandés et soutenus notamment par des groupes d'amies, ou par des femmes plus âgées dans les familles. C'est le cas par exemple d'une jeune femme de 15 ans, qui découvre sa grossesse au centre de santé et est terrassée par la nouvelle. De retour chez elle, elle partage l'information à sa grand-mère qui la soutient dans la démarche d'avortement, la justification étant que la fille était considérée trop jeune pour avoir elle-même des enfants (cet avortement n'a finalement pas abouti pour des raisons financières).

Bien que l'avortement soit légal au Mozambique et l'offre disponible au niveau des CS (d'après les équipes d'Inter Aide), les soignants ont relaté des cas de complications suite à des avortements à domicile qui ont dû être pris en charge au niveau de leur centre de santé. Des récits de femmes décédées des suites des complications de l'avortement ont été rapportés, ces récits concernent notamment celles qui ont eu recours aux services d'un curandero pour leur avortement. Malgré ces complications, connues de tous, la pratique de l'avortement à domicile semble être considérée comme peu à risque. Dans les représentations locales, une femme qui avorte est souvent considérée comme ayant entretenu une relation sexuelle en dehors du mariage. Cette représentation pourrait expliquer la volonté de maintenir le secret autour de l'avortement, et les recours informels pour ce faire. Il semblerait par ailleurs que les femmes aient peu connaissance de la disponibilité de l'IVG au niveau du CS. Le besoin d'un accord parental pour les mineures représente également un frein potentiel.

#### **1.4. Le planning familial : le point contentieux de la santé reproductive**

Comme nous l'avons vu ci-dessus, le planning familial (PF) est promu et disponible au niveau des centres de santé. Les femmes rencontrées ont généralement connaissance de plusieurs méthodes contraceptives. Les hommes rencontrés étaient également conscients de l'existence du PF. Plusieurs logiques et dynamiques donnent cependant lieu à une non-adoption du planning familial. Femmes et hommes de tout âge témoignent de leur crainte d'effets secondaires sur la santé de la femme et sur sa fertilité. De plus, des représentations locales associent la pratique d'une contraception à une liberté sexuelle et à l'infidélité féminine. Enfin des dynamiques de pouvoir entrent en jeu, toujours en lien avec les normes de genre sur le rôle des femmes (enfanter) et des hommes (gestion de la famille).

**Rumeurs sur les effets secondaires** - Des rumeurs sur les effets secondaires alimentent les résistances, les discours mentionnant la stérilité comme suite possible de l'adoption du PF sont fréquents. Nous avons également entendu des propos indiquant la mécompréhension du fonctionnement de certaines méthodes : « l'implant se balade », nous a-t-on dit. Les récits de complications, réelles ou construites, entretiennent la méfiance envers le PF. La citation suivante, tirée d'un entretien avec un soignant, résume les raisons de cette méfiance : « Pour ceux [les maris] qui refusent, il y a deux raisons. Ils pensent qu'elle va aller voir un autre homme, qu'elle va avoir des problèmes de santé ou qu'elle ne pourra plus jamais avoir d'enfant ». Alors que les représentations sociales tendent à légitimer et à normaliser le

recours à la biomédecine en cas de maladie, les rumeurs sur les complications et l'infertilité suite à l'utilisation de méthodes contraceptives tendent à délégitimer le PF.

**Représentations liées au planning familial** - Le planning familial est associé par certains hommes et certaines femmes à une prise de liberté sexuelle de la femme, qui permet de cacher des relations hors mariage en évitant une grossesse. « Les hommes ont du mal à parler du planning familial. Ils pensent que quand les femmes commencent à faire le planning, elles seront plus 'libres' » explique un soignant. La pratique de contraception est associée à **l'infidélité féminine**, fortement stigmatisée et présentée dans les discours d'hommes et de femmes comme de la « prostitution ». Cette conception justifie le refus d'adopter le PF selon un jeune homme polygame lors d'un focus group à Mogincual : « D'autres [maris] ne sont pas d'accord [que leurs femmes pratiquent le PF] car ils pensent que leur femme va se prostituer [être infidèle] ». Certaines femmes, rencontrées en focus group à Monapo, ont intériorisé cette représentation conduisant à la stigmatisation des femmes pratiquant le PF et en parlent avec mépris et condescendance : « les femmes qui utilisent la contraception, c'est des prostituées (...) elles ont des relations en dehors du mariage ».

D'autres représentations associent le fait d'enfanter régulièrement à une forme de sécurisation du couple qui le concrétise et qui limiterait l'infidélité chez la femme et chez l'homme. Certaines femmes confient avoir régulièrement des enfants pour éviter que leur mari ne parte ailleurs. De même, certains hommes souhaitent que leur femme tombe régulièrement enceinte pour éviter qu'elle n'ait un amant. La perception qu'avoir des enfants évite l'infidélité est ainsi partagée chez les femmes et les hommes.

Les représentations masculines associent le planning familial à une menace. Une femme décrit que « le planning familial c'est une offense pour les hommes », elle exprime que le contrôle de la fécondité par les femmes est perçu par les hommes comme une atteinte à leur autorité (et virilité). Il relève du « devoir » de la femme d'enfanter. L'homme, pour sa part, gagne en statut social lorsqu'il est en capacité économique d'avoir plusieurs femmes et donc de nombreux enfants. Lorsqu'une femme se marie, l'homme prend pouvoir sur le processus d'enfantement par sa femme. La contraception permet à la femme de reprendre ce pouvoir, c'est dans ce sens qu'elle représente une prise de liberté de la femme et donc une menace pour l'homme.

### Étude de cas : les représentations liées au PF

*« Le PF est une offense pour les hommes. Car les femmes doivent donner naissance. Si une femme reste une année sans donner d'enfant à son mari, c'est une offense ! Il va alors préférer partir avec une autre femme, plus jeune. Les hommes ont des difficultés à parler de PF. Car ils pensent que si les femmes commencent à faire le PF, elles seront plus libres [d'avoir des relations hors mariage]. Les hommes préfèrent donc avoir leurs femmes à la maison, qui leur font des enfants », entretien avec une femme à Mogincual, 45 ans.*



**Dynamiques de pouvoir liées aux décisions sur le planning familial** - Dans le domaine de la santé, les aspects associés aux soins des enfants sont considérés comme relevant de la responsabilité des femmes. Enfanter - et inversement limiter l'enfantement par une planification familiale - semble être perçu davantage comme une forme de gestion de la famille, et du couple, tout comme le terme « planification familiale » le suggère. Or la gestion de la famille relève davantage du rôle de l'homme. Les hommes rencontrés considèrent qu'à minima ils doivent donner leur aval avant la prise d'une contraception par leurs femmes. Dans le cas des adolescentes, la mère reste responsable de la santé de son enfant y compris en ce qui concerne la contraception. Les décisions autour de la planification familiale cristallisent les dynamiques de pouvoir au sein du couple et des familles ce qui peut les rendre plus contentieux que les autres décisions en santé.

Le contrôle masculin sur les décisions reproductives constitue l'obstacle majeur à l'adoption du planning familial. Ce contrôle masculin se base à la fois sur des représentations de la femme (et de son rôle reproducteur) et de l'homme (et de son statut associé à sa capacité à prendre en charge une famille nombreuse) et des représentations autour du planning familial comme conférant aux femmes la liberté de ne plus être assujettie au contrôle masculin des grossesses.

Les focus groups avec les hommes affirment sans ambiguïté leur pouvoir décisionnel : « C'est l'homme qui décide. La femme ne pourra rien faire si l'homme ne veut pas ». Un homme relate la découverte du planning familial auquel sa femme a eu recours en secret. Il lui ordonne : « Tu retires ça tout de suite, car on n'en a pas parlé ». Ce discours reflète l'idée que la décision du recours au planning familial est une discussion de couple et non une décision individuelle. Il sous-entend en effet que le désaccord de l'homme tient davantage au fait de ne pas avoir décidé ensemble, qu'au fait d'y avoir eu recours. La majorité des hommes rencontrés considèrent en effet que le choix d'avoir recours ou non au planning familial est une décision qui revient au couple. Ils ont par ailleurs conscience des bienfaits du PF en termes de bien-être des enfants et de leur femme.

La majorité des femmes confirment que c'est le mari qui donne la validation finale ou la mère dans le cas des adolescentes. Certaines femmes tentent d'avoir leur propre contrôle sur leur vie reproductive en indiquant par exemple, comme cette jeune femme de 20 ans « c'est mon corps, je décide ». Face à ce contrôle masculin sur la planification des grossesses, certains APE et personnels de santé adoptent des stratégies pour renforcer les connaissances des hommes autour du planning familial : « L'infirmière prend le mari à part pour lui parler du planning familial. Elle fait aussi des palestras devant les maris pour leur donner des conseils et expliquer ce qui marche comme conseil par rapport au planning familial ».

### **1.5. Stratégies féminines : usage caché du planning familial**

Face aux obstacles masculins, certaines femmes développent des stratégies de contournement en pratiquant le planning familial en secret. Ces pratiques de préservation du secret autour du PF révèlent à la fois l'agentivité féminine et les risques encourus.

Lors d'un focus group de Mogincual, une femme ayant eu 8 enfant d'un premier mariage raconte comment son mari l'a obligée à avoir un enfant pour concrétiser leur union et que depuis elle pratique le PF en secret ne souhaitant plus avoir d'enfants : « Mon mari a découvert le papier [de suivi du PF] et il s'est énervé 'Qu'est-ce que c'est que ça ?' J'ai arrêté et je suis alors tombée enceinte et j'ai eu un enfant. Après la naissance, quand il a commencé à vouloir coucher de nouveau avec moi, je suis partie au centre de santé pour faire le planning familial en cachette ». Son mari lui-même avait déjà 4 enfants d'une union précédente. Une autre femme, pratiquant le PF dans le secret, illustre cette pratique : « Mon mari n'est pas au courant. Quand quelqu'un vole quelque chose, c'est parce qu'il sait très bien comment le cacher ». Cette comparaison avec le vol révèle la transgression que représente cette décision unilatérale dans le contexte local.

Ces stratégies nécessitent une connaissance fine des méthodes permettant la discrétion et un soutien éventuel de la part des professionnels de la santé. Les implants sont privilégiés car facilement dissimulables : « Tous les vêtements que je porte couvrent mon implant. Le seul moment où ça peut se savoir c'est si je me bats avec quelqu'un », nous dit une femme de Mogincual, voilée des pieds à la tête. Selon l'infirmière, « Certaines femmes aussi font le planning familial, mais après elles jettent la carte [de suivi du PF] pour que le mari ne sache pas ».

Les conséquences potentielles de la découverte sont graves. Une femme anticipe : « Que ferait-il s'il apprenait ? Les femmes doivent donner naissance ». Elle craint l'abandon conjugal. Malgré ces risques, certaines femmes maintiennent leurs pratiques contraceptives : « Il doit commencer à se demander pourquoi je ne tombe pas enceinte alors je pense qu'il couche ailleurs ou au moins qu'il pense à prendre une autre femme'. Pour le moment, il me laisse tranquille car mon dernier est petit. Tant que j'allaites ça va. Mais après ? ». Cette crainte n'est pas infondée dans un contexte de précarité économique extrême où le mariage constitue un moyen de survie. Une autre femme décrit, « J'ai peur de rester seule avec mes enfants à

habiller et à nourrir. Je ne sais pas comment je ferais s'il me laissait. Car ici quand un homme se remarie, il part chez sa nouvelle femme ».

La stigmatisation sociale constitue un autre risque : « Les femmes qui font le planning familial, on dit dans la communauté qu'elles ont un amant ou qu'elles sont des prostituées ». Cette association entre contraception et promiscuité renforce la nécessité du secret.

#### **1.6. Stratégies des acteurs de santé : arguments en faveur du planning familial**

Les acteurs de santé et certains hommes mobilisent des arguments centrés sur le bien-être de l'enfant et de la mère pour promouvoir le planning familial. Un personnel de santé à Mogincual explique : « Ce qui marche comme conseil par rapport au planning familial, c'est de dire que ça va être un problème pour l'enfant pour grandir et aussi pour la santé de la mère ». L'espacement des naissances est présenté comme bénéfique pour le développement de l'enfant : « C'était considéré mauvais d'avoir deux enfants l'un à la suite de l'autre parce que l'enfant ne va pas être suffisamment allaité jusqu'à ses deux ans. Et en plus de ça, on ne pourra pas bien s'occuper de lui par rapport à sa scolarité ». Les leaders communautaires confirment : « Les enfants, quand ils sont proches, ils ne grandissent pas bien ».

L'espacement des naissances fait écho à la méthode traditionnelle de contraception préconisée par les curanderos. Selon un membre d'un des comités de cogestion : « Auparavant, les curanderos conseillaient de ne reprendre les rapports sexuels que lorsque l'enfant marche. » Elle considère que la contraception moderne est avantageuse pour les hommes dans le sens qu'ils n'ont plus à respecter ce délai. Les équipes IA alertent qu'il serait mal vu pour les mères d'enfants en bas-âge d'être sous contraception, puisqu'elles sont censées ne pas avoir de relations sexuelles.

Certains hommes reconnaissent la légitimité du planning familial et l'expriment de la sorte : « Je veux que ma femme puisse bénéficier du PF pour se reposer ». Un autre homme polygame se dit rassuré de l'aspect réversible de la contraception permettant un retour à la fertilité après l'arrêt de leur utilisation : « Je trouve que c'est une bonne chose. Parce que si tu viens d'avoir un enfant, il peut grandir en bonne santé, et après tu l'enlèves [la contraception] et tu peux avoir de nouveau des enfants ». D'autres hommes expriment un accord tacite, comme c'est le cas par exemple d'un homme qui indique que sa femme n'a plus eu d'enfants et relate calmement qu'il ne lui en a jamais parlé car cela lui convient « puisqu'on a peu de moyens ». Les leaders religieux contribuent également à la légitimation : « À la mosquée, des informations sur le planning familial sont diffusées. Le chef religieux dit qu'il faut aller au CS pour accoucher, et après il ne faut pas que la mère tombe enceinte vite, il faut aller au centre de santé pour faire le planning familial ».

Cependant, ces arguments restent insuffisants face aux représentations profondément ancrées qui lient contraception à infertilité ou infidélité. Une PT témoigne : « Quelques femmes refusent le planning familial, elles pensent qu'elles ne pourront pas devenir enceintes de nouveau, et puis aussi que si elles ont des relations [en dehors des liens du mariage], l'homme ne va pas apprécier ».

## 2. Grossesse

### 2.1. Consultations prénatales



Les consultations prénatales (CPN) semblent adoptées dans les communautés étudiées, témoignant d'une évolution significative des comportements de recours aux soins. Les hommes indiquent même que « par rapport aux femmes enceintes, leur maison est au centre de santé », indiquant par là une grande familiarité avec les structures sanitaires pendant les épisodes de grossesse. Le suivi prénatal commence

généralement au cours du premier trimestre selon les femmes. Du côté du personnel de santé, le discours est souvent normatif sur les parcours de soins des femmes enceintes, avec une affirmation que les quatre CPN recommandées sont réalisées, que 100% des accouchements se déroulent au centre de santé, et qu'il existe des collaborations harmonieuses avec les autres acteurs en santé, les PT et APE, les membres des comités de cogestion et les équipes d'Inter Aide. Selon eux, « depuis qu'ils collaborent avec nous, toutes les femmes viennent directement au centre de santé ». Un soignant à Mogincual explique tout de même que certaines femmes manquent leurs CPN à cause de la récolte ou de difficultés de déplacement : « Elles sont absentes lorsqu'il faut récolter le manioc ou pendant la saison des pluies ». Néanmoins ces femmes viennent généralement quelques jours plus tard, témoignant ainsi de leur motivation. Elles considèrent que l'inscription aux CPN permet d'être mieux reçues lors de l'accouchement. Certaines femmes disent même assister à 5 ou 8 CPN (une par mois). Parfois, on note tout de même un démarrage des consultations prénatales relativement tardif (au 4ème ou 5ème mois), ce délai pourrait s'expliquer par des pratiques de non verbalisation de grossesses tant qu'elles ne sont pas visibles, ou encore de la découverte tardive de la grossesse, surtout dans le cas des grossesses précoces, ou parfois d'une confusion avec les symptômes du paludisme [vomissements].

**Le rôle des acteurs communautaires** dans le suivi prénatal est important. Les PT identifient les femmes enceintes et les orientent. Le système de fiche de référence mis en place par Inter Aide facilite l'accès prioritaire aux soins : « Quand les femmes reçoivent ce papier, elles sont vues en premier au niveau du centre de santé, le papier indique CPN, PF, accouchement, etc. ». La présence des équipes d'Inter Aide au niveau communautaire (que ce soit au moment des visites à domiciles, au niveau de l'appui aux services de santé, ou pendant les palestras) est reconnue et valorisée, tant par les équipes soignantes que par les familles.

Le contenu des CPN inclut plusieurs volets. **La surveillance du poids** constitue un élément systématique. Des conseils nutritionnels sont dispensés comme l'explique une jeune fille de 15 ans : « Pendant ce premier rendez-vous, j'ai reçu des informations sur comment

m'alimenter (manger de la papaye et de la verdure avec des arachides) et sur l'importance de faire les 4 consultations prénatales ». Les visites à domicile des PT renforcent ces conseils et la confiance des familles envers les acteurs de santé.

**La présence du père** biologique est une pratique obligatoire lors de la première CPN mais parfois difficile à mettre en œuvre. Il nous avait été indiqué lors de la réunion de cadrage par les équipes d'Inter Aide que pour éviter des remontrances de la part de certains personnels de santé, les femmes « arrivent parfois avec un autre homme, un voisin ou quelqu'un de ma famille ». Un soignant confirme tout de même recevoir les femmes dont le mari est indisponible : « Parfois les femmes viennent seules, comme leur mari est à la pêche, on les reçoit quand même ». Après la première CPN, la présence des maris se fait moins visible. Un mari explique son absence lors des CPN comme une marque de respect de la vie privée de sa femme et la justifie par la division genrée des rôles dans le couple : « Lorsque j'accompagne à moto ma femme pour les CPN, ou pour un enfant malade, c'est elle qui cherche l'infirmier. Je reste à l'écart, parce que c'est le travail de la femme. Et je la laisse discuter entre femmes avec l'infirmière ».

**Le dépistage VIH** du couple est obligatoire lors de la première consultation. Le témoignage suivant est emblématique de la conséquence de la séropositivité sur la vie d'une mère de famille.

#### **Etude de cas : l'impact social de dévoiler le statut VIH lors du dépistage**

Une mère célibataire vivant avec le VIH témoigne de l'enchaînement des événements marquants de sa vie, qui commence au moment de la découverte de sa séropositivité, induisant le départ de son mari et le basculement pour elle et ses trois enfants dans une précarité extrême.

*« J'étais enceinte de deux mois, je suis allée au centre de santé avec mon mari pour m'inscrire. Ils nous ont fait un test VIH. Lui il était négatif et moi positive. Il était là quand ils ont dit que j'étais positive. Ils nous ont donné beaucoup de conseils à moi mais aussi à mon mari, de s'occuper de moi, de ne pas m'abandonner. Après on est rentrés à la maison et tout de suite il a dit : 'Tu vas me donner cette maladie, moi je pars !'.*

*« Quand j'ai accouché, deux jours après, le bébé est mort. Je pense que c'est parce que j'étais tellement triste pendant la grossesse, après que mon mari m'a abandonnée. Pendant la grossesse, je n'avais pas les moyens, moi et mes enfants, parfois on ne mangeait pas de la journée ! En plus, la récolte n'a pas été bonne cette année-là. J'ai pas pu scolariser les enfants à cause de ça. »*

L'entretien a été mené au niveau du centre de santé. Lorsque l'équipe Inter Aide est partie chercher la femme à son domicile, ils ont également amené son fils qui était malade - son état apparaissait assez préoccupant. Elle nous explique les difficultés rencontrées pour l'amener au centre de santé : *« Ça fait deux jours qu'il est malade. Je n'avais pas assez pour payer le taxi-moto pour l'amener au centre de santé. Mes parents non plus. C'est 50 Meticaïs. J'ai*

*fabriqué des chaises et essayé de les vendre pour avoir assez d'argent pour pouvoir l'emmener. »*

Au cours de l'entretien, il est également apparu que la femme elle-même présentait des signes de maladie, notamment une toux persistante et un état général altéré. Bien qu'encouragée par l'équipe à consulter, elle a indiqué ne pas disposer des 5 meticaïs forfaitaires requis pour l'obtention des médicaments. Nous l'avons accompagnée et elle a tout de même été reçue au CS.

Lorsque nous l'avons interrogé sur sa maladie, elle a déclaré ne pas savoir comment le VIH se transmet, ni comment il peut être prévenu, et ignore s'il peut être guéri. Elle indique n'avoir informé que ses parents de sa situation, par crainte que la divulgation de cette information au-delà du cercle familial n'entraîne des rumeurs susceptibles de compromettre ses chances de se remarier. Elle souligne en effet que le fait d'avoir un mari constitue, à ses yeux, un moyen essentiel de subsistance pour elle-même et pour ses enfants : *« Si ça se sait, je ne trouverais jamais de mari, je vais finir célibataire ! Un mari c'est la survie ! »*.

**Des connaissances limitées sur le VIH** ont également été constatées chez une autre femme vivant avec la maladie. Au cours de l'entretien, elle souhaitait des clarifications sur le VIH : *« Est-ce que le VIH peut sortir de mon corps ? Où est-ce que je l'ai eu ? Ma vie est dure, je ne veux pas un corps qui souffre »*. Son récit souligne également la stigmatisation des PvVIH au niveau de la communauté.

**Pour éviter la stigmatisation envers les PvVIH**, les équipes au niveau des centres de santé tentent au mieux d'ajuster leurs pratiques. Le respect de la confidentialité reste un enjeu, dans un contexte d'importante affluence (patients qui attendent devant la fenêtre de la consultation où se trouve la pharmacie du centre de santé), de promiscuité des espaces de consultation (voir section plus bas). En cas de polygamie, le respect de la confidentialité dans le dépistage des partenaires sexuels se complique. Un soignant explique : *« on ne peut pas traiter les autres femmes comme le mari ne veut pas leur en parler, donc on ne peut même pas les tester »*. Un autre soignant présente la stratégie de contournement utilisée par un mari polygame pour assurer que sa femme soit dépistée et mise sous traitement, sans pour autant l'informer elle de son statut sérologique : *« Un mari dépisté positif a envoyé sa femme au centre de santé avec un papier, elle était illettrée. On a fait le dépistage, on n'a pas dit à la femme pourquoi, on lui a juste donné le traitement »*. Face aux conséquences sociales d'un dépistage positif, les professionnels sont confrontés à un dilemme éthique : faut-il privilégier la confidentialité ou assurer le consentement du partenaire pour le dépister et mieux l'informer sur le traitement et la prévention ?

**La prévention du paludisme**, qu'elle soit médicamenteuse (à travers l'administration du traitement préventif intermittent, ou TPI) ou vectorielle (à travers les moustiquaires imprégnées d'insecticides) occupe une place centrale dans les messages délivrés lors des CPN. Lors d'un échange sur le terrain avec certains membres de l'équipe Inter Aide, les effets de la prise du TPI par les femmes épuisées devaient être pris en compte : *« Comme les femmes*

viennent de loin et parfois n'ont pas mangé et que c'est quand-même un traitement assez fort, certaines femmes se sentent mal après ». Ce constat semble soit ne pas être un frein à la participation, soit ne pas être tenu en compte dans le discours normatif de certains soignants : « Personne ne se plaint des antipaludéens pendant la grossesse, parce qu'ils connaissent l'avantage ».

**Les signes d'alerte** indiquant des complications de la grossesse sont enseignés aux femmes enceintes, en vue d'assurer une référence rapide au centre de santé. Ces informations sont transmises tant durant les CPN que durant les visites à domiciles. Une PT explique par exemple lors d'une visite à une jeune femme enceinte et à ses parents présents : « Si elle a des saignements, elle doit aller au centre de santé. Ça peut arriver qu'elle ait envie de vomir et qu'elle tombe ». Des conseils sont également dispensés sur les pratiques à éviter pendant la grossesse telles que porter des choses lourdes.

**Deux catégories de grossesses à risque** sont identifiées par les soignants et font l'objet d'une attention particulière pendant les consultations prénatales : en cas de grossesse à répétition et d'âge avancé de la mère, induisant éventuellement précédemment des hémorragies du post partum, et à l'inverse, les grossesses précoces. Le focus group avec des femmes à Monapo révèle une connaissance de la catégorisation par les soignants : « Les femmes sont âgées quand elles ont plus de 30 ans et qu'elles ont déjà de nombreux enfants. Si elles retombent enceintes, ces grossesses sont catégorisées par le personnel de santé comme des grossesses à risque ». Parfois au centre de santé, ces femmes font face à des remontrances d'être « encore enceintes ». Le cas d'une jeune mère de 13 ans, illustre la prise en charge des grossesses précoces. Face au refus initial de la mère que sa fille accouche au CS, un membre de l'équipe d'Inter Aide a développé des arguments basés sur son expérience personnelle : elle a raconté à la mère qu'elle vivait la même situation avec sa fille de 14 ans qui est tombée enceinte et a expliqué les risques d'un accouchement à domicile à son âge. Elle a ensuite proposé une mesure incitative : elle a promis de devenir la marraine de l'enfant à naître si elle accouchait au CS. Dans les deux cas, les soignants renforcent leurs conseils de recours au CS pour l'accouchement, et conseillent dans certains cas aux femmes de se référer directement à l'hôpital pour l'accouchement, en raison des risques encourus.

## **2.2. Persistance du recours aux tradipraticiens**

Le recours aux tradipraticiens pendant la grossesse existe, généralement en complément des soins biomédicaux. Les femmes rencontrées en focus group identifient « le mal de ventre » comme un risque de fausse couche et plusieurs consultent le curandero dans ce cas : « Si son ventre lui fait mal, elles pensent que le bébé va sortir. Elles prennent des concoctions pour éviter une fausse couche ».

La « corde » portée sur les hanches pendant la grossesse constitue la pratique traditionnelle la plus fréquemment évoquée. Le curandero rencontré à Mogincual explique sa pratique. D'après lui, cette corde est une protection contre les esprits, car ce sont les esprits qui peuvent provoquer une fausse couche. Cette pratique est accompagnée par la consommation

de concoctions à base de plantes : « Je sais faire cela, je donne aussi des herbes pour le bain. C'est pour que les fantômes ne prennent pas le corps, le bébé. Ce n'est pas à toutes les femmes. Si pendant que la femme est enceinte, elle est souvent malade et qu'elle va au centre de santé et que ça ne passe pas, c'est à ce moment-là que je lui propose de porter la corde ».

Cette pratique reste largement dissimulée par crainte de réprimandes par les soignants du centre de santé : « Si pendant la grossesse elle suit des soins au curandero, elle ne le dira pas à la sage-femme par peur de se faire gronder ». Un soignant à Mogincual rapporte deux anecdotes révélatrices : « Il y a une femme enceinte qui a mis de la farine partout sur son corps et quand j'ai vu ça, j'ai enlevé directement le sérum [pour éviter une interaction entre les différents traitements] ». Un autre cas montre l'usage de plantes pour accélérer l'accouchement : « Une femme enceinte est venue me voir et puis a vomi des plantes et elle a accouché très rapidement, en 20 minutes. La famille a expliqué qu'en premier ils étaient allés voir un curandero et qu'il avait donné quelque chose pour qu'elle ait un accouchement rapide ». Les équipes Inter Aide confirment cette information concernant la consommation d'une plante utilisée comme oxytocine pendant la grossesse.

Certaines femmes qui vont chez le curandero en dehors de la grossesse, disent préférer aller au centre de santé lorsqu'elles sont enceintes car elles y reçoivent des conseils considérés comme prenant en charge plus adéquatement la femme, de manière plus holistique : « Ici on me dit ce que je dois faire, comme travailler moins dur, manger mieux ».

### 3. Accouchement

#### 2.3. Choix du lieu d'accouchement

**L'accouchement au centre de santé est devenu la norme** valorisée dans le discours des participants, tant chez les soignants que chez les hommes et les femmes. Dans la pratique, l'accouchement à domicile reste fréquent, cette réalité est donc nuancée. Le discours de cette PT à Monapo témoigne de l'évolution récente : « J'ai été formée pour faire les naissances à domicile. A ce moment-là il n'y avait pas de centre de santé dans la communauté. C'est seulement depuis 2016 qu'il y a eu une infirmière dans la communauté et du coup à partir de ce moment-là qu'on disait aux femmes de ne plus accoucher à la maison ». L'idée d'une société qui « grandit » avec la mise en place de CS, et de l'évolution des pratiques de recours aux soins intégrant davantage le centre de santé, avec l'accompagnement et l'intervention d'Inter Aide est ressortie dans plusieurs discours. L'accouchement au CS est associé à cette évolution positive et récente de la société. Une femme qui a accouché au CS explique que « si une femme accouche à la maison, les matrones viennent la chercher et elle se sent honteuse ». Lors d'un focus groupe une femme critique le fait qu'une autre ait accouché à domicile : « Pourquoi tu accouches à la maison alors que l'hôpital est là depuis longtemps ! » La pression sociale contribue à normaliser l'accouchement institutionnel.

**Cependant, les accouchements à domicile persistent**, pour plusieurs raisons. La distance est présentée tant par les femmes et les soignants comme un obstacle majeur, certaines

parturientes accouchant à domicile ou en cours de route faute d'avoir pu rejoindre la structure à temps. La rapidité du travail est également fréquemment invoquée pour expliquer ces situations, les femmes décrivant l'imprévisibilité du déclenchement du travail, notamment lorsqu'elles se trouvent engagées dans des activités quotidiennes comme le travail aux champs. Toutefois, ces justifications font l'objet de débats au sein même des groupes de femmes rencontrées, certaines estimant qu'il est possible d'anticiper l'accouchement en fonction de la connaissance de son propre corps. Afin de réduire les risques liés à l'éloignement, certaines femmes déclarent adopter des stratégies d'anticipation, telles que le fait de se rapprocher d'un centre de santé à l'approche du terme, par exemple en allant séjourner chez un proche résidant à proximité.

#### **Etude de cas : Les débats entre femmes sur l'anticipation de l'accouchement**

Pendant un focus group à Mogincual, une femme invoque la rapidité du travail comme justification de son accouchement à domicile : « *Le bébé arrive trop vite. Parfois on ne sait pas que c'est aujourd'hui qu'on va accoucher. On va au champ et puis ça commence à venir. Est-ce que j'ai fait exprès d'aller au champ et d'accoucher là-bas ?* ».

Les autres participantes réfutent cet argument : « *Tu as fait exprès, oui ! Tu connais ton corps et tu sais quand tu vas accoucher. Tu sais la semaine dans laquelle tu vas accoucher* ». Cette dernière explique alors qu'à l'approche de l'accouchement, elle se rapproche du CS : « *Quand je suis enceinte, je vais aller chez ma mère qui va m'aider. Et elle, elle habite à côté d'un centre de santé, donc comme ça, je suis à proximité* ».

**Les coûts associés au transport** de la femme en travail et des femmes qui l'accompagnent représentent une barrière d'accès importante qui nécessite une anticipation et un arbitrage entre les différentes parties : « On parle avec notre mari et on décide de faire des économies pour pouvoir se préparer, pour payer la moto, pour aller au centre de santé quand on va accoucher. Par exemple, on va manger plus de brèdes que du poisson pour préparer l'urgence ».

**L'accouchement mobilise systématiquement les femmes de la famille.** Qu'il se déroule à la maison, ou au centre de santé, la parturiente est systématiquement accompagnée par une figure féminine : mère, tante, grand-mère, le plus souvent du côté maternel. Comme illustré par cet extrait d'entretien avec un homme, l'accouchement est socialement considéré comme une affaire féminine : « L'accouchement par contre c'est une affaire de femme et donc l'homme ne rentre pas, c'est sa sœur et sa mère qui y sont allés, moi je suis resté à la maison pour préparer ». Les hommes jouent principalement un rôle logistique, notamment pour assurer le transport jusqu'au centre de santé et fournir la nourriture pour les accompagnantes. Aucune femme n'a fait mention de recours à une accoucheuse traditionnelle en dehors de la famille.

#### **2.4. Accouchement au centre de santé : déroulement et perceptions**

Pour les femmes accouchant au centre de santé, **l'accompagnement familial** structure l'expérience. Les membres féminins de la famille seront en charge d'accompagner la femme sur le chemin vers le centre de santé et de l'assister pendant l'accouchement lui-même. Les leaders communautaires évoquent des **structures d'accueil insuffisantes** pour les parturientes et leurs accompagnants : « Parfois ils vont emmener 5-6 femmes qui accouchent, alors qu'il n'y a que 4 lits. Et aussi que quand c'est la saison des pluies, les familles accompagnent, et elles ne peuvent pas repartir. Et il n'y a nulle part pour les accueillir ces familles ».

Les femmes interrogées expriment globalement **une satisfaction concernant la prise en charge au centre de santé**. La satisfaction est conditionnée, comme pour la maladie, par l'apport d'une solution rapide, ici face à la douleur : « J'ai été bien accueillie et satisfaite car j'avais très mal en arrivant ». Une femme de 39 ans témoigne également de sa satisfaction malgré des complications : « J'ai eu une hémorragie à l'hôpital, j'ai donné naissance à l'hôpital, je suis restée deux jours. Ils se sont bien occupés de moi ». La relation de proximité avec les soignants fait partie des facteurs de mise en confiance selon cette femme de 23 ans qui a récemment accouché : « Je les vois à chaque fois que je vais là-bas ». Le récit d'une jeune femme de 15 ans, qui regrette n'avoir pu accoucher au centre de santé, témoigne de la « sécurité » que peut représenter le centre de santé, dans des cas particuliers comme une grossesse précoce par exemple : « J'avais peur de mourir pendant l'accouchement, la douleur dans le bas du dos était incroyable. Mon cœur battait trop vite. J'aurais préféré que ce soit différent, j'aurais préféré accoucher au centre de santé, car là, le lendemain de mon accouchement j'ai dû aller au centre de santé ».

Malgré l'appréhension initiale, les femmes rencontrées indiquent qu'elles accepteraient une césarienne lorsqu'elle est médicalement nécessaire. Elles considèrent que leur mari fera le nécessaire pour préserver leur santé et assurera les aspects logistiques d'une telle référence.

#### **Etude de cas : acceptabilité des références en cas de césarienne**

Lorsque questionnées sur les césariennes, les femmes rencontrées en focus group à Monapo ont exprimé une « *peur du couteau qui va les couper* ». Elles ont dit néanmoins accepter une telle intervention et ont questionné leur capacité à la refuser : « *Est-ce qu'on aura le temps de faire un choix ? On va accepter !* ». Celles rencontrées à Mogincual évoquent le besoin d'impliquer le mari qui devra chercher les fonds nécessaires pour les frais de déplacement et les repas des accompagnants : « *On va accepter et on parle avec notre mari. Lui, il est dehors et il s'inquiète pendant qu'on est en train d'accoucher. Comment est-ce qu'il va refuser puisque lui, il est inquiet pour notre situation* ». Une jeune fille de 13 ans, a subi une césarienne à Monapo à la suite de complications pendant l'accouchement. Elle dit avoir été bien prise en charge.

### 3. Soins post-partum et soins du nouveau né



**Une majorité des femmes rencontrées ont vécu un décès infantile, parfois périnatal.** Certaines de ces mères sont encore au centre de santé lorsque le décès survient. A titre d'illustration, lors d'un focus group avec 7 femmes, les mères rencontrées ont parlé de 2 enfants décédés sur 9, 4 décès sur 14 enfants, 2 décès sur les 11 grossesses, 3 décès sur 10 enfants... Certaines femmes rencontrées connaissent mieux le nombre de grossesses que le nombre d'enfants vivants.

**La plupart des femmes consultent au centre de santé après l'accouchement.** Les PT jouent un rôle important dans le suivi post-partum en encourageant les mères à consulter lors des visites à domicile et en leur fournissant une fiche de référence. Les consultations en post-partum (CPP)

sont considérées par les femmes et les hommes comme étant avant tout destinées au nouveau-né, afin d'ouvrir un dossier et de le vacciner. Un homme interrogé affirme : « Après l'accouchement le suivi c'est seulement pour l'enfant, pour la vaccination, il n'y a pas besoin pour la femme puisque justement ils l'ont laissée rentrer après l'accouchement, ce qui signifie qu'elle est en bonne santé ». La prise de conscience de l'importance d'un suivi médical pour la mère est limitée. Malgré la perception que les CPP sont destinées principalement aux nouveaux-nés, les mères témoignent des conseils qu'elles reçoivent sur leur propre santé, comme cette femme de 39 ans, mère de 8 enfants de 3 maris différents rapporte : « Ils nous disent que la mère, doit se reposer et elle doit aussi se laver ». Par ailleurs, un repos post-partum d'un mois est mentionné par plusieurs femmes.

Lors des CPP et des VAD accomplies par les PT, **les femmes reçoivent des conseils** pour préserver la santé de l'enfant. Une femme de 23 ans ayant récemment accouché explique sa compréhension des messages : « Il ne faut pas baigner le bébé à n'importe quelle heure pour ne pas qu'il attrape froid et pour qu'il grandisse bien. Il faut aussi le couvrir d'un drap pour éviter qu'il ne tombe malade à cause de la poussière ». Lors de l'observation d'une VAD, les conseils portent sur l'allaitement et sur les bonnes pratiques alimentaires à adopter pour lui permettre de « bien allaiter ». La sécurité du nouveau-né et les signes d'alerte sont ensuite abordés : « Quand tu laisses le bébé sur le lit, tu dois le mettre bien au milieu. Si ton bébé refuse de manger, ou est malade, tu dois être en capacité de reconnaître qu'il n'est pas en bonne santé ».

**Des soins traditionnels sont également administrés.** Au cours des premiers jours de vie du nouveau-né, des rituels ont lieu pour le protéger des mauvais esprits, ceci avant sa première sortie de la maison et sa présentation à la communauté. Un curandero décrit cette pratique :

« À la naissance, à 7 jours, on va laver l'enfant avec des plantes pour éviter que les maladies de la mère se transmettent. C'est-à-dire pour que les esprits qui embêtent la mère n'embêtent pas l'enfant. [C'est] pour que l'enfant puisse ensuite être présenté à la communauté. Avant ça, pendant les 7 premiers jours, il va rester à la maison, dans le noir, à l'abris du soleil ».

## 4. Dynamiques de genre dans le recours aux soins de la femme/mère

### 4.1. Rôle des hommes au cours de la grossesse et lié à la natalité

La grossesse et l'arrivée du nouveau-né constituent un moment particulier dans la vie de la famille où la participation masculine à la santé de la mère et du bébé est davantage attendue et valorisée. Les hommes décrivent leur rôle pendant la grossesse comme étant de subvenir aux besoins de la femme (une bonne alimentation), d'assurer les déplacements (pour les CPN et l'accouchement) et de les soulager des tâches lourdes (porter de l'eau ou du bois). Lors de l'accouchement, l'homme assure de nouveau la logistique. Pendant la période post-natale, l'homme a un rôle social de célébrer la venue de l'enfant, de remercier les femmes présentes pendant l'accouchement et de présenter l'enfant au village. Ces pratiques marquent la reconnaissance publique de la paternité : « Quand les deux [mère et enfant] reviennent en santé le père est heureux et donc il tue un poulet pour manger avec les gens qui ont accompagné sa femme pour les remercier » explique un curandero. Certains hommes aident ensuite leurs femmes pendant le mois de repos suite à l'accouchement.

Plusieurs hommes présentent le soutien fourni à leurs femmes pendant la grossesse et l'accouchement avec fierté à travers des discours qui semblent parfois idéalisés. On constate notamment une intégration des messages de sensibilisation sur le fait que la femme enceinte ne doit pas accomplir de tâches lourdes. Des femmes apprécient les efforts fournis par leurs maris pendant cette période limitée dans le temps, mais constatent que de tels comportements ne sont pas encore largement approuvés dans la communauté. Au niveau sociétal, le non respect de la division genrée des rôles (par le fait que le mari participe aux tâches ménagères) reflète négativement sur l'image de l'homme mais également sur l'image de sa femme qui pourrait être considérée « invalide » dans l'accomplissement de son rôle de femme.

#### Etude de cas : implication de l'homme lors de la grossesse

Lors d'un focus group, un homme polygame explique l'implication des hommes lors de la grossesse : « *On accompagne les femmes quand elles sont enceintes. Est-ce qu'on va les laisser alors qu'elles portent nos enfants ? Quand les femmes sont enceintes, on peut même faire à manger pour elles.* », dit un jeune homme polygame. Une femme confirme ce discours, « *C'est mon mari qui m'a aidée, et il est content d'aider, comme c'est lui qui m'a rendue enceinte. C'est un bon mari* ». L'implication des hommes dans les tâches domestiques reste cependant une exception contestée au niveau communautaire qui suscite des moqueries comme une

femme de 23 ans explique : « *Quand j'étais enceinte, mon mari m'a aidé en allant chercher l'eau et le bois et même en faisant la cuisine si j'allais au centre de santé et je tardais pour rentrer. Certains disaient que c'est un imbécile, que ce n'est pas un homme. Il ne les a pas écoutés, il a simplement continué à m'aider.* » Un homme rencontré explique avoir aidé sa femme lorsqu'elle était enceinte mais minimise son rôle, possiblement pour éviter les conséquences sociales. Il souligne aussi que ce n'est pas parce qu'il l'a aidée qu'elle n'est pas en capacité d'accomplir ces tâches.

#### 4.2. Santé sexuelle et reproductive, autonomie des femmes en fonction de leur âge

L'âge (qui va généralement de paire avec le nombre d'enfants) est un facteur déterminant du niveau de capacité d'agir des femmes. Les données suggèrent que la multiparité s'accompagne d'une plus grande capacité à exprimer un désaccord et à prendre des décisions autonomes en matière de santé, notamment en ce qui concerne le recours à la contraception. Enfanter est parfois présenté, en particulier par les femmes multipares, comme une forme d'asserviture qui occupe tout leur temps et qui les cloître à la maison. Certaines blâment leur mari pour cette situation.

« Qu'il prenne une autre femme, s'il veut d'autres enfants » s'exclame une femme de 45 ans ayant eu 14 grossesses. La capacité d'agir des femmes plus âgées s'étend en effet jusqu'à une possibilité d'initier le divorce - généralement sur la base du motif communément admis que l'homme ne subvient plus suffisamment aux besoins de la femme et de ses enfants. Un curandero explique qu'il avait 3 femmes avant mais qu'il n'en a plus qu'une. Deux de ses femmes ont demandé le divorce, il a accepté comme « il est âgé et qu'il n'a plus les moyens de s'occuper d'elles ».

A l'inverse, les jeunes femmes, qu'elles soient déjà mère ou non, voient leur capacité d'agir sévèrement réduite dans le domaine de la SSR : les décisions sont prises par leur mère. Dans les cas rencontrés, c'est en effet la mère, et non le mari ou le père qui décide sur la pratique ou non du planning familial ainsi que sur le lieu d'accouchement.

#### Etude de cas : la contrôle maternel des filles adolescentes dans le domaine de la SSR

Pendant une VAD avec une jeune fille de 15 ans enceinte de son premier enfant, on constate que la présence parentale est perçue comme « *habituelle* » et donc normale par l'adolescente. La dépossession décisionnelle est intériorisée par la jeune fille qui explique que le choix du planning familial ne lui revient pas : « *Je veux y adhérer. Mais je dépends de ma mère pour prendre la décision. Mon père ne m'empêchera pas, mon mari ne m'empêchera pas, mais c'est ma mère qui doit me donner l'autorisation* ». On constate ainsi le rôle des mères dans l'accès des jeunes femmes à la contraception ; il semblerait qu'elle (et non la figure masculine du père ou du mari) décide pour sa fille.

La mère est garante du bien-être de sa fille et c'est elle qui explique l'état de santé de sa fille à la PT. Lorsque la PT demande à la jeune fille comment elle se sent, les réponses sont validées par la mère. Cette médiation maternelle s'observe également dans les situations de détresse. La jeune fille de 15 ans confie : « *En revenant du centre de santé après avoir découvert ma*

*grossesse, j'étais très triste. J'avais envie d'en parler à quelqu'un. Ma mère n'était pas là et donc j'ai discuté avec ma grand-mère, qui m'a soutenue et qui m'a dit que si elle avait les moyens, elle aurait fait enlever l'enfant ». Les grand-mères peuvent ainsi jouer un rôle important dans la santé sexuelle et reproductive des jeunes femmes. Les mères et grand-mères peuvent jouer autant un rôle facilitateur que représenter une barrière. Lorsque la responsable SMI explique à la mère d'une fille de 13 ans qu'elle doit accoucher au CS comme il s'agit d'une grossesse à risque, la mère refuse : « La mère est partie du centre de santé en criant. C'est là que j'ai décidé de donner un accompagnement spécifique à cette petite. La mère refusait que sa fille accouche au centre de santé ».*

Face à cette injonction maternelle, les acteurs de santé répliquent parfois les inégalités de genre et d'âge en s'adressant davantage aux parents qu'à la principale concernée. La PT observée justifie cette approche en expliquant : « C'est important de s'adresser aux parents, car à la fin, c'est eux qui prendront la décision pour leur fille, c'est eux qui lui conseilleront d'aller au centre de santé ». Les facilitatrices reconnaissent néanmoins la nécessité d'évoluer vers des pratiques plus participatives : « On pourrait demander aux parents de quitter l'espace de discussion après les premiers échanges, de manière à ce que la jeune fille puisse poser les questions qui éventuellement l'inquiètent ».

## D - Accès à l'information sur la santé

L'accès effectif à l'information en santé est conditionnée par le niveau d'éducation, le niveau d'exposition aux messages et le niveau de confiance dans les interlocuteurs. L'appropriation des messages dépend également de leur adéquation avec la réalité des cibles. Sa mise en application est ensuite conditionnée par l'accès aux finances, aux déplacements et aux décisions. Les informations reçues vont également interagir avec d'autres informations notamment provenant de la médecine traditionnelle ou de la religion.

L'accès à l'information (et à sa mise en pratique) est différencié en fonction des publics. Elle dépend de multiples facteurs qu'on peut catégoriser selon les aspects suivants :

- **Un contenu adapté** : est-ce que l'information donnée aux femmes répond à leurs préoccupations ? Est-ce que l'information ciblant les hommes répond aux leurs ? Est-ce qu'on réplique les inégalités de genre ou on formule des messages pour les réduire ? Est-ce qu'on prend en compte les contraintes et on formule des messages pour favoriser leur contournement ?
- **Un format adapté** : quel est le niveau de lettrisme ? Est-on plus à l'aise à l'oral ou à l'écrit, en visuel ? Quelle est la langue la plus familière ? Comment assurer une participation active pour une meilleure intégration des messages ? Quel est le niveau de lettrisme en santé ? Comment vulgariser les notions biomédicales ?

- **Un mode de diffusion adapté** : à quels sources fait-on confiance (leaders communautaires, professionnels, famille, voisins) ? Où se rassemble-t-on (marché, mosquée, église, école) ? Quelle est la disponibilité de chaque cible (jours, horaires, localités) ? Qui a une radio, une télévision et quels sont les horaires d'écoute des différentes cibles ? Comment encourager la participation aux actions de sensibilisation ?

Il s'agit de répondre à ces questions pour créer une communication segmentée selon les publics, qui répond à leurs profils, à leurs besoins différenciés, à leurs préoccupations, ceci tout en prenant en compte les défis auxquels ils et elles font face, le niveau de lettrisme ou encore la mobilité et la disponibilité.



## 1. Sources d'information mobilisées par les communautés

Les communautés de Monapo et Mogincual disposent de multiples sources d'information en santé, formelles et informelles. En ce qui concerne **les acteurs sanitaires**, les centres de santé sont cités comme la première source d'information et aussi d'une information à laquelle on fait confiance.

**Les acteurs communautaires de santé** constituent un réseau essentiel de diffusion de l'information. Les APE, PT et les membres du comité de cogestion jouent un rôle d'interface entre le système de santé formel et les communautés à travers des palestras, ou séances de sensibilisation collectives, et des visites à domicile. Les facilitateurs d'Inter Aide accompagnent ces acteurs pour « donner des informations mises à jour » et s'assurer de la qualité de la transmission.

**Les leaders religieux et communautaires** jouent également un rôle important dans la diffusion des messages de santé. Certains de ces leaders ont été intégrés dans les comités de cogestion. À Mogincual, les leaders communautaires indiquent que l'église et la mosquée diffusent les mêmes informations que le système de santé. Un leader religieux affirme qu'il « parle toujours de la santé en premier lors des rencontres ». Les professeurs participent également à l'éducation en SSR selon les adolescentes rencontrées.

**Les réseaux informels entre femmes** représentent une source d'information importante, bien que les femmes aient moins confiance dans les informations issues de la communauté. Un membre de l'équipe Inter Aide explique que les femmes font davantage confiance aux informations partagées lors des palestras par un professionnel extérieur à la communauté : « Elles ne parlent pas entre elles à propos de la santé parce qu'elles ne font pas confiance à

quelqu'un de la communauté, mais elles vont rester là à écouter si c'est une infirmière, un professionnel qui vient de l'extérieur. »

**Les médias** sont peu cités comme moyen d'information et semblent être relativement peu disponibles.

**Les curanderos** demeurent une source d'information alternative, particulièrement pour les maladies perçues comme liées aux esprits ou pour lesquelles le centre de santé n'a pu apporter de solution. Cependant, leur rôle informationnel est controversé, ou du moins présenté dans les discours normatifs comme étant à bannir. Certaines femmes et hommes réfèrent à des pratiques de charlatanisme : « Ils mentent » et « disent n'importe quoi pour avoir de l'argent. »

## 2. Modalités de circulation de l'information

### 2.1. Les consultations au CS

Les consultations prénatales, infantiles et les séances de vaccination constituent la source première d'information. Les femmes y reçoivent des conseils sur le planning familial, l'alimentation pendant la grossesse, l'importance de compléter les quatre CPN et d'accoucher au centre de santé, et les signes d'alerte nécessitant une consultation. Les jours de forte affluence (les lundis et vendredis), et si le personnel n'est pas au complet, les informations données peuvent être réduites au diagnostic (« il a le paludisme ») sans explication supplémentaire sur la maladie, sa prévention ou son traitement. Après la consultation, la réception des médicaments à la pharmacie est une autre opportunité de sensibilisation. Nous avons observé un garçon qui malgré son jeune âge a reçu des informations claires sur son traitement à prendre, qu'il a pu nous répéter.

### 2.2. Les dispositifs de sensibilisation collective

Les palestras représentent un dispositif central d'éducation à la santé. Les palestras observées révèlent une approche participative de la transmission d'information. Plutôt qu'un modèle vertical unidirectionnel, ces séances fonctionnent comme des espaces d'échange où les participants posent des questions et cherchent à clarifier leurs doutes. La présence d'hommes lors de ces séances (même si elle reste minime) aide à changer les dynamiques de genre en encourageant les hommes à s'impliquer davantage dans la santé et en encourageant les femmes à prendre la parole et à verbaliser leurs préoccupations devant des hommes.

Organisées les lundis, jeudis et vendredis matin au centre de santé à Mogincual, elles sont ensuite répétées l'après-midi dans les communautés. Ces séances abordent les thématiques du paludisme, du planning familial, des premiers secours, et de l'hygiène. À Monapo, une matrone indique que les sensibilisations au CS se déroulent en trois temps : 15 minutes avec tous les patients pour des informations générales, puis une séparation en trois groupes thématiques sur la santé maternelle et infantile, la santé sexuelle et reproductive et les soins

préventifs (vaccination, pesée, etc.). L'observation d'une palestra sur le planning familial à Mogincual montre que les facilitateurs utilisent du matériel pédagogique dédié et que les messages clés insistent sur les bénéfices concrets.

### **2.3. Les visites à domicile comme espace de transmission personnalisé**

Les visites à domicile (VAD) constituent un dispositif distinct de transmission d'informations, caractérisé par une approche plus individualisée mais également plus directive. Les observations à Mogincual montrent que les PT et facilitateurs suivent une structure relativement standardisée : questions sur l'état de santé, transmission de conseils pratiques, et vérification de la compréhension. Lors de l'observation d'une VAD pour le suivi d'un nouveau-né, la PT a fourni des instructions détaillées : comment allaiter, comment positionner le bébé sur le lit, comment reconnaître les signes de maladie, comment traiter une plaie, l'importance de l'hygiène vestimentaire et alimentaire. Ces conseils sont donnés de manière prescriptive, avec peu d'espace laissé à la discussion ou aux questions de la mère.

### **2.4. Leviers : le format, la répétition et la cohérence des messages**

**La transmission orale** des messages lors des palestras, VAD et consultations, permet de prendre en compte l'accès limité de la majorité des femmes rencontrées à l'éducation. Sur un focus group avec 8 femmes à Monapo, seulement la moitié avaient fréquenté un établissement scolaire, et ce jusqu'à la 3ème ou 5ème classe. De nombreuses femmes, en particulier à Mogincual, ne connaissent ni leur âge, ni celui de leurs enfants, ni leur date de naissance.

Un élément clé dans l'appropriation de l'information semble être la confiance induite par une **cohérence et répétition des messages** reçus à travers différents canaux. Les leaders communautaires de Monapo expliquent que « le fait que ce soit les mêmes informations diffusées partout, que ce soit par le comité, les palestras, les sages-femmes, les APE, l'église, la mosquée, la radio, le téléphone, qu'ils entendent la même chose de plusieurs sources, c'est ça qui donne confiance. » Cette saturation informative aide à créer une « norme sociale » autour des comportements de santé recommandés.

### **2.4. Les stratégies de persuasion**

Au-delà de la simple transmission d'information, les acteurs de santé déploient différentes stratégies de persuasion. Les technicien-nes soulignent **les bienfaits** pour la femme du planning familial et pour les enfants de l'allaitement. On invite également les femmes à réfléchir aux **méfais** de ne pas respecter les recommandations : ne pas pouvoir travailler en cas de maladie prolongée de l'enfant. L'appel aux conséquences économiques constitue une stratégie importante. Pour promouvoir le planning familial, les sensibilisateurs insistent sur le fait que cela permet de « mieux s'occuper des enfants » et de « les faire aller à l'école ».

**La menace et l'interdiction sont parfois mobilisés** : une PT explique qu'elle dit aux femmes que « c'est interdit d'accoucher à la maison » et leur fait des « menaces » pour les convaincre d'aller au centre de santé.

**Le témoignage et l'exemple personnel sont également mobilisés**, en particulier par les équipes d'Inter Aide qui partagent leur expérience en planning familial, les effets secondaires rencontrés. Ce partage permet de créer un lien de proximité qui renforce la confiance dans la biomédecine.

### 3. Profils différenciés et accès à l'information

#### 3.1. Les femmes enceintes : un public prioritaire généralement bien informé mais peu autonome

Les femmes enceintes bénéficient d'un accès privilégié à l'information à travers les 4 CPN, les *palestras* et des VAD accomplies par les PT. Cependant, l'accès à la mise en pratique des informations reçues varie considérablement vu l'accès limité des femmes, et en particulier des adolescentes, aux décisions concernant leur grossesse. Une jeune fille de 15 ans à Monapo réalise ses quatre CPN mais accouche finalement à domicile. L'accès limité aux finances restreint, pour sa part, l'accès aux transports pour amener l'enfant consulter en cas de maladie.

Bien qu'elles soient les principales destinataires des messages de santé, **la capacité des femmes à mettre en pratique l'information est limitée**. Un APE de Monapo identifie cela comme un défi : « Ce sont les femmes qui sont en charge des soins, et donc sont les plus exposées au centre de santé où se déroulent les sensibilisations. Les femmes sont donc plus informées mais doivent après attendre la validation de leur mari. »

#### 3.2. Les hommes : un public sous-informé et sous-impliqué



Les hommes constituent une population largement absente des dispositifs d'information en santé, ceci malgré leur rôle central dans l'accès aux soins en tant que pourvoyeurs et décisionnaires. Les dispositifs actuels ciblent principalement les femmes dans des espaces de femmes à des horaires où les femmes sont présentes. Lors d'une palestra devant un CS, nous avons observé la présence de 15 hommes parmi une soixantaine de

participants. Leur absence aux palestras s'explique par des contraintes économiques : « Ils ont le choix entre travailler et aller aux sensibilisations. Alors ils choisissent d'aller au travail. »

Certains hommes accèdent à l'information à travers des canaux spécifiques : accompagnement lors de la première CPN, sensibilisations ciblées par les APE, ou messages diffusés à la mosquée. Un APE de 22 ans à Monapo indique qu'il organise des sensibilisations à « jours fixes » sur le planning familial et qu'il réunit aussi les hommes, considérant que « les hommes se sentent concernés par les messages en santé, car ils aiment apprendre. » Inter Aide mène des séances de sensibilisation avec des adolescents, les séances sont suivies d'un match de football ce qui encourage la participation.

Lors du focus group avec des hommes à Mogincual, tous reconnaissent que « les femmes en savent plus que les hommes concernant la santé ». Ils estiment que « ça devrait changer ». Ils suggèrent des adaptations qui leur permettraient d'assister aux séances de sensibilisation : organiser les activités après 13h ou 14h quand ils rentrent du travail ou alors le vendredi (jour où ils ne vont pas aux champs / à la pêche). D'autres soulignent l'importance de renforcer le lien entre les acteurs de santé et les hommes ce qui leur permettrait également de se sentir ciblés et donc davantage concernés : « J'aurais aimé participer [être ciblé] dès le début. ». Un demande à ce qu'ils soient appelés individuellement, ou à travers un mégaphone.

Dans leur rôle de garants de la cohésion sociale, des leaders communautaires sont demandeurs d'informations sur les actions du projet. Ils souhaitent des clarifications sur le recensement mené lors de l'implantation du projet : « Pourquoi on a écrit sur les portes ? », « Pourquoi c'est seulement ici ? », « On n'a reçu aucun résultat ! ». On sent une frustration et également une volonté de s'impliquer : « On a ouvert nos portes mais vous n'avez pas expliqué ! ».

### 3.3. Les adolescentes : un public vulnérable avec un accès limité à l'information



Les jeunes filles apparaissent comme un public particulièrement vulnérable. Leur accès à l'information en SSR est extrêmement limité au sein de la sphère familiale. Les filles n'ont pas le droit « d'écouter les conversations des adultes avant le rituel d'introduction à la vie adulte » selon deux PT qui ont hésité à aborder le sujet du planning familial avec nous comme une jeune fille se tenait à côté. En effet, lorsque les adolescentes ont leurs règles pour la première fois, une grande célébration est organisée et un curandero est invité pour initier la jeune fille en lui expliquant son futur rôle d'épouse et de mère. C'est seulement après cette cérémonie que les filles peuvent participer aux « conversations d'adultes » y compris celles sur le planning familial. Nous avons constaté lors d'une palestra que les femmes ont demandé aux jeunes filles

de partir, elles n'ont ainsi pas assisté à la sensibilisation sur le PF.

Le projet mène des activités de sensibilisation auprès des adolescentes qui ont accompli ce rituel (palestras) et celles qui sont enceintes (VAD). Le focus group avec des jeunes femmes à Monapo révèle qu'elles ont une bonne connaissance des différentes méthodes contraceptives grâce aux sensibilisations de l'APE, mais que cette information ne se traduit pas nécessairement en autonomie décisionnelle. Une jeune fille de 15 ans à Monapo explique avoir « entendu parler de planning familial à l'occasion d'une sensibilisation ici sur la place du village » et vouloir y adhérer, mais elle dépend de sa mère pour prendre cette décision. Cette situation illustre comment pour encourager l'accès à la SSR, il ne s'agit pas uniquement de cibler le public visé mais également d'informer les personnes impliquées dans la prise de décision : ici les mères. Dans d'autres cas, il est nécessaire de cibler les maris également. Ce ciblage des décisionnaires ne doit pas renforcer les inégalités de genre en remplaçant l'information des publics cibles elles-mêmes, mais la compléter en encourageant un changement dans les mécanismes de prise de décisions.

#### 4. Appropriation et partage sélectif de l'information

Malgré la multiplication des dispositifs de sensibilisation, **les informations sont inégalement assimilées** et des lacunes importantes persistent en termes de littératie en santé. Des personnes vivant avec le VIH disent ne pas connaître le mode de transmission. Un homme qui a fait le test VIH ne comprend pas son utilité. Une femme ayant le paludisme pense qu'on l'attrape « à cause des fruits qui ne sont pas propres ». Concernant le planning familial, plusieurs femmes expriment une confusion sur le fonctionnement des méthodes contraceptives. Cette méconnaissance persiste malgré les messages répétés. Les entretiens révèlent également la persistance de croyances et de malentendus qui circulent parallèlement aux messages officiels - notamment de nombreuses rumeurs sur les effets secondaires du PF.

La réception des messages ne se fait pas de manière passive. Une **appropriation sélective** s'opère en fonction des expériences, contraintes et cadres interprétatifs. La figure du curandero reste associée à des explications causales alternatives des maladies (sort, esprits) qui expliquent davantage sur le « pourquoi cela m'arrive à moi ? ». Les membres du comité de cogestion à Monapo constatent (ou espèrent) un changement : « avant les guérisseurs donnaient des conseils et des médicaments, mais maintenant [la population] a découvert que ce n'est pas efficace et du coup ils vont au centre de santé. » Cette logique pragmatique de préférer « ce qui marche » structure largement l'appropriation de l'information.

**Le contrôle de l'information** devient une stratégie clé pour les femmes dans un contexte où leur autonomie décisionnelle est limitée. Plusieurs femmes indiquent explicitement ne pas partager certaines informations avec leur entourage sur leurs pratiques de planning familial ou leur statut sérologique. Une mère interviewée à Monapo refuse de parler des pratiques domestiques : « Ce qui se passe à la maison ne peut pas être raconté en dehors de la maison ». Ce contrôle strict de l'information traduit une conscience aiguë des enjeux de réputation et

de jugement social, particulièrement pour les femmes dans un contexte où leur « valeur » est largement déterminée par leur conformité aux normes reproductives et matrimoniales.

## E - Dysfonctionnements dans l'accès et la qualité des soins

L'analyse des parcours de soins dans les districts de Monapo et Mogincual révèle que les obstacles à l'accès et à la qualité des services de santé dépassent largement les contraintes géographiques et matérielles. Deux dimensions critiques émergent de l'enquête : les paradoxes de l'organisation des ressources humaines, et la qualité variable des relations soignants-soignés.

### 1. Contraintes structurelles : distance, défaillances matérielles et contrôle des ressources

#### 1.1. Distance géographique et coûts de transport

La distance constitue l'obstacle structurel premier limitant l'accès aux soins. Certains villages sont situés à 20 kilomètres des centres de santé, rendant le déplacement particulièrement difficile avec un enfant malade ou pour une femme en travail. Au vu du manque de moyens personnels de déplacement et de l'absence de système de transport collectif, cet éloignement se traduit systématiquement en coûts de transport significatifs : 50 meticaï pour une moto-taxi, montant considérable pour des familles vivant en situation de précarité.

Les personnes habitant loin des centres de santé font face à un dilemme lors des urgences médicales : « Elles attendent trop longtemps et parfois les signes arrivent trop vite », conduisant à des accouchements en chemin ou à domicile, ou à des consultations trop tardives. D'après les entretiens et focus groups, ces retards s'expliquent principalement par la distance géographique et les difficultés de mobilisation rapide des ressources nécessaires au déplacement.

#### 1.2. Défaillances matérielles des centres de santé

Des contraintes matérielles réelles au niveau des centres de santé aggravent la situation et dissuadent le recours aux soins :

- Absence de laboratoire pour confirmation du paludisme en cas de TDR négatif (ou autre possibilité de diagnostic en cas de test négatif), obligeant à référer à 40 kilomètres ;
- Capacité très limitée : seulement 2 à 4 lits disponibles dans la maternité ;
- Absence d'électricité en dehors de la maternité ;

- Absence de mise en place de la politique de *casa mae espera* pour que les femmes enceintes à terme puissent se rapprocher du centre de santé.

### 1.3. Ruptures de stock et continuité des soins

Les ruptures de stock compromettent également la continuité des soins. Selon des membres de comité de cogestion, l'indisponibilité de certains médicaments oblige à des trajets de 3 à 4 heures (à pied puis en bus). Les ruptures de moustiquaires persistent pendant 2 à 3 mois. Ces ruptures créent des déplacements supplémentaires et des coûts additionnels pour les usagers, renforçant les barrières d'accès.

## 2. Dysfonctionnements économiques : la persistance des paiements informels

Bien que les services de santé maternelle et infantile (consultations prénatales, accouchements, consultations et médicaments pour le paludisme) soient officiellement gratuits, des frais informels persistent et constituent une barrière économique importante. Cette marchandisation informelle des soins compromet l'accès universel aux services et mine la confiance dans le système de santé.

### 2.1. Les « cadeaux » lors de l'accouchement

Les témoignages recueillis révèlent l'existence d'une pratique fréquente de paiements informels lors de l'accouchement. Comme l'explique une patiente : « Il faut payer pour le transport pour la femme et pour celle qui l'accompagne. Et puis, il faut aussi donner un cadeau pour l'infirmière quand ils sont sur place. Le cadeau qu'ils donnent, c'est 100 ou 200, dépendant de ce qu'ils ont ». Ce « cadeau » obligatoire s'ajoute aux frais de transport et représente une charge financière substantielle pour des familles vivant dans la précarité.

### 2.2. Le paiement des médicaments gratuits

Les paiements informels concernent également l'accès aux médicaments. Une patiente témoigne devoir payer pour les médicaments si elle arrive tardivement à la pharmacie, révélant l'existence de pratiques discriminatoires qui affectent les personnes en situation de vulnérabilité économique et sociale, ou celles qui ne peuvent se déplacer qu'à certains moments de la journée.

### 2.3. Conditionnalité du paiement aux soins d'urgence

Un témoignage particulièrement révélateur illustre l'ampleur de cette marchandisation informelle des soins. Une patiente raconte sa venue « à l'hôpital » [le lieu n'a pas été précisé] après une urgence médicale liée à des complications d'un avortement tenté en ingurgitant de grandes quantités de vinaigre : « J'étais couchée par terre de douleur, la soignante debout à côté de moi me dit 'sans argent, je ne ferai rien.' » Ce n'est qu'après avoir donné 12 meticaïs qu'elle a été prise en charge.

Ces pratiques, bien que vraisemblablement exceptionnelles, circulent parmi les familles et peuvent décourager durablement les recours futurs aux services de santé. Elles témoignent d'un dysfonctionnement profond dans l'organisation et le financement du système de soins, où des personnels de santé se considérant insuffisamment rémunérés peuvent recourir à ces pratiques pour compléter leurs revenus, au détriment de l'accès universel aux soins.

### 3. Paradoxes organisationnels : ressources humaines et qualité des soins

#### 3.1. Un discours de pénurie malgré des équipes complètes

Les centres de santé observés disposent d'équipes pouvant être perçues comme complètes : technicien médical, infirmière SMI, infirmière SSR, infirmier général, technicien en pharmacie, technicien en médecine préventive. Pourtant, le discours récurrent du manque de personnel traverse l'ensemble des entretiens (soignants mais également leaders communautaires) et sert à justifier les dysfonctionnements : « L'infirmier doit tout faire, il doit faire le labo, la consultation, le planning familial, les enfants, les femmes, et c'est beaucoup trop pour une seule personne. »

Cette contradiction semble révéler moins un déficit numérique que des défis dans l'organisation du travail :

- Spécialisation théorique sans distribution effective de la charge : bien que le centre dispose de professionnels spécialisés, une seule technicienne assure toutes les consultations infantiles au moment de l'observation ;
- Absence de mécanismes durables de remplacement : en cas d'absence, l'infirmier d'Inter Aide vient compléter les équipes et pallier les absences de personnels ;
- Interruptions non essentielles des consultations : personnel entrant/sortant continuellement, échanges entre soignants pendant les consultations ;
- Absence de triage systématique : les patients sont souvent vus par ordre d'arrivée, sans réelle priorisation des cas urgents.

Ces discours peuvent aussi refléter la pénurie de médecins — les équipes étant principalement composées de personnels de santé intermédiaires — plutôt qu'un simple manque général de ressources humaines.

#### 3.2. Consultations sous pression mais qualité variable

Les observations révèlent un rythme intense : à Monapo, 17 consultations sont réalisées en 1h30 (moyenne 5 minutes) ; à Mogincual, 13 consultations sont effectuées en 1h (moyenne 5 minutes également). Certaines consultations durent 2 minutes, d'autres jusqu'à 13 minutes lorsque le soignant prend le temps d'expliquer. Ces séquences s'inscrivent dans des journées commencées à 7h du matin, un vendredi (Monapo) et un lundi (Mogincual) qualifiés de jours de grande affluence par les équipes d'Inter Aide, pendant lesquelles les soignants enchaînent les consultations sans interruption, durant les temps de consultation dédiés – à savoir les matinées.

Les observations permettent de constater une gestion différente de l'affluence. Cette variabilité démontre que la qualité n'est pas déterminée uniquement par le flux de patients mais par des choix professionnels. Le soignant de Mogincual, voyant autant de patients que son collègue de Monapo, adopte une approche radicalement différente. Chaque consultation commence par des salutations et des échanges dans le calme. La voix du soignant est posée, il prend le temps de regarder le patient quand il lui parle. Il explique les modalités de transmission du paludisme, insiste sur l'observance, utilise l'humour pour détendre l'atmosphère. Là aussi, c'est un lundi, jour d'affluence, et un infirmier est absent, le soignant en charge s'occupe donc à la fois des consultations des enfants et des adultes.

À l'inverse, à Monapo, le soignant pose des questions rapides au patient, sans forcément le regarder, annonce les résultats de manière lapidaire (« il a le paludisme », « il n'a pas le paludisme ») sans aucune explication sur la maladie, sa prévention ou son traitement. Sur 10 consultations observées avec diagnostic de paludisme, dans aucun cas la transmission n'est expliquée, conduisant à des méconnaissances graves : une mère pense que le paludisme s'attrape « à cause des fruits qui ne sont pas propres ».

### **3.3. Bureaucratisation et conception restrictive du rôle professionnel**

D'après les observations et entretiens, le faible niveau d'information transmis aux patients lors des consultations semble lié à deux facteurs principaux.

Premièrement, la bureaucratisation croissante des actes de soins mobilise une partie importante du temps de consultation. Les soignants doivent remplir de manière systématique un ensemble de données administratives et biomédicales (poids, âge, antécédents, zone de résidence, identité du patient, etc.). Si ces informations paraissent simples à recueillir, leur collecte se révèle dans les faits souvent laborieuse. Par exemple, plusieurs patients déclarent résider dans une zone différente de celle du centre de santé où ils se présentent, suscitant des questionnements et des vérifications de la part du personnel soignant, ce qui allonge et complexifie les échanges.

Deuxièmement, certains soignants conçoivent la transmission d'informations de santé comme relevant essentiellement des séances d'éducation collective, et non du temps individuel de consultation : « Je ne peux pas expliquer tout à chacun des patients », « il y a trop de patients, et je n'ai pas le temps. » Dans cette perspective, la consultation est perçue comme un moment centré sur les actes médicaux, ce qui limite l'intégration d'un accompagnement éducatif ou explicatif au fil des soins. Ce discours révèle également une conception restrictive du rôle professionnel : « Ce n'est pas mon rôle, les sensibilisations et le comité de cogestion sont là pour donner des informations. ». Cette délégation vide la consultation de sa dimension relationnelle et pédagogique, et tend à orienter les patients vers la pharmacie pour des informations relatives aux médicaments notamment.

### 3.4. Absence de confidentialité

L'organisation spatiale compromet systématiquement la confidentialité : à Monapo, la porte de la salle de consultation dans laquelle ont été réalisées les observations reste ouverte, une fenêtre donne directement sur la pharmacie à l'extérieur, nombreux sont les patients qui attendent leur tour juste devant la fenêtre. Le personnel et les membres du comité de cogestion entrent et sortent de la salle sans s'annoncer, ils échangent sur des cas d'autres patients à haute voix, devant le patient en cours de consultation.

Pour les consultations de personnes vivant avec le VIH, la consultation se passe différemment, le ton baisse d'un cran et devient davantage empathique, plus confidentiel. Les observations montrent le souhait d'une plus grande confidentialité chez les patients. Un patient par exemple, venu confirmer un auto-test, tente de lui-même de fermer la porte derrière lui. Mais un peu plus tard, un autre patient entre sans frapper dans la salle de consultation, le test et les flacons d'antirétroviraux étant bien visibles sur la table. Un patient prend soin de cacher le flacon d'ARV dans sa poche en sortant de la salle. Dans un effort de confidentialité, les patients VIH récupèrent en effet leurs traitements au niveau de la salle de consultation et non à la pharmacie, ou à la pharmacie dans le même sachet que les autres médicaments.

Au sujet des freins que peut constituer le manque de confidentialité, un participant au focus group confirme : « Il n'y a pas de secret médical, donc les gens ne racontent pas vraiment leurs problèmes parce que les autres entendent. Quand les gens viennent prendre les antirétroviraux, les autres regardent et donc ils ont honte. » Cette violation structurelle de la confidentialité dissuade activement certaines personnes de consulter ou les conduit à taire des informations essentielles, ce qui peut compromettre le diagnostic.

## 4. Qualité relationnelle des soins : entre bienveillance et violence symbolique

Lors des observations, on constate une grande variation dans la relation soignant-soigné. Si certains soignants assurent un accueil chaleureux et jovial, dans d'autres cas, cette relation apparaît comme répondant à un modèle d'interactions vertical et à certains égards hostile.

### 4.1. Reproches systématiques et culpabilisation des patients

Les observations révèlent que certains soignants adoptent un ton de reproche envers les patients qui consultent. Les interactions débutent fréquemment par des réprimandes : « Je t'ai déjà dit de ne pas porter le bébé dans le tissu contre toi » (ton sec et cassant), « Tu ne dois pas couvrir ton enfant quand il est chaud », « Ne vois-tu pas que le bébé a le visage clair ? ». Le soignant interroge également : « Pourquoi n'es-tu pas venu consulter plus tôt ? », y compris dans des cas où le délai de recours était relativement rapide (un jour après l'apparition des signes de maladie).

Face à ces reproches, les patients adoptent une attitude contrite et ne donnent que des réponses murmurées. Ces discours de culpabilisation ne prennent pas en compte la réalité

quotidienne des patients ni leurs efforts pour contourner les barrières géographiques et financières d'accès aux soins. Les réalités des défis qui jalonnent les parcours de recherche de soins sont peu pris en compte par les soignants lors des consultations. Les délais de recours témoignent davantage de contraintes structurelles que d'un manque de volonté ou de responsabilité individuelle.

#### **4.2. Humiliation publique et atteinte à la dignité**

Lors des entretiens et focus groups, les patients évoquent explicitement les expériences d'humiliation vécues dans les structures de santé : « On nous parle mal, on se fait humilier. » Un témoignage illustre particulièrement cette violence symbolique : « Lors d'une consultation prénatale, j'étais accompagnée de mon mari. J'ai été accueillie par une sage-femme qui a crié en riant dans le couloir devant tout le monde : 'Oh mais t'as déjà 8 enfants et tu es encore enceinte !' »

Ces expériences négatives circulent dans les communautés et contribuent à démotiver le recours aux services des centres de santé, particulièrement pour les situations considérées comme sensibles : grossesses multiples, séropositivité au VIH, tentatives d'avortement.

#### **4.3. Priorité à l'observance sur l'écoute du vécu**

L'analyse révèle que l'importance accordée à l'observance thérapeutique peut parfois occulter l'écoute du vécu des patients. Le discours observé insiste fortement sur le respect des prescriptions : « Si au centre de santé, on lui donne des médicaments, il doit aller jusqu'au bout. » Cette emphase se répète lors des séances de vaccination pendant la grossesse. Lors d'une visite à domicile, la PT indique : « Elle doit accepter la vaccination si on la lui propose, car ça va la protéger. »

Si l'observance thérapeutique est effectivement cruciale pour l'efficacité des traitements, les observations suggèrent que l'importance de respecter les règles peut parfois occulter la réalité du vécu, tant chez les soignants que chez les soignés. Cette approche prescriptive laisse peu d'espace pour l'expression des difficultés rencontrées par les patients dans le suivi des traitements (effets secondaires, contraintes économiques et sociales, charge de travail) et renforce une relation verticale où la parole des patients est peu valorisée.

### **III - SYNTHÈSE DES BARRIÈRES D'ACCÈS À LA SMI**

Dans les districts de Monapo et de Mogincual, l'accès des femmes et des enfants aux soins de santé reproductive et infantile est entravé par un ensemble de barrières de natures diverses. Les barrières sont à plusieurs niveaux : socioculturel (représentations de la maladie et des soins), structurel (distance, coûts), organisationnel (ressources humaines, infrastructures) et relationnel (qualité des interactions soignant-soigné). Le genre, et l'âge renforcent ces

barrières et structurent fondamentalement l'expérience des femmes, qu'elles consultent pour elles-mêmes ou pour leurs enfants. Cette section explore comment les barrières d'accès aux soins interagissent entre elles et met en lumière des mécanismes structurels qui les produisent et les maintiennent. Premièrement, nous explorons l'effet cumulatif des barrières. Deuxièmement, nous analysons un paradoxe structurel : les femmes sont socialement assignées à la responsabilité de la santé des enfants et de leur propre santé reproductive, tout en étant dépourvues des moyens financiers et décisionnels nécessaires pour agir. Troisièmement, cette section présente comment certains profils, notamment les adolescentes, les mères célibataires et les femmes vivant avec le VIH, cumulent plusieurs formes d'exclusion créant des situations de vulnérabilité extrême. Enfin, au-delà des barrières individuelles, des obstacles systémiques au niveau organisationnel (dysfonctionnements, ruptures de stock, qualité de l'accueil, inadéquation de l'offre de services, exclusion des hommes des dispositifs d'information) limitent structurellement l'accès aux soins.

## 1. L'entrecroisement et le renforcement mutuel des barrières

Les parcours de soins révèlent un **système de barrières interconnectées** où chaque obstacle en active d'autres, créant des effets cumulatifs qui dépassent la simple addition des contraintes prises séparément.

### 1.1. Chaînes causales typiques

**La distance géographique** depuis le CS, déclenche une cascade d'obstacles dans l'accès aux soins : elle génère des **coûts de transport prohibitifs**, qui nécessitent une **mobilisation financière** dépendant du mari absent au champ ou à la pêche, créant ainsi des **délais de recours**. Les frais de transport, auxquels s'ajoutent les « cadeaux » obligatoires et la nourriture des accompagnants lors d'hospitalisations, représentent plusieurs jours de travail pour des familles en situation d'extrême précarité. Ces délais exposent les femmes aux **reproches des soignants**, renforçant la **barrière relationnelle** qui décourage les consultations futures. Simultanément, le manque de trésorerie pour assurer le repas des enfants oblige les mères à **prioriser le travail au champ** pour nourrir tous les enfants, avant la consultation.

**Les normes de genre** structurent l'enchaînement des parcours dans l'accès à la santé : les femmes portent la responsabilité des soins mais dépendent des hommes pour les finances et les décisions. Cette dépendance se heurte à l'**absence masculine** (travail aux champs, pêche, polygamie : « Quand il est chez une autre, la femme doit l'attendre avant de consulter »). L'**accès limité à l'information** des hommes, dû aux horaires de sensibilisation inadaptés à leurs contraintes de travail, limite leur capacité à appréhender la situation correctement. La pauvreté renforce l'impact de la division genrée des rôles avec un manque de disponibilité d'une trésorerie suffisante dans la majorité des familles.

**Le pluralisme médical** interagit avec ces barrières : après un échec au centre de santé, le recours au curandero génère de nouveaux coûts et des délais supplémentaires. La **norme de non-mélange** oblige à des choix exclusifs qui peuvent prolonger les épisodes de maladie. La **dissimulation des pratiques traditionnelles** par crainte de réprimandes crée une **barrière informationnelle** : les soignants ne disposent pas de l'historique thérapeutique complet,

compromettant ainsi le diagnostic et la capacité à assurer une guérison rapide (le facteur principal d'évaluation de la qualité des soins). Ceci entrave à son tour la confiance dans les soins formels.

### 1.2. Dynamiques d'auto renforcement identifiées

**Le cercle de la précarité économique (en particulier lors d'une hospitalisation)** : l'absence de ressources retarde l'accès aux soins → aggravation de la maladie → soins / hospitalisation prolongée → nécessité de suivi / d'accompagnants en cas d'hospitalisation → coûts multipliés → appauvrissement accru.

**Le cercle de la méfiance relationnelle** : expériences d'humiliation → évitement des structures → recours tardif → reproches systématiques (« Pourquoi n'es-tu pas venu consulter plus tôt ? ») → renforcement de la méfiance. Cette dynamique est particulièrement destructrice pour les femmes multipares enceintes et peut entraîner un retard de la première CPN, voire un accouchement à domicile pour éviter les reproches liés par exemple à la « non ouverture du carnet de soins au CS ».

**Le cercle du secret** : pratiques cachées (planning familial, recours aux curanderos, statut VIH) → absence d'information complète pour les soignants → diagnostic et conseils inadaptés → méfiance renforcée → approfondissement du secret.

### 1.3. Barrières invisibilisées

**Le poids du travail domestique et productif** reste largement absent des considérations des acteurs de santé. Un membre de l'équipe Inter Aide apporte cet éclairage : « Souvent ici, si un enfant est malade, les mères vont d'abord aller au champ et pouvoir ramener quelque chose pour que tous les enfants puissent manger. Parce que sinon, si elle va au centre de santé directement, ça veut dire qu'il y en a qui ne mangent pas. » Cette contrainte, résultante de la pauvreté et des normes genrées, illustre un **arbitrage impossible** entre santé d'un enfant et survie de tous auquel les femmes font face.

**Les paiements informels** créent une barrière économique supplémentaire masquée par le discours de gratuité : « cadeau » obligatoire à l'accouchement, paiement des médicaments « gratuits » si arrivée tardive à la pharmacie, paiement pour des services gratuits. Le cas extrême de refus de soins à une femme en situation d'urgence post-avortement (« Sans argent, je ne ferai rien ») révèle une marchandisation qui tend à réduire la confiance envers le système et entraîne clairement la circulation d'un narratif dissuasif au sein des communautés.

## 2 Le paradoxe responsabilité/pouvoir d'agir

### 2.1. L'assignation genrée des responsabilités dans le domaine de la santé

Les femmes assument l'**intégralité du travail lié à la santé infantile** : reconnaissance des signes de maladie, soins à domicile (bains, enveloppement dans un pagne humide, administration de plantes), décision de consulter, accompagnement au centre de santé, observance des traitements. Cette responsabilité est **socialement normée** et **non négociable**. Cette assignation s'étend à la santé maternelle : consultations prénatales, accouchement,

consultations post-partum, vaccination, allaitement. Le discours d'un homme illustre l'évidence sociale de cette répartition : « L'accouchement c'est une affaire de femme et donc l'homme ne rentre pas (...) moi je suis resté à la maison pour préparer. » Le planning familial pour sa part est considéré comme ne relevant plus uniquement de la responsabilité de la femme et toute décision nécessite l'aval du mari, ou pour les adolescentes, de la mère. Les hommes sont, pour leur part, responsables des aspects financiers et logistiques en lien avec l'accès aux soins et de certains aspects communautaires liés à la santé.

## **2.2. La privation systématique des moyens d'action**

**Dépendance financière pour l'accès aux soins** : Cette dépendance transforme chaque épisode de maladie en attente, non que les maris refusent mais qu'il faut attendre qu'ils puissent réunir les moyens nécessaires.

**Dépendance décisionnelle pour l'accès au planning familial** : même informées et compétentes, les femmes doivent obtenir l'accord masculin (ou maternel dans le cas des adolescentes). Ce contrôle s'exerce particulièrement sur le planning familial. Les femmes ont peu de lieux où elles peuvent exprimer leur avis sur la santé. Le comité de cogestion rencontré était composé principalement d'hommes même si la présidente est une femme. Un CS avait une boîte de suggestions mais la plupart des femmes sont illettrées.

**La grossesse comme dispositif de surveillance de la sexualité féminine** : Les récits des femmes et des hommes convergent vers l'idée que la grossesse, immobilisant les femmes à la maison, maintient les femmes dans une forme de dépendance économique. Ainsi, la volonté des hommes d'avoir la mainmise sur les décisions liées aux PF de leurs épouses, est clairement un moyen de maintien de ce rapport de pouvoir. La grossesse est également un moyen de surveiller la sexualité féminine, l'opacité autour de leur vie reproductive, induite par le PF, n'est pas tolérée par les hommes (rappelons les discours des femmes indiquant que ne plus enfanter est une offense pour l'homme) car elle reviendrait à soustraire les femmes de leur contrôle. Pour ces femmes, faire le choix du PF, même en secret, revient donc à faire un arbitrage conscient entre leur santé (les récits d'hémorragie à répétition, entraînant des grossesses à risques, peu prises en comptes par les maris au moment du choix d'avoir un enfant supplémentaire, ne sont pas rares) et leur subsistance financière. Elles témoignent des risques qu'entraînerait la découverte d'une pratique cachée du PF quand elles disent : « Mes derniers enfants sont encore jeunes, mon mari me laisse tranquille [entendre : ne se pose pas de questions sur la non survenue d'une nouvelle grossesse] tant qu'il ne parle pas et ne marche pas. Mais je sais que bientôt il se posera des questions. A ce moment là, il aura le choix de prendre une femme plus jeune et de partir. Je ne sais pas comment je ferai pour nourrir mes enfants ». Nombreux sont les récits de femmes qui décrivent avec une grande lucidité le risque pris en suivant en secret une méthode contraceptive.

**Absence de mobilité autonome** : les femmes dépendent du mari pour le transport (porter l'enfant, fournir la moto, payer un taxi). Cette contrainte crée des **délais incompressibles** qui peuvent être prolongés dans les contextes de polygamie où le mari peut être absent plusieurs jours.

### 2.3. Les tensions et souffrances générées

Le fait de porter la responsabilité des soins sans avoir les moyens d'y répondre génère un sentiment d'impuissance, voire une **détresse spécifique**, d'autant plus grand chez les mères célibataires qui doivent assurer seules les moyens financiers du foyer. Les mères peuvent faire face à une **culpabilisation double** : plusieurs témoignent de leur sentiment de culpabilité de ne pas avoir pu emmener l'enfant plus tôt au centre de santé, puis, une fois arrivées, elles subissent des reproches de venir « trop tard » sans que leurs contraintes et efforts ne soient reconnus. Cette re-culpabilisation ignore les arbitrages impossibles (nourrir tous les enfants vs consulter pour un seul) et les efforts de mobilisation financière (vente de produits artisanaux ou de légumes, emprunts auprès des voisines, travail du mari ou de la famille). Enfin d'autres tensions sont liées à la crainte d'un abandon conjugal lié à la pratique du PF en cachette ou à un test VIH positif.

La mortalité infantile observée est particulièrement élevée dans les deux zones. La **détresse psychologique liée à la perte d'un enfant** trouve peu d'espaces d'expression dans les récits fournis.

### 2.4. Les stratégies de contournement et leurs limites

**Face au contrôle masculin dans le domaine du** planning familial, certaines décident de pratiquer en cachette : « Mon mari n'est pas au courant. Quand quelqu'un vole quelque chose, c'est parce qu'il sait très bien comment le cacher. » Cette femme assimile sa pratique cachée d'une méthode contraceptive à un acte illégal, témoignant de la transgression opérée et du risque encouru. Les femmes privilégient les implants perçus comme « dissimulables » et jettent les cartes de suivi. Cette **reprise clandestine du pouvoir reproductif** reste fragile : la découverte peut entraîner l'abandon (« Que ferait-il s'il apprenait ? Les femmes doivent donner naissance ! »), les violences ou une injonction suivie d'une grossesse non-désirée.

**La mobilisation des solidarités féminines** permet de contourner partiellement la dépendance masculine : emprunts auprès des voisines, aide entre coépouses, soutien des mères et grand-mères lors des hospitalisations prolongées. Cependant, ces solidarités restent **soumises aux mêmes contraintes économiques** : « Je n'ai pas l'argent pour donner à la grand-mère et ma tante pour s'occuper d'eux. C'est elles-mêmes qui ont donné à manger. » Ce discours témoigne de l'impact économique au-delà de la famille nucléaire, d'un événement de santé, ici dans le cas d'une hospitalisation prolongée. Le cycle d'appauvrissement impacte ainsi la famille élargie.

### 2.5. Le continuum de capacité d'agir selon l'âge

**Les adolescentes** vivent une **triple dépossession** de leur capacité d'agir à travers un contrôle parental (notamment maternel), un contrôle conjugal précoce et une exclusion des espaces informationnels (avant le rituel d'introduction à la vie adulte). **Les femmes multipares âgées** acquièrent progressivement une **capacité de contestation**. L'âge et le nombre d'enfants légitiment l'expression de désaccords et permettent d'initier le divorce sur la base d'un motif communément admis (mari ne subvenant plus aux besoins). Cependant, cette agentivité se

heurte à la **précarité économique extrême** qui rend l'indépendance du mari presque impossible à envisager concrètement.

### 3 Les vulnérabilités cumulatives selon les publics

#### 3.1. Adolescentes : vulnérabilité accrue dans le domaine de la SSR

Les jeunes adolescentes sont sous la responsabilité de leur mère, et après le mariage, de leur mère et de leur mari. Cette situation **limite sévèrement leur accès à la parole et leur participation dans les décisions qui concernent leur propre santé**, ceci en particulier en ce qui concerne la grossesse et le PF. Les jeunes filles intériorisent les normes sociales d'absence d'autonomie décisionnelle ce qui peut structurer durablement la capacité d'agir dans le domaine de la SSR.

Les plus jeunes sont par ailleurs **exclues des dispositifs d'information** (avant le rituel d'initiation), ceci alors qu'elles font face à des **mariages (très) précoces**, et parfois à des **viols intrafamiliaux**. Certaines ont également des rapports sexuels en dehors du mariage. Ces trois situations peuvent entraîner des **grossesses précoces** qui encourent un risque médical accru pour la jeune fille surtout dans les cas où la mère souhaite qu'elle accouche à domicile. Le refus d'un accompagnement médical pourrait être lié au désir de garder la grossesse cachée (en cas de viol / grossesse hors mariage) ou au désir de normaliser le mariage précoce (« ma fille aura un accouchement normal »). Les adolescentes enceintes subissent ainsi **l'invisibilisation de leur parole propre** tout en portant les conséquences physiques et sociales de la grossesse (stigmatisation si hors mariage).

#### 3.2. Mères célibataires/veuves : cumul des rôles masculins et féminins

Les mères seules **cumulent les responsabilités** : elles doivent assurer à la fois les rôles de soin (féminins) et de pourvoyeur financier (masculins) ce qui crée une surcharge de travail. De plus, le fait de devoir jongler entre ces deux rôles signifie que les opportunités auxquelles elle a accès sont réduites. L'absence de filet de sécurité familial place ces femmes dans une **vulnérabilité extrême**. Elles font face à une précarité alimentaire et sanitaire. L'obligation de réunir elle-même les fonds avant chaque consultation crée des **retards systématiques dans l'accès aux soins**. Ces délais exposent ensuite aux reproches des soignants, créant un cercle vicieux de culpabilisation sans reconnaissance des contraintes structurelles.

**Isolement social accru** : la rupture conjugale suite à la découverte de la séropositivité illustre comment le **cumul stigmatisation et précarité** produit un isolement qui peut compromettre l'accès aux solidarités féminines habituelles. La femme doit cacher son statut par crainte que la divulgation de cette information au-delà du cercle familial proche entraîne des rumeurs susceptibles de compromettre ses chances de se remarier.

#### 3.3. Personnes vivant avec le VIH : stigmatisation, rupture sociale et précarité

**Ruptures sociales et précarité** : La divulgation du statut sérologique peut mener à une rupture conjugale qui entraîne un basculement dans la précarité et une insécurité alimentaire pour la femme et ses enfants. La **nécessité du secret** par rapport au statut sérologique empêche l'accès au soutien communautaire, ce qui engendre un isolement émotif. La divulgation du

statut pourrait compromettre les chances de remariage - perçu comme seule possibilité de survie économique.

**Tabou et lacunes de connaissances** : La sensibilité autour de la maladie diminue le partage d'informations sur sa transmission et son traitement. Des connaissances limitées ont été constatées chez certaines femmes même après un diagnostic positif, ce qui révèle l'insuffisance de l'accompagnement éducatif, possiblement liée au choc émotionnel empêchant l'assimilation des informations, à la précipitation au moment du diagnostic, ou aux représentations chez les soignants des consultations comme étant des lieux où l'on dispense des actes médicaux plus que des lieux de circulation d'informations sur la santé.

**Compromission structurelle de la confidentialité** : porte ouverte, fenêtre donnant sur la pharmacie, patients attendant devant, personnel entrant sans frapper. Ce manque de confidentialité dissuade activement le dépistage et le suivi : « Il n'y a pas de secret médical, donc les gens ne racontent pas vraiment leurs problèmes (...) Quand les gens viennent prendre les antirétroviraux, les autres regardent et donc ils ont honte. »

**Instrumentalisation du corps sans consentement éclairé** : le cas du mari polygame qui envoie sa femme illettrée au CS « avec un papier » pour qu'elle soit dépistée et traitée « sans qu'on lui dise pourquoi » révèle comment **le contrôle masculin peut s'exercer à travers le système de santé** lui-même, privant les femmes de leur droit à l'information sur leur propre statut sérologique.

### **3.4. Femmes multipares âgées : épuisement, précarité, jugement**

**Épuisement physique cumulatif** : après 10-14 grossesses, dont plusieurs accouchements compliqués par des hémorragies récurrentes, les femmes expriment une **fatigue existentielle** de leur rôle social d'enfanter. Ceci alors que la demande d'arrêt définitif des grossesses se heurte à de multiples obstacles.

**Inadéquation entre âge social et fécondité biologique** : « Je ne pourrai pas m'occuper de tout le monde ! » (femme de 48 ans, récemment devenue grand-mère). La simultanéité entre sa grossesse et celle de sa fille de 35 ans crée une **dissonance sociale inacceptable** qui n'est cependant pas reconnue comme motif légitime d'arrêt de la vie reproductive.

**Barrières d'accès à la ligature des trompes** : La ligature des trompes est disponible lors de campagnes mais reste peu connue et peu accessible. Peu de femmes savent ce qu'elle implique (opération, hospitalisation, déplacement à l'hôpital du district). La seule expérience de ligature des trompes qui nous a été rapportée décrit un coût exorbitant de l'intervention, officiellement gratuite, à tel point qu'elle a nécessité une mobilisation familiale importante. Cette **marchandisation de l'accès à l'arrêt de la vie reproductive** maintient les femmes dans les tensions conjugales autour de l'accès à la contraception réversible non adaptées à leur demande d'arrêt définitif et des cycles de grossesses non désirées.

**Humiliation publique lors des CPN** : « Lors d'une consultation prénatale, j'étais accompagnée de mon mari. J'ai été accueillie par une sage-femme qui a crié en riant dans le couloir devant tout le monde : 'Oh mais t'as déjà 8 enfants et tu es encore enceinte !' » Cette violence symbolique décrite tout au long de ce rapport **sanctionne la multiparité** tout en ignorant les

contraintes auxquelles les femmes font face (contrôle masculin de la contraception, accès restreint à la ligature des trompes).

### 3.5. Populations éloignées géographiquement : cumul barrières économiques et temporelles

**Distance comme multiplicateur de contraintes** : vivre à 20 km du CS transforme chaque épisode de soins en **projet logistique complexe** nécessitant anticipation, mobilisation financière, organisation familiale et temps de déplacement incompatible avec les urgences médicales.

**Dilemme temporel accentué** : l'éloignement rallonge le temps d'absence du village, aggravant l'arbitrage entre « aller au champ pour que tous les enfants mangent » et consulter pour un enfant malade. Cette absence prolongée du foyer peut également les exposer à des remontrances de la part de leur mari qui considère qu'elles ne remplissent pas leur autres rôles reproductifs (préparer les repas). Les femmes éloignées subissent plus fortement la **pression de la productivité alimentaire quotidienne**.

**Accouchements en chemin ou à domicile** : La distance et les difficultés à réunir les fonds pour le transport, produisent des accouchements en chemin qui exposent aux complications et aux reproches ultérieurs au CS. Les stratégies d'anticipation (séjour chez un proche près du CS à l'approche du terme) restent peu répandues.

**Ruptures de stock plus impactantes** : pour les populations éloignées, une rupture de médicament ou de moustiquaire nécessite des « trajets de 3 à 4 heures (à pied puis en bus) » alors que pour les populations proches, le déplacement reste gérable. L'éloignement transforme chaque **dysfonctionnement du système** en obstacle presque insurmontable.

## 4. Les obstacles systémiques

### 4.1. Disponibilité des ressources humaines

Les CS observés disposent d'équipes complètes. Pourtant, le discours récurrent de pénuries de personnel traverse les entretiens et sert à **justifier les dysfonctionnements** : « L'infirmier doit tout faire (...) et c'est beaucoup trop pour une seule personne. » Cette contradiction révèle moins un déficit numérique qu'une **crise organisationnelle** : spécialisation théorique sans distribution effective de la charge (une seule technicienne assure toutes les consultations infantiles observées), absence de mécanismes de remplacement durables (l'infirmier d'Inter Aide pallie les absences), interruptions non essentielles (personnel entrant/sortant continuellement pendant les consultations), absence de triage systématique.

### 4.2. La qualité de l'accueil

**La qualité relationnelle varie grandement d'un soignant à un autre et impacte la qualité des soins et l'accès à l'information**. Face à une affluence similaire (environ 5 minutes par consultation), deux soignants adoptent des approches radicalement opposées. Salutations, échanges calmes, explications sur la transmission du paludisme, insistance sur l'observance, usage de l'humour ou à l'inverse : questions rapides sans regarder le patient, annonces lapidaires (« il a le paludisme ») sans explication sur la maladie, sa prévention ou son

traitement. La variabilité observée suggère que ces compétences relationnelles relèvent de dispositions individuelles plutôt que d'une formation institutionnelle systématique.

L'insistance sur le respect des prescriptions (« Si au centre de santé, on lui donne des médicaments, il doit aller jusqu'au bout ») peut occulter la réalité du vécu. Ces interactions ne prennent pas en compte la réalité quotidienne des patients. Cette **approche prescriptive** laisse peu d'espace pour l'expression des difficultés (effets secondaires, contraintes économiques, charge de travail) et renforce une **relation verticale** où la parole des patients est peu valorisée. Parfois, **des reproches sont délivrés sur un ton sec et moralisateur**, culpabilisant les patients et représentent une forme de **violence psychologique**. Ces expériences circulent dans les communautés et démotivent durablement le recours aux services, particulièrement pour les situations sensibles.

**Une conception restrictive du rôle professionnel** chez certains soignants impacte également la relation soignant-soigné. Certains estiment que la transmission d'information relève des séances collectives, pas de la consultation individuelle. Cette conception vide la consultation de sa dimension relationnelle et pédagogique renforçant l'il-littératie en santé.

**Le temps consacré à la bureaucratie constitue un autre frein à un accueil de qualité** : le remplissage de données administratives mobilise une partie importante du temps de consultation. Cette collecte se révèle souvent laborieuse et **réduit d'autant le temps disponible** pour l'échange clinique et éducatif.

#### 4.3. Défaillances de la confidentialité

**L'organisation du circuit patient compromet le secret médical** : portes ouvertes, fenêtre sur la pharmacie, patients attendant devant. Certains automatismes du personnel soignant exposent les informations sensibles : personnel entrant/sortant de la salle de consultation sans s'annoncer, discussions à voix haute sur d'autres patients devant le patient en consultation. Ces violations routinières du secret médical dissuadent activement la consultation pour les situations sensibles.

Cette organisation et ces pratiques ont un **impact spécifique sur les personnes vivant avec le VIH** : bien que les consultations VIH se déroulent avec un ton « qui baisse d'un cran », les dispositifs spatiaux restent identiques. Un patient tente de fermer la porte lui-même ; un autre entre sans frapper alors que test et ARV sont visibles sur la table. Les patients cachent les flacons en sortant. Cette impossibilité structurelle de confidentialité décourage au dépistage et au suivi. L'absence de confidentialité est reconnue par les usagers et conduit les patients à taire des informations essentielles.

#### 4.4. Dysfonctionnements dans la gestion de l'information VIH

**La divulgation du statut sérologique sans demande d'accord préalable** peut entraîner des conséquences sociales importantes (rupture conjugale immédiate). Les équipes tentent d'ajuster les pratiques professionnelles pour éviter cette situation. Le personnel soignant fait également face à certains dilemmes éthiques comme dans le cas où un mari envoie sa femme illégalement se faire soigner sans l'informer de l'IST qu'il a contracté. Cet exemple illustre comment le respect de la confidentialité du mari peut **compromettre le consentement éclairé et**

**l'information de la femme.** Ce dilemme est observé particulièrement dans le cas des couples polygames : « On ne peut pas traiter les autres femmes comme le mari ne veut pas leur en parler, donc on ne peut même pas les tester. » Cette situation révèle comment les **normes de genre structurent les pratiques de santé publique**, compromettant la prévention au nom du contrôle masculin sur l'information. Enfin, les **lacunes éducatives post-diagnostic** laissent les PvVIH dans l'ignorance alors qu'elles devraient être prioritairement informées pour protéger leurs partenaires et enfants.

#### **4.5. Marchandisation informelle persistante**

**Les pratiques de paiement obligatoire pour des services gratuits ou de conditionnement des soins d'urgence** témoignent d'un dysfonctionnement dans le financement du système où des personnels de santé insuffisamment rémunérés peuvent recourir à ces pratiques pour compléter leurs revenus. Cette **précarisation des soignants** se répercute directement sur l'accès des patients.

#### **4.6. Défaillances matérielles**

**Absence de capacité diagnostique complète et de capacité de diagnostic alternatif** dans les communautés enclavées pour la confirmation du paludisme en cas de présence de symptômes mais de TDR négatif, obligeant à référer parfois à 40 km. Cette **incomplétude technique** rallonge les parcours et génère coûts et délais supplémentaires.

**Capacité d'accueil insuffisante** : autant dans les maternités que pour l'accueil des accompagnants, particulièrement problématique pendant la saison des pluies quand les routes peuvent être coupées et les familles ne peuvent pas repartir. Cette **saturation structurelle** compromet la qualité de l'accueil et peut décourager les accouchements au CS.

**Ruptures de stock prolongées** : moustiquaires indisponibles pendant 2-3 mois, certains médicaments en rupture obligeant à des trajets de 3-4 heures. Ces **défaillances logistiques** minent la confiance dans la capacité du système à fournir les soins promis et encouragent le recours aux alternatives (curanderos, pharmacies informelles).

**Absence d'électricité hors maternité** : cette infrastructure minimale limite les possibilités de consultation en soirée et compromet la conservation de certains médicaments et vaccins.

## **IV - CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS**

Cette section présente les conclusions clés qui ressortent de l'analyse du contexte et explore leur implication pour le projet. Les équipes terrain font face au quotidien aux barrières d'accès aux soins identifiées dans ce rapport et ont développé des moyens de les contourner de manière systématique (voir les encadrés sous chaque conclusion) et également au cas par cas comme illustré dans ce cas ci dessous.

### Etude de cas des barrières et leviers d'accès à la SSR

Un membre de l'équipe Inter Aide rencontre une jeune fille, enceinte à la suite d'un viol intra-familial. Lorsqu'elle la voit pour la première fois, l'adolescente attend son tour au centre de santé pour effectuer sa première CPN ; elle est âgée de 12 ans et est alors enceinte de 5 mois.

Au cours de la consultation, le soignant explique à la jeune fille — venue avec sa mère — que, compte tenu de son âge, la grossesse est à haut risque et que l'accouchement doit impérativement avoir lieu dans un centre de santé pour éviter des complications. La mère réagit avec colère : elle affirme vouloir prouver que sa fille aura une grossesse « normale » et qu'elle accouchera donc à domicile. Elle quitte le centre de santé en criant.

Témoin de la scène, un membre de l'équipe d'Inter Aide présent sur place décide d'apporter un accompagnement spécifique à la jeune fille. Pour apaiser la mère, elle choisit de partager une histoire personnelle : elle dit vivre une situation similaire avec sa propre fille de 14 ans, également enceinte, et décrit les dangers d'un accouchement à domicile à un âge si précoce. Elle propose que la jeune fille accouche au centre de santé et, en signe d'engagement, offre de devenir la marraine du bébé. Convaincue, la mère accepte ; dès lors, mère et fille assistent à toutes les CPN.

Le jour de l'accouchement, le père contacte Inter Aide. La personne négocie un véhicule auprès du district pour transporter la jeune fille à l'hôpital, conformément à la recommandation de l'infirmière du centre de santé qui l'a référée vers une structure mieux équipée pour gérer un accouchement à risque. En parallèle, elle veille à ce que les proches — parents et grand-mère — soient présents pour soutenir la jeune parturiente, tout en désamorçant les tensions familiales liées à la répartition de l'argent versé par l'auteur du viol. Cet argent, gardé par les parents, avait en effet provoqué un conflit familial, la grand-mère refusant son soutien parce qu'elle n'en avait pas reçu sa part.

Grâce à cet accompagnement d'Inter Aide, la jeune fille est prise en charge de manière sécurisée et donne naissance à une petite fille.

Cette étude de cas illustre parfaitement les pratiques vertueuses mises en place par Inter Aide, qui conduisent à une amélioration de l'accès aux soins pour les femmes et les enfants. Les recommandations formulées ici s'appuient sur les leviers existants et visent à valoriser les bonnes pratiques observées (best practice) tout en proposant de nouvelles pistes pour renforcer l'impact du projet pour tous et pour toutes.

Il s'agit notamment d'identifier les besoins et contraintes spécifiques en fonction du genre et d'autres facteurs intersectionnels (âge, statut marital, nombre d'enfants, statut sérologique, éloignement géographique), et de développer des stratégies de contournement des contraintes spécifiques à chaque public, inspirées notamment par celles utilisées déjà par les femmes, les familles, les acteurs de santé et les équipes d'Inter Aide. L'outil **continuum de genre** pourra être utilisé par les équipes pour continuer d'analyser les actions du projet et identifier les aspects à ajuster pour une plus grande prise en compte des barrières d'accès. Un plan d'action pourra ensuite être développé pour mettre en œuvre les ajustements

proposés. Un autre outil est l'**analyse des pratiques professionnelles** ; il s'agit d'identifier un défi, une barrière difficile à contourner et à partager en équipe, et entre équipes, les stratégies déployées par chacun qui ont permis une résolution positive (tel que dans le cas ci-dessus).

Les conclusions et recommandations présentées ici sont globales, et visent à répondre aux enjeux identifiés dans le présent rapport. Ce sera ensuite à l'équipe Inter Aide de prioriser notamment en fonction de la faisabilité (ressources nécessaires, du ressort de l'ONG ou du Ministère de la Santé) ou encore de l'importance du défi identifié et de l'impact envisagé. Il s'agira de prioriser le changement des actions plus nocives en termes de genre et la mise en place des propositions qui auront un impact important et sont faciles à implémenter. Le plaidoyer auprès du Ministère de la santé pourra être priorisé selon ces mêmes critères.

## **Conclusion 1 – Les parcours de soins sont fragmentés et marqués par une alternance entre recours biomédical et traditionnel, guidée par la recherche d'efficacité immédiate**

Les familles naviguent entre centre de santé et curandero en fonction de l'évolution de l'état du malade, des coûts, de l'origine perçue de la maladie, et de l'efficacité perçue des traitements et soins proposés. Les familles naviguent entre les systèmes de soins en cas d'absence d'amélioration, ou lorsque les contraintes logistiques deviennent trop importantes. Les systèmes coexistent et s'articulent selon l'efficacité perçue et les capacités du ménage. Si les centres de santé sont généralement la première étape, les ruptures d'information, les temps d'attente, les coûts et l'accueil dissuasif ainsi que les expériences d'essais/erreurs de recours au CS, la proximité sociale avec les curanderos entraîne des retours vers les soins traditionnels. Des discours normatifs et moralisateurs au niveau du centre de santé freinent le partage d'informations sur le recours aux soins traditionnels par les familles. Par ailleurs, il est important de noter que les parcours de soins sont pilotés par les proches plutôt que par les patients eux-mêmes.

### **L'action existante d'Inter Aide**

#### **Renforcement du suivi et extension du dispositif de référence prioritaire**

Inter Aide a développé un dispositif de référence qui constitue bien plus qu'un simple mécanisme médical : il s'agit d'un arrangement social, logistique et relationnel qui permet d'accompagner les patients dans la continuité de leurs soins. Ce système prend en compte les multiples dimensions de l'accessibilité – non seulement le transport et l'orientation médicale, mais aussi le soutien relationnel et la navigation dans le système de santé. Inter Aide assure déjà un suivi de certains cas prioritaires, notamment les enfants fébriles, les grossesses précoces et les complications post-partum, démontrant une attention particulière aux situations à risque de rupture thérapeutique. Ces suivis permettent de détecter précocement les interruptions de parcours et d'intervenir avant que la situation ne se dégrade. Il s'agira de

systematiser ce suivi pour l'ensemble des cas prioritaires, incluant notamment le suivi systématique des retours des cas référés vers les structures de niveau supérieur, afin de s'assurer que la référence a bien abouti et que le patient a pu accéder aux soins nécessaires. Cette systématisation permettra également de documenter les points de rupture dans les parcours de soins et d'adapter le dispositif en conséquence.

### **Transformation des représentations des maladies : vers une communication non-moralisatrice**

Inter Aide mène déjà des actions de sensibilisation communautaire à travers les palestras et les visites à domicile, qui constituent des espaces privilégiés pour travailler sur les représentations de la maladie et promouvoir le recours aux soins biomédicaux. Ces interventions permettent de clarifier les signes d'alerte et de déconstruire les idées reçues qui retardent la consultation. L'approche participative adoptée par Inter Aide favorise un dialogue horizontal où les préoccupations des communautés sont prises au sérieux et où l'information est co-construite plutôt qu'imposée. Il conviendra de renforcer cette communication en développant davantage de messages non-moralisateurs sur les signes nécessitant une consultation biomédicale. Plutôt que de blâmer les familles pour leur retard à consulter ou de disqualifier les autres recours thérapeutiques, il s'agira d'encourager par exemple un échange autour des contraintes dans l'accès aux soins et des stratégies de la communauté pour y faire face. Ces messages devront reconnaître la légitimité des préoccupations, expliquer clairement les bénéfices de la consultation précoce, et présenter la biomédecine comme une option complémentaire plutôt que comme la seule voie valide. Cette approche respectueuse des logiques locales permettra de réduire les ruptures thérapeutiques liées à la méfiance ou au sentiment de jugement.

### **Collaboration renforcée avec les curanderos : reconnaissance et complémentarité**

Face au recours répandu et légitime aux curanderos dans les parcours de soins, Inter Aide a déjà initié une approche collaborative plutôt que d'opposition. Reconnaissant que les curanderos jouent un rôle central dans le système de santé local et qu'ils sont souvent les premiers consultés, Inter Aide travaille à consolider leur rôle de référents vers le système biomédical. L'ONG a commencé à impliquer certains curanderos engagés dans les comités de gestion, créant ainsi un espace de dialogue et de reconnaissance mutuelle entre médecine traditionnelle et biomédecine. Notre proposition est de renforcer cette collaboration en dotant les curanderos d'outils simples de référence précoce leur permettant d'identifier les signes d'alerte nécessitant une consultation au centre de santé, tout en maintenant leur rôle thérapeutique pour les autres situations. Cette approche de complémentarité, plutôt que de concurrence, permettra de créer des ponts entre les deux systèmes et de réduire les ruptures thérapeutiques. La participation systématique des curanderos engagés aux comités de gestion devra être maintenue et étendue, afin de légitimer leur place dans le système de santé communautaire et de faciliter les références bidirectionnelles entre curanderos et centres de santé.

## Recommandations

- **Renforcer les liens formels avec les curanderos** engagés en systématisant leur participation aux comités de cogestion, en consolidant leur rôle de référent et en produisant des outils simples de référence précoce.
- **Étendre les dispositifs de référence prioritaire** comme c'est le cas avec les carnets de référence des matrones, et l'appui logistique Inter Aide, aux cas pédiatriques non sévères mais vulnérables (enfants de moins de 2 ans) et aux familles particulièrement vulnérables. Attention à éviter la stigmatisation en choisissant des catégories élargies (mères célibataires et non femmes vivant avec le VIH).
- **Poursuivre les efforts pour améliorer la fluidité des parcours** : triage plus structuré, réduction des temps d'attente par une redistribution des rôles au niveau des équipes soignants, maintien du renforcement ponctuel des ressources humaines (notamment comme c'est actuellement fait via l'appui d'Inter Aide).
- **Continuer de renforcer la confidentialité** au niveau du CS autant structurelle (paravents, fermeture des portes, circuit des patients) que organisationnelle (même sachet pour recevoir les médicaments VIH et autres) ou encore relationnelles (secret médical devant d'autres patients).
- **Continuer de renforcer le suivi des cas** pour s'assurer de la continuité, autopsie verbale ; réfléchir à systématiser le suivi de certains cas (suivi des enfants fébriles, retour systématique des cas référés, suivi des grossesses précoces ou des femmes sujettes à des complications du post-partum).
- **Favoriser l'autonomie des patientes** par des messages orientés « signes de gravité » et « quand revenir », délivrés systématiquement.
- **Développer des messages** non moralisateurs expliquant clairement les signes nécessitant impérativement une consultation biomédicale.

## Conclusion 2 – L'accès aux soins de santé infantile et maternelle est limité par un accès restreint des femmes aux finances et aux déplacements

La quasi gratuité des soins pédiatriques et de santé maternelle est insuffisante à elle seule pour pallier aux barrières financières d'accès aux soins. Au vu de l'éloignement et du manque de transports en commun, le coût de transporter le malade, et les éventuels accompagnants, vers le centre de santé est important pour les familles et contribue à des retards significatifs dans le recours. Avant d'aller au centre de santé, les femmes doivent attendre le retour du mari, seul à détenir une activité rémunératrice, pour qu'il leur donne de l'argent (ce qu'il ne refuse pas), ou alors cultiver leur champ puis vendre des produits pour réunir les fonds nécessaires au transfert du malade. Cette contrainte financière impose un délai structurel, particulièrement problématique pour les enfants malades ou les urgences obstétricales. Les freins financiers sont accablants dans le cas des mères célibataires, notamment celles vivant avec le VIH qui ont été abandonnées par leur mari.

## **L'action existante d'Inter Aide**

### **Autonomisation des femmes pour briser la dépendance économique : sur la gratuité des soins**

Inter Aide mène déjà un travail essentiel de communication sur la gratuité des soins auprès des communautés, visant à déconstruire les idées reçues et à lutter contre les paiements informels qui constituent une barrière majeure à l'accès aux soins. Ces actions de sensibilisation, menées notamment lors des palestras communautaires, permettent d'informer les femmes de leurs droits et de réduire leur vulnérabilité face aux demandes de paiements illégitimes. Il s'agira de systématiser et d'étendre cette communication massive sur la gratuité, en veillant à ce qu'elle atteigne toutes les femmes, y compris les plus isolées, et en associant les leaders communautaires et les hommes à cette sensibilisation.

### **Facilitation de la mobilité des femmes**

Inter Aide a développé un système de références qui permet d'accompagner les femmes dans leur parcours de soins lorsqu'une prise en charge de leur mobilité est nécessaire. Ce service, déjà opérationnel, constitue une réponse concrète aux défis de mobilité auxquels les femmes sont confrontées. Parallèlement, Inter Aide poursuit son appui aux stratégies avancées des unités sanitaires, soutient activement les PT et les APS, renforçant ainsi les services de proximité qui limitent les déplacements nécessaires et réduisent la dépendance des femmes vis-à-vis de tiers pour accéder aux soins. Ces initiatives permettent de rapprocher les services des communautés et de lever progressivement les barrières liées à l'immobilité des femmes. Il conviendra de poursuivre et d'étendre ces actions en renforçant la couverture géographique des services de proximité, en systématisant le service de références là où cela est possible.

### **Redistribution des rôles et du pouvoir décisionnel : "la santé n'est plus seulement une affaire de femmes"**

Inter Aide a déjà initié plusieurs actions visant à transformer les dynamiques de pouvoir en matière de santé. D'une part, l'ONG travaille à renforcer l'accès des femmes à la parole et aux décisions liées à la santé au niveau communautaire, notamment à travers les palestras participatives où les femmes sont encouragées à s'exprimer. Ces espaces de dialogue permettent progressivement de légitimer la voix des femmes sur les questions de santé reproductive et de remettre en question l'idée que « la santé est une affaire de femmes » – assignation qui, paradoxalement, les prive de pouvoir décisionnel. Les palestras à l'intention des hommes contribuent également à cet objectif. D'autre part, Inter Aide a mis en place des protocoles d'urgence qui ne nécessitent pas d'autorisation maritale préalable, permettant ainsi aux femmes d'accéder aux soins en cas d'urgence sans dépendre du consentement de leur conjoint. Il s'agira de maintenir et de systématiser ces protocoles d'urgence, de s'assurer qu'ils sont connus et appliqués par l'ensemble des soignants et des communautés, et de

continuer à créer des espaces où les femmes peuvent exercer leur agentivité et participer activement aux décisions concernant leur santé et celle de leurs familles.

### **L'étude permet d'identifier 3 types de barrières dans l'accès physique aux soins :**

- **Barrières physiques** : éloignement géographique, manque de transports en commun, manque de moyens de transport au niveau familial
- **Barrières financières** : la pauvreté extrême dans laquelle (sur)vit la grande majorité des familles et le manque de trésorerie
- **Barrières genrées** liés à la division genrées des rôles :
  - (a) Accès aux finances - seuls les hommes ont accès à une activité avec une rémunération monétaire (pêche ou autre) alors que l'activité productive des femmes est davantage vivrière (culture des champs)
  - (b) Accès aux transports - les femmes n'ont pas de moyen de transport, ce sont les hommes qui assurent les déplacements dans les familles ayant un véhicule (moto)
  - (c) Disponibilité - les femmes ont la charge des (nombreux) enfants et, dans le contexte d'une économie de subsistance, elles doivent aller cultiver leur champ pour pouvoir nourrir les enfants avant de se rendre au centre de santé (et savoir si l'enfant est vraiment malade et pas seulement affamé)

Pour tenter de réduire les retards dans l'accès aux soins, les femmes ont mis en place des stratégies de contournement face à ces contraintes : vendre des produits, emprunter à leur réseau de soutien (co-épouse, voisins, amies) ou se déplacer à pied lors des consultations non-urgentes (CPN). Malgré ces efforts, une arrivée tardive au centre de santé ne peut pas toujours être évitée ce qui peut impacter la qualité de l'accueil et des soins reçus au centre de santé. Les contraintes et les efforts fournis par les femmes pour accéder aux soins ne sont pas nécessairement pris en compte par le personnel de santé.

### **Recommandations**

- **Fournir des conseils en gestion de trésorerie et encourager la mise en place d'un fond familial d'urgence** par une (in)formation auprès des femmes et des hommes pour : les aider à épargner ne serait-ce qu'une infime somme au quotidien ; sensibiliser les hommes d'encourager leurs femmes d'aller au CS sans leur aval et de laisser une cagnotte d'urgence disponible en cas de maladie lors de leur absence
- **Maintenir et étendre les activités délocalisées d'aller vers** : palestras et campagnes sanitaires en insistant sur les zones plus reculées.
- **Maintenir et étendre les activités de transfert vers les structures sanitaires** :
  - Identifier la capacité ou non du malade à se déplacer au CS, par un acteur communautaire (APE, PT, comité de gestion, facilitateurs) et capacité à notifier

Inter Aide en cas d'urgence ; une alternative est la mise en place d'une cagnotte au niveau communautaire pour permettre de payer un taxi-moto en cas d'urgence

- Continuer, lorsque possible, à prendre en charge des références en moto / en voiture pour les urgences et au cas par cas (vulnérabilité extrême)
- Réfléchir à la possibilité de mettre en place une référence d'urgence à travers un papier de référence similaire à l'existant et une négociation avec les taxi motos pour un paiement par l'équipe Inter Aide à l'arrivée au CS
- **Renforcer la co-responsabilité en santé et l'implication des hommes** en renversant les stéréotypes dévalorisants (lors des palestras) et en les encourageant d'accompagner les enfants et femmes enceintes au CS (réflexion sur les pratiques incitatives).
- **Créer ou renforcer des mécanismes communautaires de solidarité** (cagnottes familiales ou locales, coupons de transport, appui des comités de cogestion, collaboration avec les chauffeurs de taxi-moto).
- **Renforcer l'information sur les coûts réels** pour permettre une anticipation des dépenses.
- **Lors des palestras** : par rapport aux messages sur la nécessité d'aller rapidement au CS, informer sur les signes de gravité chez l'enfant ou la femme enceinte et prendre le temps d'explorer ensemble les freins ainsi que les stratégies de contournement. Par exemple, encourager une discussion lors des palestras sur comment les femmes arrivent à contourner les barrières financières, les mécanismes de décision patriarcale, le besoin de s'occuper des autres enfants... etc.
- **Avec le personnel de santé** : encourager une réflexion sur les contraintes et les stratégies de contournement pour encourager une prise de conscience des efforts fournis par les femmes ; encourager la discussion des stratégies de contournement au cours de la consultation lorsque le temps le permet.
- **Mettre en place un protocole local de « fast track enfants <2 ans »** garantissant un passage rapide pour pallier aux retards dans l'accès ; renforcer le triage à l'arrivée.
- **Continuer d'appliquer une certaine flexibilité dans le paiement des 5 meticais forfaitaires** pour les familles particulièrement vulnérables. Attention à éviter la stigmatisation en choisissant des catégories élargies (mères célibataires et non femmes vivant avec le VIH).

### Conclusion 3 - L'accès à la santé reproductive, en particulier au planning familial, est restreint par les normes genrées, des représentations sociales néfastes et certaines exigences normatives

La division genrée des rôles en santé attribue aux femmes les soins aux enfants, le suivi de la grossesse et les soins liés à l'accouchement. Les hommes ont, pour leur part, un rôle facilitateur et sont responsables de financer les besoins en santé et d'assurer les déplacements qui en découlent. Ce sont également les hommes qui assurent davantage les rôles communautaires informels liés à l'organisation de la santé tels que la construction d'une route, de latrines ou d'un puits. Le planning familial présente un cas à part. Alors que les représentations locales tendent à légitimer et à normaliser le recours à la biomédecine en cas de maladie, d'autres représentations tendent à délégitimer le planning familial (effets secondaires, stérilité, associé à la liberté sexuelle des femmes). Par ailleurs, les barrières structurelles à l'arrêt définitif des grossesses par une ligature des trompes sont importantes (coût, disponibilité à proximité, manque d'information). Enfin, les hommes (et les mères des filles adolescentes) jouent un rôle déterminant dans l'autorisation de recours aux services de santé reproductive (pour le PF et le choix du lieu d'accouchement), tout en étant peu présents dans les espaces d'information.

Par ailleurs, certaines exigences au niveau des CS et représentations chez le personnel soignant (obligation de la présence du mari pour la première CPN, demande de validation du mari concernant la prise de décisions sur le PF, stigmatisation des multipares) tendent également à renforcer les inégalités de genre dans l'accès des femmes à une voix et aux décisions concernant leur propre santé. Ces exigences et conceptions entravent l'accès aux soins maternels, avec des risques avérés (tests VIH non confidentiels, non-ouverture de la fiche, retards de soins, grossesses non-désirées). Par ailleurs, les palestras visent davantage les femmes adultes, dans des lieux dédiés aux femmes. Les hommes, mais également les filles adolescentes n'ayant pas encore pratiqué les rituels d'entrée dans la vie adulte, sont généralement absents, voire exclus, de ces espaces. Les palestras dédiées aux hommes, aux adolescentes et aux adolescents aident à remédier à cette situation.

Les actions de santé ciblent bien les besoins des femmes. Il s'agit actuellement de systématiser la prise en compte de dimensions intersectionnelles décrites dans l'enquête (l'âge, le niveau socio-économique, le statut sérologique, etc) et d'impliquer davantage les décisionnaires ceci dans l'objectif de réduire et d'éviter toute réplique involontaire des inégalités de genre intersectionnelles.

#### **L'action existante d'Inter Aide**

##### **Contourner le contrôle masculin**

Inter Aide travaille avec les soignants pour renforcer leurs capacités à assouplir les protocoles de prise en charge qui entraveraient l'autonomie de la femme notamment en permettant un

accès au planning familiale sans accord préalable du mari ou en permettant aux femmes de faire leur première CPN sans la présence du mari. Si cette dernière exigence permet d'encourager une co-responsabilité en santé, elle ne doit pas entraver l'accès des femmes enceintes aux soins.

### **L'information comme outil de changement des dynamiques de pouvoir genrées**

Les palestras sur le planning familial menés par Inter Aide permettent de fournir des informations précieuses, le format participatif permet aux femmes de s'exprimer en toute confiance et de clarifier leurs préoccupations basées sur des rumeurs. La présence d'hommes lors de ces séances permet de commencer à changer les dynamiques de pouvoir genrées : les femmes osent s'exprimer sur ce sujet sensible devant les hommes. Le planning familial est également un sujet abordé lors de palestras avec des hommes et des adolescents. Certaines méthodes restent peu connues telles que l'IVG ou la ligature des trompes et mériteraient d'être davantage explicitées, notamment pour éviter le recours à l'avortement non-sécurisée.

### **Des actions ciblées pour les adolescentes**

Des palestras sont également menées auprès des adolescentes. Au vu des grossesses précoces, il s'agira de s'assurer que ces séances ciblent aussi les adolescentes pré-pubères – surtout que les équipes ont constaté que lorsque les adolescents sont entre eux, aucune restriction sur les sujets abordés n'est demandée par la communauté (liée au non-accomplissement du rituel suite au premières règles). Les soignants assurent un suivi individualisé des adolescentes primipares par des visites à domicile et en adaptant leur approche en fonction des barrières rencontrées – notamment pour convaincre la mère, première responsable de la santé de sa fille, de la nécessité d'un accouchement au centre de santé. Il s'agira de s'assurer que les visites à domicile fournissent également un temps d'échange dédié à l'adolescente sans présence parentale.

### **Recommandations**

- **Multiplier les espaces, horaires et actions d'information dédiés aux hommes**, en s'appuyant sur leurs lieux de socialisation existants (mosquées le vendredi, zones de jeux de cartes, pêche, marchés, sensibilisation lors d'activités sportives) et les horaires de disponibilité (après 14h).
- **Démystifier le planning familial à travers des messages** rassurants (sur les effets secondaires, la non stérilité), informatifs (sur les différentes méthodes) et qui renversent les idées préconçues auprès des hommes et des femmes. Encourager une réflexion au sein de l'équipe, avec les comités de cogestion et des membres de la communauté, sur les messages qui permettront de renverser les représentations néfastes. Par exemple en présentant le PF comme un moyen pour les hommes de mieux assurer leur rôle de subvenir aux besoins de la famille et qu'il est plus avantageux de pouvoir payer la scolarité de peu d'enfants, qui pourront travailler par

la suite, que d'avoir de nombreux enfants déscolarisés. Cette réflexion doit s'étendre à comment renverser l'image qui associe la pratique de la contraception à l'infidélité.

- **Renforcer l'accès des femmes à l'information et aux services nécessaires** pour qu'elles puissent décider, en autonomie et dans le respect du cadre légal, de la limitation, de l'arrêt (y compris par ligature des trompes), ou de l'interruption volontaire de leurs grossesses (pour éviter les grossesses non-désirées et les pratiques d'avortement dangereuses).
- **Renforcer l'autonomie féminine** dans la santé via des messages clés qui encouragent les hommes à laisser aux femmes la capacité de décider seules tout en leur en fournissant les moyens (cagnotte d'urgence familial ou communautaire).
- **Renforcer l'accès des femmes à la parole et aux décisions liées à la santé au niveau communautaire** en encourageant la parité de genre au sein des comités de cogestion ou bien en créant un comité dédié pour les femmes pour qu'elles se sentent plus à l'aise de s'exprimer puis regrouper les deux comités. La collaboration avec des projets d'alphabétisation pourrait également renforcer l'accès des femmes aux instances et processus décisionnels.
- **Adapter les exigences normatives**, notamment (a) l'obligation de présence du mari pour la CPN1, afin qu'elle n'empêche pas l'ouverture de la fiche, l'accès aux tests essentiels ou la confidentialité des résultats, (b) l'accord du mari (ou des parents pour les adolescentes) concernant le PF et permettre de préserver la carte de suivi du PF au niveau du CS pour les femmes qui ne souhaitent pas informer leur mari.
- **Introduire des modules sur l'accueil non discriminatoire** dans les formations du personnel, notamment envers les multipares et les femmes ayant accouché à domicile ou les adolescentes n'ayant pas encore pratiqué le rituel d'accès à la vie adulte.
- **Elargir les actions qui ciblent les adolescent-e-s** : continuer les palestras ciblant spécifiquement ce groupe, sensibiliser les garçons adolescents aussi sur le PF et le pouvoir décisionnel des femmes, faciliter l'accès au PF, maintenir les parents engagés dans l'accompagnement, et assurer une prise en charge spécifique pour la grossesse et l'accouchement des adolescentes tenant compte des risques liés aux grossesses précoces.
- **S'assurer que tous les indicateurs projet sont désagrégés par genre et par âge**. Faire une analyse désagrégée des données et identifier les enjeux spécifiques (exemple : adolescentes enceintes), les inégalités (exemple : absence des hommes aux palestras) puis en analyser les causes pour proposer des solutions.

## **Conclusion 4 – L'accès à l'information en santé reste très limité, centré sur les femmes**

L'accès à l'information sur la santé est pensé pour les femmes. La majorité des messages est diffusée dans des espaces féminins (palestras, visites à domicile). Les hommes ne se sentent pas concernés et ne participent pas, alors qu'ils jouent un rôle clé dans les décisions. Ils sont

conscients de leurs lacunes dans le domaine et souhaitent être davantage informés sur la santé. Les filles non initiées n'ont pas accès aux messages sur la sexualité, renforçant leur vulnérabilité. L'accès plus limité des hommes, des adolescents et des jeunes adolescentes représente un frein à la co-responsabilité en santé (infantile et maternelle) et à l'adoption du planning familial.

## **L'action existante d'Inter Aide**

### **Coordination et harmonisation des messages entre acteurs**

Inter Aide joue déjà un rôle central dans la coordination entre les différents acteurs intervenant en santé au niveau communautaire, favorisant ainsi une cohérence des messages et évitant les contradictions qui pourraient déstabiliser les parcours de soins. Cette coordination implique les soignants des centres de santé, les APS, les PT, les curanderos engagés et les membres des comités de gestion, créant ainsi un réseau d'acteurs alignés sur des messages communs. Cette harmonisation est essentielle pour éviter que les inégalités sociales ne se traduisent en inégalités d'information, où certains groupes recevraient des messages contradictoires ou incomplets selon l'acteur rencontré. Il conviendra de poursuivre et de renforcer cette coordination en institutionnalisant des espaces réguliers d'échanges entre acteurs, en documentant les messages clés à harmoniser, et en s'assurant que cette harmonisation n'impose pas une uniformité rigide mais permette au contraire l'adaptation des messages aux contextes et publics spécifiques, tout en maintenant une cohérence de fond.

### **Modes de diffusion : des espaces d'information transformés en espaces de dialogue**

Inter Aide a développé une approche participative de la communication en santé qui transforme les espaces d'information en véritables espaces de discussion et d'échange. Que ce soit lors des palestras communautaires, des visites à domicile (VàD) ou même pendant les consultations, les équipes d'Inter Aide et les soignants accompagnés créent des opportunités pour que les populations puissent exprimer leurs préoccupations, poser leurs questions et partager leurs expériences. Cette approche basée sur le dialogue permet d'explorer collectivement les contraintes rencontrées par les personnes dans leur accès aux soins et leurs stratégies de contournement, transformant ainsi la communication de santé en un processus de co-construction de solutions plutôt qu'en une transmission verticale de consignes. Il s'agira de s'assurer que les structures de pouvoir sont contournées en fournissant par exemple un espace d'expression aux adolescentes primipares comme expliqué ci-dessus. Par ailleurs, Inter Aide intègre déjà des activités incitatrices adaptées selon le genre et l'âge permettant de créer des points d'entrée attractifs pour différents publics. Il s'agira de maintenir et de systématiser ces approches en veillant à ce que chaque mode de diffusion permette effectivement la prise de parole des populations les plus marginalisées, en documentant les stratégies qui fonctionnent pour atteindre les groupes habituellement exclus (femmes isolées, adolescentes pré-pubères, hommes peu impliqués), et en évitant que les activités incitatrices ne reproduisent les stéréotypes de genre plutôt que de les

transformer (par exemple : tournois de football pour les jeunes hommes, groupes de parole pour les femmes, activités ludiques pour les adolescent·e·s)

### **Contenu des messages : équité de genre, démythification et réduction de la stigmatisation**

Inter Aide a déjà intégré dans ses messages de santé une dimension d'équité de genre qui vise à transformer les rapports de pouvoir plutôt qu'à les reproduire. Ces messages contribuent à déconstruire l'idée que « la santé est une affaire de femmes » tout en renforçant le pouvoir décisionnel de ces dernières. Inter Aide travaille également à clarifier l'origine des maladies et le besoin de consulter en biomédecine, sans disqualifier les autres systèmes de soins mais en expliquant les complémentarités possibles. Un effort particulier est mené pour démythifier le planning familial et les infections sexuellement transmissibles, afin de réduire la stigmatisation associée à ces questions et de diminuer les risques liés aux avortements pratiqués hors des centres de santé. Il conviendra de renforcer et de maintenir ces messages en veillant à leur caractère non-moralisateur, en s'assurant qu'ils atteignent effectivement les publics les plus vulnérables (adolescentes, femmes sans éducation formelle, populations isolées), et en évaluant régulièrement leur réception pour détecter d'éventuels effets non intentionnels. Il s'agira également d'intensifier les messages sur les méthodes de planning familial encore méconnues (ligature des trompes, IVG sécurisée) et de continuer à impliquer les hommes et les adolescents dans ces discussions, contribuant ainsi à une transformation collective des normes de genre en santé reproductive.

Pour encourager l'équité de genre, et faciliter l'accès aux soins, de nouveaux messages pourront être inclus en ce qui concerne par exemple la mise en place d'une cagnotte d'urgence au niveau familial ou communautaire. Les palestras auprès des hommes pourraient les encourager à laisser davantage d'autonomie aux femmes tout en valorisant le rôle de l'homme de faciliter les aspects logistiques à travers cette cagnotte que les femmes pourront utiliser en leur absence. Des informations auprès des femmes et des hommes sur la gestion financière pourraient augmenter leur capacité d'épargne. L'alphabétisation ou ne serait-ce que la familiarisation avec les chiffres et les âges pourrait renforcer les capacités des femmes à communiquer sur les cas de maladie et à comprendre les prescriptions.

### **Recommandations**

- **Diversifier les canaux d'information** (mode de diffusion, format), en :
  - saisissant l'opportunité de communiquer dans les lieux où les hommes se rassemblent ;
  - intégrant des séances participatives via théâtre-forum ou tournois de football (femmes et hommes) ;
  - impliquant des leaders religieux, communautaires et des curanderos (notamment en les intégrant au comité de cogestion).
- **Adapter les messages aux besoins et aux préoccupations différenciés (selon le genre et l'âge) en discutant des contraintes et des stratégies pour les contourner :**

- Encourager les femmes et hommes, adolescents et adolescentes à partager les défis rencontrés dans l'accès aux soins et les stratégies déployés pour y faire face,
  - Informer sur les signes de gravité (en distinguant moins de 2 ans, 2 à 5 ans) et encourager le partage d'expériences personnelles, notamment sur les décès infantiles
  - Informer sur toutes les méthodes contraceptives (PF, ligature, IVG), discuter de pourquoi des femmes ont de nombreuses grossesses sans stigmatisation,
  - Continuer d'encourager une discussion sur les préoccupations et rumeurs (PF, HIV)
  - Encourager une discussion ouverte sur l'utilisation de la médecine traditionnelle en évitant les discours moralisateurs et en encourageant le partage d'expérience
  - Discuter des risques autour de l'avortement clandestin et accessibilité de l'avortement accompagné (à confirmer)
- **Poursuivre la coordination entre acteurs qui permet d'harmoniser les messages entre acteurs et structures communautaires, centres de santé et équipes projet, ce qui permet de renforcer la confiance.**

### **Conclusion 5 – Malgré des améliorations conséquentes dûes à la présence des équipes d'Inter Aide au niveau des unités sanitaires, la qualité de l'accueil, la confidentialité et les pratiques communicationnelles constituent encore un frein majeur à l'accès et à la continuité des soins.**

Les résultats mettent en lumière un manque d'intimité et de confidentialité (salles ouvertes, interactions entre le soignant et le soigné audibles), une communication souvent unilatérale et parfois des attitudes moralisatrices ou « triomphalistes » (comment ça doit être et non comment c'est) de la part de personnel de santé et d'acteurs communautaires (APE et PT). Cela peut décourager les femmes à accéder aux soins formels, en particulier celles ayant accouché à domicile ou les multipares, souvent stigmatisées. Les discours moralisateurs découragent le partage d'informations sur l'utilisation de la médecine traditionnelle ce qui représente un danger d'interaction entre les traitements. Par ailleurs, des remontrances, des moqueries, et une gestion inadéquate de l'information sensible (statut VIH, PF) affectent la confiance des patientes. Les femmes ayant accouché à domicile sont parfois mal reçues ou refusées en post-partum, entraînant un risque sanitaire pour elles et leurs enfants.

L'apparente complétude des effectifs dans les centres observés (technicien médical, infirmière SMI, infirmière SSR, infirmier général, technicien en pharmacie, technicien en médecine préventive) contraste avec les plaintes de surcharge formulées par les soignants. Cette composition, reposant largement sur des techniciens de santé plutôt que sur des médecins, illustre la stratégie mozambicaine de recours aux « técnicos de medicina » pour

pallier la pénurie médicale en zones rurales<sup>1</sup>. Cette contradiction entre un effectif théoriquement complet et les plaintes exprimées suggère que les frustrations proviennent davantage des conditions d'exercice que d'un manque absolu de personnel. Au Mozambique, la crise des ressources humaines en santé s'explique par des salaires bas, de mauvaises conditions de travail dans le secteur public et un manque de capacités managériales à tous les niveaux<sup>2</sup>. Le sentiment de surcharge traduirait ainsi l'impact cumulatif des limitations du plateau technique, des conditions difficiles et d'un système qui ne reconnaît pas suffisamment les cadres de santé de niveau intermédiaire sur lesquels repose le système de soins primaires.

### **L'action existante d'Inter Aide**

#### **Humanisation des soins : qualité de l'accueil et de la relation soignant-soigné**

Inter Aide a déjà engagé un travail significatif sur l'humanisation des soins, reconnaissant que la qualité de la relation entre soignants et soignés constitue un déterminant majeur de l'accès aux soins et de la continuité thérapeutique. L'ONG accompagne les soignants dans l'adoption d'une attitude bienveillante et non jugeante envers les femmes et leurs accompagnants, contribuant ainsi à transformer les interactions souvent verticales et infantilisantes qui caractérisent de nombreuses structures de santé. Ce travail sur la posture professionnelle vise à créer un climat de confiance où les patient.e.s se sentent respecté.e.s et écouté.e.s, réduisant ainsi les expériences de maltraitance ou de violence obstétricale qui conduisent à l'évitement des structures de santé. Inter Aide forme également les soignants aux compétences en communication, notamment l'écoute active, la reformulation et l'utilisation d'un langage simple et accessible, permettant ainsi de dépasser les barrières linguistiques et culturelles qui entravent la compréhension mutuelle. Les soignants sont encouragés à accorder du temps à l'explication des gestes, examens et décisions médicales, transformant progressivement la consultation en un espace de dialogue plutôt qu'en une simple délivrance d'ordonnances. Il conviendra de poursuivre et d'intensifier ces efforts en intégrant une évaluation régulière de la qualité de l'accueil, combinant observations directes dans les structures de santé et discussions avec les patient.e.s pour identifier les points d'amélioration. Cette évaluation continue permettra d'ajuster les formations, de valoriser les bonnes pratiques et de maintenir une vigilance collective sur l'humanité de la prise en charge, garantissant ainsi que les soins ne se réduisent pas à un acte technique mais constituent une rencontre respectueuse entre personnes.

#### **Renforcement du respect de la confidentialité dans l'organisation des services**

---

<sup>1</sup>[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/ghwn/mlhw-mozambique.pdf?sfvrsn=4128775e\\_3&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/ghwn/mlhw-mozambique.pdf?sfvrsn=4128775e_3&download=true)

<sup>2</sup> <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10122375/>

Inter Aide a déjà mis en place des dispositifs concrets pour garantir la confidentialité des consultations et des informations médicales, reconnaissant que le respect de la vie privée constitue un droit fondamental et un déterminant majeur du recours aux soins, particulièrement pour les questions sensibles liées à la santé reproductive et au VIH. L'ONG a travaillé à la réorganisation des espaces de consultation en introduisant des paravents et en repensant l'agencement des salles pour limiter la visibilité et l'audibilité des échanges entre soignants et patient·e·s. Il s'agira de maintenir et de renforcer ces dispositifs de confidentialité en évaluant régulièrement leur effectivité auprès des usagers, en identifiant les situations où la confidentialité reste compromise (files d'attente, appels à voix haute, présence de tiers non autorisés), et en adaptant continuellement l'organisation des services et les pratiques pour garantir que chaque personne puisse accéder aux soins dans la dignité et le respect de son intimité.

### **Maintien et consolidation de l'appui des équipes d'Inter Aide aux services de santé**

L'accompagnement rapproché des structures de santé par les équipes d'Inter Aide constitue un levier essentiel de l'humanisation des soins. Cette présence régulière permet non seulement d'assurer un appui technique et logistique, mais aussi de maintenir une vigilance collective sur la qualité de l'accueil et le respect des droits des patient·e·s. Les équipes d'Inter Aide jouent un rôle d'interface crucial entre les communautés et les soignants, permettant de remonter les préoccupations des usagers, de faciliter le dialogue et de co-construire des solutions adaptées aux réalités locales. Il est essentiel de maintenir cet appui des équipes d'Inter Aide aux services de santé, en veillant à ce qu'il demeure un accompagnement et non une supervision verticale, afin de préserver la relation de confiance et de partenariat qui permet les transformations en profondeur. Cet appui devra continuer à combiner renforcement des capacités techniques, soutien à l'amélioration de l'organisation des services, et encouragement aux pratiques humanisantes, contribuant ainsi à la construction progressive de services de santé véritablement centrés sur les personnes.

### **Recommandations**

- **Former les soignants à la communication bienveillante et l'humanisation des soins** (disponibilité d'outils de renforcement de ces soins dans le champ de la santé) incluant : accueil des multipares, prise en charge des accouchements à domicile, dialogue autour du planning familial.
- **Renforcer la confidentialité structurelle** : paravents, réorganisation des espaces, gestion stricte de l'information VIH.
- **Renforcer les espaces de dialogue** systématisés lors des palestras ou des consultations : quelques minutes dédiées aux questions, vérification de la compréhension, démonstrations pratiques, discussion des barrières et des stratégies de contournement.
- **Évaluer régulièrement la qualité de l'accueil** avec les comités de cogestion (feedback anonymisé, boîtes à suggestions, groupes de discussion).

## Conclusion 6 – Les dynamiques autour du VIH constituent une barrière spécifique et particulièrement sensible.

La confidentialité insuffisante, la peur de la divulgation du statut sérologique au conjoint et les risques sociaux associés entraînent des réticences au dépistage et compromettent l'accès au traitement. Certaines situations (comme les ruptures conjugales après une CPN1) montrent la vulnérabilité des femmes face à la divulgation involontaire du statut sérologique. Le risque social d'abandon et de basculement dans l'extrême pauvreté est ainsi perçu comme plus élevé que le risque en santé lié à la maladie. L'information sur la maladie, sa transmission, son traitement, son évolution reste inégale. Le manque de compréhension que le traitement évite la transmission peut impacter négativement les représentations. Le manque de disponibilité d'une prophylaxie pour le partenaire négatif peut encourager la séparation.

### **L'action existante d'Inter Aide**

#### **Protection de la confidentialité et accès à l'information sur le VIH**

Inter Aide a développé un dispositif complet de protection de la confidentialité pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ou souhaitant se faire dépister, reconnaissant que la stigmatisation constitue une barrière majeure à l'accès au dépistage et au traitement. L'ONG a mis en place des soins permettant un dépistage VIH séparé et confidentiel, avec un consentement strict exigé avant toute communication du statut sérologique au conjoint, garantissant ainsi l'autonomie décisionnelle des personnes et leur protection contre les violences ou le rejet qui pourraient suivre une révélation non consentie. Inter Aide a également travaillé au réaménagement des circuits patients et des salles de consultation afin d'éviter que les PVVIH ne soient identifiables par leur parcours dans la structure de santé, et a réorganisé la réception des médicaments pour que les antirétroviraux soient remis de manière discrète, dans des conditionnements non identifiables. Ces aménagements matériels et organisationnels témoignent d'une compréhension fine des mécanismes de stigmatisation et de leur impact sur les trajectoires de soins.

Parallèlement à cette protection de la confidentialité, Inter Aide mène des actions de sensibilisation visant à promouvoir le dépistage volontaire et à informer sur les bénéfices d'un traitement précoce, contribuant ainsi à transformer les représentations du VIH d'une maladie mortelle vers une infection chronique gérable. Un message particulièrement important concerne la non-transmission de la maladie chez les personnes sous traitement (concept d'indétectable = intransmissible), qui permet de réduire la stigmatisation et de normaliser la vie avec le VIH. Il conviendra de renforcer ces actions d'information en ciblant particulièrement les hommes et les jeunes, populations souvent moins atteintes par les messages de prévention, en continuant à former les soignants à une communication non stigmatisante sur le VIH, et en maintenant une vigilance constante sur le respect effectif de la confidentialité dans toutes les dimensions de la prise en charge, depuis le dépistage jusqu'au suivi à long terme. La répétition des messages lors des consultations de suivi des PVVIH, qui

étaient possiblement sous le choc lors de la première explication, pourrait améliorer la compréhension.

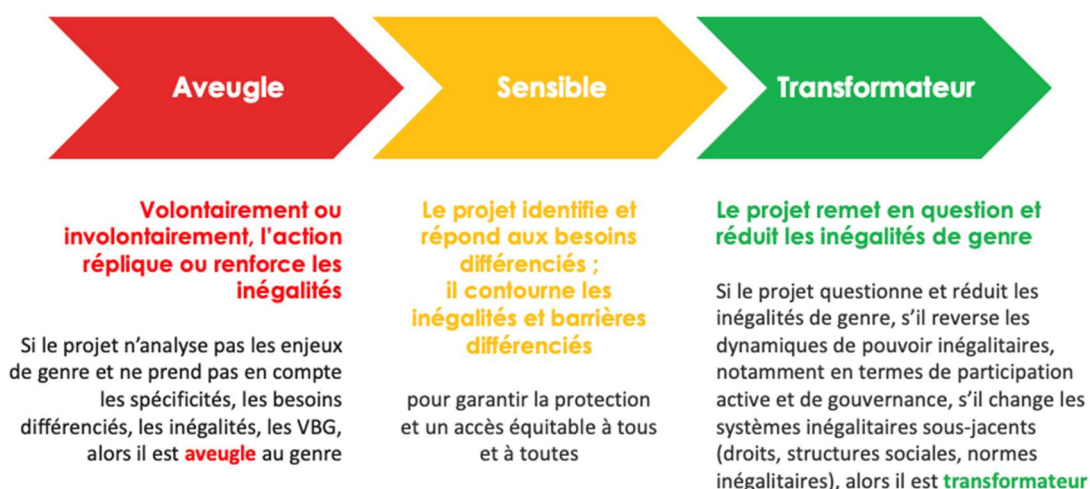
### Recommandations

- **Institutionnaliser le dépistage VIH séparé et confidentiel**, avec consentement strict avant toute communication au conjoint. Tenir compte de l'importance du maintien du secret autour du statut sérologique dans les ménages polygames, tout en assurant un dépistage systématique de toutes personnes à risques dans le ménage.
- **Réduire l'exposition visuelle lors des consultations VIH** (réaménagement du circuit des patients et des salles) pour une meilleure confidentialité.
- **Former les soignants à la gestion éthique des informations sensibles et aux risques sociaux du VIH**, notamment lors des CPN1.
- **Sensibiliser les hommes et les couples** au dépistage volontaire et aux bénéfices du traitement précoce ainsi que sur la non-transmission de la maladie chez les personnes prenant un traitement.
- **Rendre disponible** la prophylaxie pour le conjoint pour tenter de réduire le désir de se séparer ; attention à ne pas divulguer le statut de la personne positive sauf demande expresse

### Recommandation transversale et outils pour intégrer le genre et les enjeux sociaux dans l'accès à la santé maternelle et infantile

Au-delà des actions spécifiques déjà mises en œuvre par Inter Aide, une approche transversale intégrant systématiquement les enjeux de genre et les dimensions sociales dans l'ensemble du cycle de projet permettrait de renforcer l'efficacité et l'équité des interventions. Il s'agit de concevoir cette approche comme un processus continu d'adaptation pour permettre un accès équitable et une participation active dans le projet. L'objectif étant de répondre aux besoins différenciés des différents publics et de contourner les contraintes de chacun et chacune (projet sensible au genre). Lorsque possible, les causes profondes des inégalités sociales en santé pourront être adressées pour changer les dynamiques de pouvoir (projet transformateur).

## Prise en compte du genre et des enjeux sociaux dans le projet



Cette intégration peut se faire au quotidien en encourageant lors de chaque discussion une analyse des besoins et des contraintes liées au genre, à l'âge, à la précarité - pourquoi ce type de public n'a pas accès ? Pourquoi elle ne consulte pas ou en retard ? - pour ensuite identifier des stratégies qui pourront permettre de contourner les contraintes. Ce travail d'analyse des contraintes et de valorisation des stratégies peut se faire en équipe, ou entre équipes pour échanger sur les différentes pratiques professionnelles. Elle peut également se faire lors des palestras avec la communauté dans ce même objectif de valorisation des stratégies locales.

En plus de cette analyse au quotidien, pour consolider la mise en place d'une telle dynamique, une démarche structurée en trois temps est proposée : l'analyse, la valorisation des pratiques existantes, et l'ajustement continu du projet.

### 1. Analyse genre et sociale : rendre visible l'invisible

Une prise en compte effective des enjeux de genre et des inégalités sociales nécessite d'abord de les documenter et de les comprendre. Il s'agit pour Inter Aide de systématiser la désagrégation des indicateurs de projet par genre et, dans la mesure du possible, par tranche d'âge et état de grossesse (primipares vs multipares, adolescentes vs femmes adultes). Cette désagrégation permettra de dépasser les moyennes qui masquent les inégalités et de visualiser quels groupes accèdent effectivement aux services et lesquels restent marginalisés. Au-delà du simple constat statistique, cela permet de mener une analyse approfondie des raisons menant à ces inégalités, en interrogeant les mécanismes sociaux, économiques et culturels qui les produisent.

Cette analyse est complétée par un exercice régulier d'analyse des besoins et contraintes différenciées selon les profils. Il s'agira d'identifier les différents profils de bénéficiaires avec une attention aux publics particulièrement vulnérables – femmes enceintes, mères

célibataires, femmes multipares, femmes en général, adolescentes pré-pubères, adolescentes enceintes, adolescentes en général, , hommes pères de famille, adolescents, hommes polygames, etc. – et de documenter pour chacun de ces profils les besoins spécifiques en santé, les contraintes particulières qu'ils rencontrent, et les barrières d'accès aux soins qui leur sont propres. Cette analyse fine permet d'éviter l'écueil d'une approche homogénéisante qui traiterait « les femmes » ou « les hommes » comme des catégories uniformes, et de reconnaître que les inégalités de genre s'articulent avec d'autres formes d'inégalités (âge, statut marital, position socio-économique) pour produire des situations d'accessibilité différenciées. Il s'agira aussi d'identifier les opportunités présentes dans le contexte : les stratégies existantes des femmes, l'engagement d'un Imam ou d'un professeur de biologie...

Cet exercice peut se faire en petit groupe : chaque groupe analyse les besoins, contraintes et opportunités pour 2 ou 3 profils.

| Profils<br>(en particulier les<br>profils vulnérables) | femmes<br>multipares                                                                                                                                        | femmes<br>enceintes                                                 | adolescentes<br>primipares          | adolescentes<br>pré-pubères                                               | mères<br>célibataires                                           | hommes                                                                                  | adolescents |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Besoins<br/>spécifiques /<br/>demandes</b>          | accès à l'arrêt<br>définitif des<br>grossesses<br>accès au PF                                                                                               | suivi de<br>grossesse<br>accouchement                               | adhésion au<br>PF                   | informations<br>sur la SSR et<br>le PF au vu<br>des relations<br>précoces |                                                                 | demande<br>d'informations<br>sur le<br>fonctionnemen<br>t du projet                     |             |
| <b>Contraintes /<br/>barrières<br/>spécifiques</b>     | ligature peu<br>disponible,<br>chère et<br>nécessite<br>l'accord du mari                                                                                    | éloignement,<br>test VIH devant le<br>conjoint (risques<br>sociaux) | mère décide<br>en matière de<br>SSR | accès à<br>l'information<br>restreint par<br>les normes<br>sociales       | accès plus<br>difficile aux<br>finances et<br>donc aux<br>soins | accès difficile<br>à l'information<br>disponibilité<br>limitée<br>peu présents<br>au CS |             |
| <b>Opportunités /<br/>stratégies<br/>locales</b>       | campagnes de<br>ligature des<br>trompes<br>femmes<br>pratiquent PF en<br>secret                                                                             | accueil chez la<br>famille                                          |                                     | certaines<br>professeuses de<br>biologie<br>enseignent la<br>SSR          |                                                                 | disponibles le<br>vendredi<br>après-midi                                                |             |
| <b>Propositions</b>                                    | à remplir sur la base du rapport, de votre expérience, des actions déjà en place de façon informelle et de l'exercice de partage des bonnes pratiques (APP) |                                                                     |                                     |                                                                           |                                                                 |                                                                                         |             |

## 2. Valorisation des bonnes pratiques : capitaliser sur l'expérience terrain

Les équipes d'Inter Aide et les soignants accompagnés développent au quotidien des stratégies innovantes pour contourner les barrières d'accès et répondre aux besoins différenciés des populations. Ces ajustements pragmatiques constituent une richesse qu'il convient de valoriser et de partager. Il est recommandé d'organiser régulièrement des séances d'Analyse de la Pratique Professionnelle (APP - voir fiche activité en annexe) en intra-équipe et en inter-équipes, permettant aux acteurs de terrain de réfléchir collectivement à leurs pratiques et d'apprendre les uns des autres.

Ces séances d'APP pourraient suivre une méthodologie simple et participative : en petits groupes, les participant·e·s choisissent une contrainte ou barrière d'accès aux soins spécifique

ou un défi récurrent (par exemple : l'implication des hommes dans le suivi prénatal, l'accès des adolescentes au planning familial, la prévention des grossesses précoces, la lutte contre les paiements informels). Chaque participant·e est ensuite invité·e à partager une « success story » – une situation où il ou elle a réussi à surmonter ce défi – et à expliciter la stratégie qui a fonctionné, les facteurs facilitateurs, et les conditions de répliquabilité. Ces échanges permettent non seulement de valoriser l'expertise des équipes de terrain, mais aussi d'identifier les pratiques prometteuses. L'idée n'est pas de choisir une technique ou stratégie mais bien d'explorer les différentes options et ainsi d'augmenter la résilience des équipes face aux défis selon les différentes circonstances.

Il est essentiel de documenter ces bonnes pratiques de manière systématique, en notant le contexte, la stratégie employée, les résultats obtenus et les leçons apprises. Cette capitalisation permettra de constituer progressivement un répertoire de solutions testées et validées par l'expérience, qui pourront être partagées entre équipes, adaptées à d'autres contextes, et intégrées formellement dans les orientations du projet.

### **3. Ajuster le projet en fonction : de l'analyse à l'action**

L'analyse des inégalités et la capitalisation des bonnes pratiques doivent se traduire concrètement dans l'ajustement du projet et l'adaptation des stratégies d'intervention. À partir des besoins et contraintes différenciés identifiés pour chaque profil, et en s'appuyant sur les bonnes pratiques documentées, ainsi que sur les recommandations formulées dans ce rapport, il s'agira de formuler des « solutions » spécifiques visant à contourner, voire à réduire les barrières d'accès aux soins pour chaque groupe.

Dans un premier temps, ces solutions pourront être intégrées à la grille d'analyse par public. Ces solutions différenciées devront ensuite être intégrées formellement au plan d'action et au cadre logique du projet. Il s'agit de repenser l'ensemble de la stratégie d'intervention à travers le prisme du genre et des inégalités sociales. Cela peut impliquer de modifier les modalités de mise en œuvre de certaines activités (horaires adaptés, espaces séparés, approches différenciées), d'ajouter des indicateurs de suivi sensibles au genre, ou de réallouer des ressources vers les populations les plus marginalisées (voir recommandations formulées par l'équipe de consultantes).

Cette approche d'ajustement continu transforme le projet en un processus d'apprentissage permanent, où l'analyse des réalités sociales et de genre n'est pas une étape initiale isolée mais un exercice récurrent qui alimente l'amélioration constante des interventions. Elle permet également de passer d'une logique de « ciblage » (ajouter des activités pour tel ou tel groupe) à une logique de « transformation » (modifier les structures et les pratiques qui produisent les inégalités), contribuant ainsi à des changements plus durables en matière d'équité d'accès aux soins.

# ANNEXES

## Annexe 1 - Bibliographie

Bautista Cosa, O., Cripps A., Voisin, E., Kunkel, G. (2025). Boîte à outils et manuel de formation genre et épidémies. Croix Rouge française : Paris ; URL : [sites.google.com/croix-rouge.fr/expertiseinternationale/sante/lutte-contre-les-épidémies/fr-programme-riposte/médiathèque-riposte/pgi-riposte](https://sites.google.com/croix-rouge.fr/expertiseinternationale/sante/lutte-contre-les-épidémies/fr-programme-riposte/médiathèque-riposte/pgi-riposte)

Firoz, T., Vidler, M., Makanga, P. T., Boene, H., Chiaú, R., Sevene, E., ... & CLIP Working Group. (2016). Community perspectives on the determinants of maternal health in rural southern Mozambique: a qualitative study. *Reproductive health*, 13, 123-131.

Griffin, S., Melo, M. D., Picardo, J. J., Sheehy, G., Madsen, E., Matine, J., & Dijkerman, S. (2023). The role of gender norms in shaping adolescent girls' and young women's experiences of pregnancy and abortion in Mozambique. *Adolescents*, 3(2), 343-365.

Ivankovich, M. B. (2022). Examining Gender Equality and Other Factors Associated with Modern Contraceptive Use among Adolescent Girls and Young Women in Mozambique: A Mixed Methods Study (Doctoral dissertation, Boston University).

Kodish, S., Aburto, N., Dibari, F., Brieger, W., Agostinho, S. P., & Gittelsohn, J. (2015). Informing a behavior change communication strategy: formative research findings from the scaling up nutrition movement in Mozambique. *Food and Nutrition Bulletin*, 36(3), 354-370.

Lino, M. M. J., [Mozambique Gender Profil](#), March 2005, JICA

Llop-Girones, A., & Jones, S. (2021). Beyond access to basic services: perspectives on social health determinants of Mozambique. *Critical Public Health*, 31(5), 533-547.

Machel, J. Z. (2001). Unsafe sexual behaviour among schoolgirls in Mozambique: a matter of gender and class. *Reproductive health matters*, 9(17), 82-90.

Pires, P. (2022). Operational Research on Transformative Education on Sexual and Reproductive Health and Rights During Adolescents' Initiation Rituals, Nampula, Mozambique, 2022.

Pires, P. H., Siemens, R., & Mupueleque, M. (2019). Improving sexual and reproductive health knowledge and practice in Mozambican families with media campaign and volunteer family health champions. *Family Medicine and Community Health*, 7(4), e000089.

Reyes, H. N., Kuttner, S. A., Morrison, L. E., Santagostino Recavarren, I.M., Kirkwood, D. J., Bah, T. [Mozambique Gender Assessment : Leveraging Women and Girls' Potential](#) (English). Washington, D.C. : World Bank Group.

Sitefane, G. G., Banerjee, J., Mohan, D., Lee, C. S., Ricca, J., Betron, M. L., & Cuco, R. M. M. (2020). Do male engagement and couples' communication influence maternal health care-seeking? Findings from a household survey in Mozambique. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 1-13.

Somerville, C., & Munguambe, K. (2021). The rise of non-communicable disease (NCDs) in Mozambique: decolonising gender and global health. *Gender & Development*, 29(1), 189-206.

UN Women (2022) [Gender Equality Profile Mozambique](#)

van Cranenburgh, K., Greene, M., Bryant, H., & Arregui, C. (2017). Building capacity to address gender and gender-based violence in HIV prevention in Mozambique. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 16(2), 127-142.

## Annexe 2 - Guides de groupes de discussion

| Groupe de discussion femmes / jeunes-femmes - SSR                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Note : au vu de la sensibilité du sujet, passer d'abord par l'impersonnel : "est-ce que que certaines personnes..." et si les participants répondent pour elles-mêmes, explorer l'expérience personnelle</i> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Sujet                                                                                                                                                                                                           | Questions                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Tour de table</b>                                                                                                                                                                                            | age, en couple, nombre d'enfants, âge du plus jeune enfant<br>niveau de scolarité, activité / travail                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Division des rôles</b>                                                                                                                                                                                       | Selon vous quel est le rôle de la femme dans la famille ? par rapport aux enfants ?<br>Quel est le rôle du mari ? Quel est son rôle par rapport aux enfants ?<br>Est-ce qu'il vous aide ? Lors de la grossesse ? Lors de l'accouchement ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Grossesse</b>                                                                                                                                                                                                | <p><b>Quand une femme est enceinte</b>, que signifie ce moment pour vous ?</p> <p>Est-ce qu'il y a des <b>choses qu'elle doit faire / ne pas faire</b> ?</p> <p>A qui demandez-vous <b>conseil</b> ? Qui vous donne des conseils ? lesquels ? Les appliquez-vous ?</p> <p>Est-ce qu'une femme a besoin de <b>soins particulier pendant la grossesse</b> ? quels soins ?</p> <p>Est-ce que les femmes enceintes <b>vont voir quelqu'un</b> ? Qui ? Pourquoi ? Dans quel objectif ?</p> <p>Est-ce que les femmes vont au <b>CS</b> ? Pourquoi ? Après combien de temps d'être enceintes ?</p> <p>Elles y vont combien de fois ? A quoi ça sert ?</p> <p>Comment ça se passe ? Comment elles sont reçues ?</p> <p>Qui vous accompagne ? Vous pouvez y aller seule ? Facile de se déplacer seule ? C'est loin ?</p> <p>Faut-il payer ? avez-vous de l'argent pour payer ? Faut-il demander au mari ?</p> <p>Est-ce que certaines femmes n'y vont pas ? pourquoi ?</p> <p>Qu'est-ce qui pourrait vous empêcher d'y aller ? (argent, décision du mari, disponibilité des services, informations, autres tâches...) Devez-vous attendre votre mari ? Avez-vous de l'argent pour y aller ? Qui s'occupe des enfants pendant ce temps ?</p> <p>Qu'est-ce qui pourrait les encourager à y aller ?</p> <p>Est-ce que les <b>mari sont d'accord</b> qu'elle aille là-bas ?</p> <p>Si la femme veut y aller mais pas le mari n'est pas d'accord, comment elles font ?</p> <p>Est-ce que les CS donne aussi des <b>médicaments à prendre</b> ? (antipaludéens) A quoi sert ce médicament ? Qu'est-ce que les femmes pensent de ce médicament ?</p> <p>Est-ce qu'elles font des <b>tests ? (test VIH)</b> Est-ce que le mari se teste aussi ? C'est pour quelle raison ? Que pensez-vous de ce teste ? Quel est son utilité pour la mère ? le bébé ?</p> <p>Que pense-t-on des femmes positives ? Comment réagit la femme ?</p> <p>Comment ragit l'homme ? Comment il sait ? Est-ce qu'au centre de santé on garde le secret ?</p> <p>On a entendu que certains hommes quittent leur femme ?</p> <p>Comment ça se passe si l'homme est positif ? Comment réagit la femme ?</p> |

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                          | <p>Est-ce qu'on peut soigner la maladie ? quel est le traitement ? les gens prennent ?</p> <p>Est-ce que les femmes enceintes vont aussi voir le <b>curandero</b> ? Dans quels cas ? Dans quel objectif ? Quel est le résultat recherché ? comment ça se passe là-bas ?</p> <p>Quel est le rôle du curandero dans le communauté ? il y en a combien ici ?</p> <p>Etes-vous déjà allés voir la <b>matrone</b> pendant la grossesse ? Pourquoi ? Qu'est-ce qu'elle fait ?</p> <p>Selon vous, c'est comment une <b>grossesse idéale</b> ? Qu'est-ce que vous souhaitez ?</p> <p>Que faites-vous si vous avez des <b>symptômes</b> pendant la grossesse ? (maladie, saignements)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Accouchement</b>      | <p><b>Où</b> est-ce que les femmes accouchent ?</p> <p>Comment ça se passe quand on accouche au CS ? (accueil, coût, rapport soignants)</p> <p>Qu'est-ce qu'on pense des femmes qui accouchent au CS ?</p> <p>Est-ce que certaines accouchent à la <b>maison</b> ? pourquoi ?</p> <p>Comment ça se passe ? Qui les aide ? (rôle père, belle-mère, matrone, autres)</p> <p>Est-ce qu'elles reçoivent des traitements ? de qui, lesquels, dans quel but ?</p> <p>Qui vous donne des <b>conseils</b> sur l'accouchement ?</p> <p>Est-ce qu'il y a des choses à faire / ne pas faire quand on accouche ?</p> <p>Comment vous <b>décidez où accoucher</b> ? (rôle mari, belle-mère)</p> <p>Est-ce qu'il y a des <b>rituels</b> à la naissance ? pour la mère ? l'enfant ? quel objectif ? qui fait ? Est-ce pareil si c'est une fille ou un garçon ?</p> <p>Est-ce que les femmes ici souhaitent plus avoir une fille ou un garçon ? pourquoi ?</p> <p><b>Qui vous a aidé</b> pendant la grossesse ? pendant l'accouchement ?</p> <p>Après combien de temps avez-vous repris les activités à la maison ? en dehors de la maison ?</p> |
| <b>Post natal</b>        | <p><b>Est-ce que les femmes ont besoin des soins après ?</b></p> <p>Est-ce qu'elles voient quelqu'un après ? matrone ? le curandero ? centre de santé ?</p> <p>Est-ce que les femmes prennent des <b>traitements du curandero</b> ?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>PF</b>                | <p><b>Combien d'enfants vous aimeriez avoir ?</b></p> <p>Comment les femmes limitent le nombre d'enfants ?</p> <p>Est-ce que les femmes vont au CS ou chez le curandero pour ça ?</p> <p>Est-ce que le mari est toujours d'accord ? Comment vous faites s'il n'est pas d'accord ?</p> <p>Qu'est-ce qu'on dit sur la contraception disponible au CS ? (effets secondaires)</p> <p>Qu'est-ce qu'on dit sur les femmes qui prennent la contraception ?</p> <p>Que pensez-vous de la contraception disponible chez le curandero ?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Qualité des soins</b> | <p>En général, comment est l'accueil au CS ?</p> <p>Est-ce que certaines personnes sont <b>mal reçues / pas reçues</b> au CS ?</p> <p>Chez le curandero ?</p> <p>Quels types de soins préférez-vous ? pourquoi ?</p> <p>Pour vous, qu'est-ce qui constitue des soins de qualité ? un bon accueil ?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                   | <p>Que recherchez vous pendant la grossesse ? l'accouchement ? plus généralement ?</p> <p>Comment aimeriez-vous que ce soit quand vous allez au CS ?</p> <p>Qu'est-ce qui pourrait encourager plus de femmes à y aller plus souvent ?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>DÉCISIONS LIÉES À LA SANTÉ</b> | <p>Si vous voulez consulter, devez-vous attendre votre mari ? lui en parler avant/après ? Si c'est pour vous, pour les enfants ?</p> <p>S'il y a des dépenses liées à la santé comment vous faites ?</p> <p>Comment faites-vous si vous n'êtes pas d'accord avec la décision de votre mari ? Vous sentez-vous à l'aise pour donner votre avis ? Comment réagit-il ? Votre mari vous-écoute-t-il ?</p> <p>Qu'est-ce qui vous permet d'influencer la décision ?</p> <p>Avez-vous déjà pris des décisions seul ? Ou agi sans lui en parler ? (exemples)</p> <p>Vous êtes-vous déjà disputés à propos de la santé ? (violences)</p>                                                                                                                                          |
| <b>Jeunes filles</b>              | <p><b>A quel âge est-ce que les femmes se marient ?</b> Qui décide avec qui elles se marient ? Si elles ne sont pas d'accord, qu'est-ce qui se passe ? Est-ce que certaines filles sont mariées plus jeunes ? Que pensez-vous de cela ?</p> <p><b>Est-ce que certaines filles sont enceintes jeunes ? avant de se marier ? Est-ce voulu ? (violences?)</b></p> <p>Qu'est-ce qui se passe ? Est-ce qu'elles gardent l'enfant ? Où est-ce qu'elles accouchent ? Vont-elles au CS ? Comment sont-elles reçues ? matrone ? curandero ?</p> <p>Quelles sont les conséquences au niveau de la famille ? Qui prend en charge l'enfant ? Pourront-elles se marier ? Comment sera la belle-famille avec elle / l'enfant ? Qu'est-ce qu'on dit sur elles ? Sur leurs parents ?</p> |
| <b>Accès à l'information</b>      | <p><b>Avec qui parlez-vous de votre santé intime ?</b></p> <p>Qui vous donne des <b>conseils</b> ?</p> <p>A qui faites-vous confiance (mosquée, médecins, voisinage, curandero) ? Pourquoi ?</p> <p><b>Comment vous informez-vous</b> sur la santé intime ?</p> <p>Êtes-vous déjà allés à des séances d'information ? Où ? Quand ? Comment ça s'est passé ?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Rôles communautaires</b>       | <p>Selon vous quel est le rôle des femmes par rapport à la santé ?</p> <p>Au niveau de la communauté est-ce qu'elles prennent des décisions liées à la santé ?</p> <p>Quel est le rôle des hommes ? Est-ce qu'ils participent à la santé de la famille ? De quelle manière ? Pensez-vous qu'ils devraient participer plus ? De quelle manière ?</p> <p>Au niveau de la communauté, qui prend les décisions en santé ? Qui mène des activités ?</p> <p>Connaissez-vous Inter Aide ? Qu'est-ce qu'ils font ? Qu'en pensez-vous ?</p>                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Synthèse</b>                   | <p>Quelles sont vos priorités par rapport à votre santé ? celle de vos enfants ?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Clôture</b>                    | <p>Y a-t-il autre chose que vous aimeriez ajouter ?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

## **Guide de discussion de groupe – Femmes : Recours aux soins pour les enfants de moins de 5 ans**

### **1. Introduction et mise en confiance**

- Présentation de l'équipe et du but de la discussion : « Nous souhaitons échanger avec vous sur la manière dont les mamans prennent soin de leurs enfants lorsqu'ils tombent malades, pour mieux comprendre les difficultés rencontrées et les solutions possibles. »
- Rappel de la confidentialité et du respect mutuel.
- Tour de table rapide : prénom, nombre d'enfants, âge du plus jeune.

**Brise-glace** : « Si vous deviez décrire une journée typique dans votre vie de maman, à quoi ressemble-t-elle ? »

---

### **2. Vie quotidienne et rôles dans la famille** pour comprendre la répartition des tâches et le temps disponible pour les soins aux enfants.

- Quelles sont vos principales activités à la maison et à l'extérieur ?
  - Qui s'occupe habituellement des enfants et des tâches ménagères ?
  - Est-ce que quelqu'un vous aide ? (mari, famille, enfants plus grands...)
- 

### **3. Santé des enfants dans la communauté**

- Quelles sont les maladies les plus fréquentes chez les enfants ici ?
- Comment reconnaissez-vous ces maladies ?
- Quelles sont les premières choses que font les parents quand un enfant tombe malade ?

**Relancer** : « Est-ce que toutes les mamans font pareil ? Quelles différences avez-vous observées ? »

---

### **4. Parcours de soins – expériences récentes**

- « Pensez à la dernière fois qu'un de vos enfants est tombé malade. »
- Qu'avez-vous fait en premier ? (remèdes maison, médicaments du marché, consultation, etc.)
- Comment avez-vous décidé de chercher des soins ?
- Où êtes-vous allée d'abord ? Pourquoi ce choix ?
- Y a-t-il eu plusieurs étapes avant que l'enfant aille mieux ?
- Qu'est-ce qui a facilité ou retardé la recherche de soins ?

**Discussion collective :** « Est-ce que d'autres ont eu des expériences semblables ou différentes ? »

---

**5. Soins au centre de santé et chez les guérisseurs (curanderos)** pour explorer les critères de confiance, proximité, efficacité perçue, coût.

- Comment se passent généralement les consultations au centre de santé ?
  - Et chez les guérisseurs ?
  - Selon vous, quelles sont les principales différences entre les deux types de soins ?
  - Qu'est-ce que vous aimez ou n'aimez pas dans chaque lieu de soins ?
  - Dans quels cas préférez-vous aller chez l'un ou chez l'autre ?
- 

## **6. Difficultés et stratégies**

- Quelles sont les principales difficultés rencontrées pour soigner un enfant malade ? (argent, distance, disponibilité du personnel, décision du mari, etc.)
  - Comment faites-vous pour surmonter ces difficultés ?
  - Qu'est-ce qui aide le plus, selon vous, pour que les enfants soient soignés à temps ?
- 

## **7. Prise de décision et rôle dans la santé des enfants**

- Dans votre famille, qui décide d'emmener un enfant malade au centre de santé ?
- Qui tient l'argent pour ces dépenses ?
- Est-ce qu'il arrive que vous décidiez seules d'aller chercher des soins ? Dans quels cas ?
- Comment les maris réagissent-ils face aux décisions liées à la santé des enfants ?

**Relance :** « Que faudrait-il pour que les mamans se sentent plus à l'aise pour prendre ces décisions ? »

---

## **8. Connaissance et perception du projet Inter Aide**

- Connaissez-vous les activités d'Inter Aide ?
  - Qu'est-ce qui, selon vous, a changé (ou non) dans la santé des enfants grâce à leurs actions ?
  - Que pourrait-on encore améliorer ?
- 

## **9. Clôture**

- Que reprenez-vous de cette discussion ?
- Y a-t-il autre chose que vous aimeriez ajouter sur la santé des enfants dans votre communauté ?



## Groupe de discussion hommes

| Sujet                              | Questions                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tour de table</b>               | age, en couple, nombre d'enfants, âge du plus jeune enfant<br>niveau de scolarité, activité / travail                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Intro - maladies en général</b> | <b>Quels sont les principaux problèmes de santé dans votre communauté ?</b><br>Chez les jeunes enfants ? Chez les femmes ? Chez les hommes ?<br><b>D'où viennent ces problèmes ?</b><br>Comment est-ce qu'on <b>soigne</b> ces maladies ?<br>Est-ce que certaines maladies se soignent au CS ? au Curandero ? quels types de maladie ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Division des rôles</b>          | <b>Qui s'occupe de lui malades ?</b> Quel est le rôle des femmes ? Des hommes ?<br>Quel est votre rôle en tant qu'homme par rapport à la santé de votre famille ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Recours au soin</b>             | <b>Qu'est-ce qu'on fait quand un enfant est malade ?</b> Qui s'occupe de lui ? quel est votre rôle ?<br>A quel moment cherche-t-on des conseils ? un remède ? l'amène-t-on voir quelqu'un ?<br>Où l'emmenez-vous ? Dans quels cas ?<br>Y-a-t-il des soins spécifiques selon les symptômes ? l'âge ? si c'est une fille ou un garçon ?<br>Dans quels cas on va voir le tradipraticien ? objectif ? Que pensez-vous des soins là-bas ?<br>Dans quels cas on va au centre de santé ? Que pensez-vous des soins là-bas ? accueil ?<br>Est-ce que certains restent à la maison sans aller voir quelqu'un ? pourquoi ?<br>Est-ce que vous donnez aussi des plantes à votre enfant s'il est malade ?<br>Des médicaments sans aller voir quelqu'un ? où les achetez-vous ?                                                                                                                                               |
| <b>Soins au CS</b>                 | Est-ce qu'il y a certaines maladies en particulier où on va plus au CS ? Pourquoi ?<br>Comment ça se passe là-bas ? Qui amène l'enfant là-bas ? quel est votre rôle ?<br>Comment est-ce que les gens sont reçus ? Certaines personnes sont mal reçues ? (qui ?)<br>Qu'est-ce qu'on reçoit comme services là-bas ?<br>Que pensez-vous des traitements là-bas ?<br>Est-ce qu'on vous explique ce que votre enfant a ?<br>Est-ce qu'il faut payer ? abordable ?<br>Etes-vous satisfaits du résultat ?<br>Est-ce que ça répond à vos attentes ? Est-ce que quelque chose vous surprend là-bas ?<br>Qui va là-bas ? Que pense-t-on des personnes qui vont là bas ?<br>Est-ce que certaines personnes n'y vont pas ? Pourquoi ?<br>Qu'est-ce qui pourrait empêcher vous ou votre femme d'y aller ?<br>Aimeriez-vous que quelque chose soit différent ? Qu'est-ce qui pourrait encourager plus de personnes à y aller ? |
| <b>Autres soins formels</b>        | Est-ce que les gens vont aussi voir l'APE ? La matrone ? Quelqu'un d'autre ?<br>Que pensez-vous des services là-bas ?<br>Dans quels cas iriez-vous là-bas ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Qualité de soins</b>            | Quels types de soins préférez-vous ? Pourquoi ?<br>Pour vous, qu'est-ce qui constitue des soins de qualité ? un bon accueil ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     | Est-ce qu'il y a déjà eu des morts après avoir consulté ? Ils étaient allés où ? Que pensez-vous de ça ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>grossesse</b>    | <p>Quand une femme est enceinte, est-ce qu'il y a des choses qu'elles doivent faire ou ne pas faire ? Que signifie ce moment pour vous ?</p> <p>Quel est votre rôle ? Est-ce que d'autres personnes sont impliquées ? Vos mères ? quel est leur rôle ? Qui donne des conseils aux femmes enceintes ?</p> <p>Est-ce qu'elle vont voir quelqu'un ? aller au CS ? Chez le curandero ?</p> <p>Pourquoi elle va là-bas ? Comment ça se passe ? A quoi ça sert ?</p> <p>Accompagnez-vous votre femme ? Est-ce que vous aussi vous devez consulter pendant sa grossesse ? Pourquoi ? Pour faire quoi ?</p> <p>Est-ce qu'on lui donne des médicaments ? (palu)</p> <p>Est-ce qu'on lui fait faire des tests ? (VIH) Que pensez-vous de ces tests ? Est-ce que les hommes le font aussi ? Pourquoi le fait-on ?</p> |
| <b>accouchement</b> | <p>Où les femmes accouchent-elles ? Qui les aide à accoucher ? Comment ça se passe ?</p> <p>Pourquoi certaines femmes accouchent à la maison ? au CS ?</p> <p>Dans votre famille, comment vous décidez où votre femme accouche ? Pourquoi ce choix ?</p> <p>Est-ce vous ou votre femme qui décide ?</p> <p>Quel est votre rôle pendant l'accouchement ? Est-ce que votre mère l'aide aussi ? Est-ce qu'elle donne des conseils ? est-ce que votre femme les écoute ?</p> <p>Est-ce que parfois les femmes doivent aller au CS ? à l'hôpital ? Dans quels cas ? Comment ça se passe là-bas ? Si un soignant vous dit qu'il faut y aller, est-ce que vous y emmeneriez votre femme ?</p>                                                                                                                     |
| <b>Post natal</b>   | <p>Après l'accouchement, comment ça se passe ?</p> <p>Est-ce qu'il y a des choses qu'une femme doit faire ou ne pas faire ?</p> <p>Doit-elle se reposer ? combien de temps ?</p> <p>Est-ce qu'il y a des choses à faire pour le bébé ?</p> <p>Est-ce qu'on doit faire des rituels ?</p> <p>Est-ce que la femme ou le bébé a besoin de soins ? quels types de soins ?</p> <p>Est-ce que d'autres femmes l'aident ? De quelle manière ? (belle-mère, autres femmes en cas de polygamie) Et vous, quel est votre rôle ?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>PF</b>           | <p>Combien d'enfants avez-vous ?</p> <p>Voulez-vous en avoir plus ? Est-ce bien d'avoir beaucoup d'enfants ?</p> <p>Est-ce bien de limiter le nombre d'enfants ?</p> <p>Comment peut-on limiter le nombre d'enfants ?</p> <p>Que pensez-vous du planning familial ? Qu'est-ce que les gens disent sur le planning familial ? (effets secondaires)</p> <p>Pensez-vous avoir suffisamment d'informations ? Quelles informations aimeriez-vous avoir ?</p> <p>Que pensez-vous des femmes qui pratiquent le planning familial ? Qu'est-ce qu'on dit sur elles ?</p> <p>Que pensez-vous de leurs maris ?</p> <p>Qui décide si on pratique le planning familial ? Est-ce la femme ou le mari ? Pourquoi ?</p>                                                                                                    |

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Décisions</b>   | <p>Qui décide si on va voir quelqu'un ? et où aller ?</p> <p>Est-ce que votre femme y va parfois seule ? Sans vous demander ?</p> <p>Est-ce acceptable qu'une femme y aille seule ? Si l'enfant est malade ? si c'est pour elle ? Si elle est enceinte ? est-ce facile ? est-ce loin ?</p> <p>Si un enfant est malade quand vous n'êtes pas à la maison, est-ce que votre femme peut l'emmener ? chez le curandero ? Au CS ?</p> <p>Si c'est pour sa propre santé ?</p> <p>Comment réagissez-vous si elle y va seule ?</p> <p>Comment est-ce qu'elle se déplace là-bas ? Est-ce loin ? Est-ce OK qu'elle y aille seule ?</p> <p>Est-ce qu'elle a de l'argent pour payer ? D'où vient cet argent ? Est-ce qu'il y a toujours de l'argent disponible pour en cas de nécessité ? Est-ce que votre femme peut l'utiliser ? Doit-elle vous dire ? avant / après ?</p> |
| <b>Information</b> | <p>Comment vous-vous informez sur la santé ?</p> <p>Qui donne des conseils ?</p> <p>Aimeriez-vous avoir plus d'informations ? Sur quoi en particulier ?</p> <p>Comment aimeriez-vous être informés ? Par qui ? A qui faites-vous confiance pour votre santé ?</p> <p>Avez-vous déjà assisté à des palabras avec Inter Aide ? que pensez-vous de cette activité ?</p> <p>Est-ce que ce format convient ? (palabras) A quel moment de la journée / semaine vous êtes plus disponibles ? Qu'est-ce qui donnerait envie à plus d'hommes de participer ?</p> <p>Est-ce qu'il y a des sujets en particulier qui vous intéressent ?</p>                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>clôture</b>     | <p>Est-ce vous avez des souhaits concernant la santé ? les services disponibles ? le projet ?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

## Annexe 3 - Fiche activité APP

### Analyse de la pratique professionnelle

---

#### **Objectif de l'exercice : Partage de bonnes pratiques face à un défi / une barrière**

L'objectif de cet exercice est un partage des pratiques utilisées par chaque participant avec succès pour atteindre l'objectif et contourner le défi. L'objectif n'est pas de partager ce qui devrait se faire, mais ce qu'on fait réellement et qui fonctionne. L'idée n'est pas de choisir une technique ou stratégie mais bien d'explorer les différentes options.

#### **Déroulement : exercice à mener en petit groupes**

Soit tous les groupes peuvent analyser la pratique professionnelle face au même défi (dans ce cas l'étape 1 peut être menée en plénière), soit chaque groupe analyse un défi différent. Dans les deux cas on peut prévoir un temps de restitution et de synthèse entre les groupes en fin de séance.

#### **Étape 1 – Décrire le défi**

En brainstorming :

- *Quel est le défi identifié ?*
- *Quel est l'enjeu ?*

#### **Étape 2 – Identifier un success story**

Chaque participant réfléchit à un success story spécifique et parlant et identifie ce qui a permis que leur approche réussisse.

#### **Étape 3 – Partage des success stories**

A tour de rôle chaque participant présente son cas et explique comment il a réussi à contourner le défi. Les autres participants peuvent poser des questions pour bien comprendre ce qui a permis de réussir. La clé de la démarche est que les autres participants puissent réutiliser la pratique partagée, il faut donc aller dans le détail de ce qui a été dit (quels mots exactement), à qui, à quel moment, sur quel ton, en donnant quels exemples...

#### **Étape 4 – Synthèse**

Chaque groupe fait une synthèse des différentes stratégies qui fonctionnent face au défi identifié :

- Lister les techniques qui ont marché
- Lister les points d'attention : à quoi doit-on être vigilant ?

#### **Étape 5 – restitution en plénière**

## Annexe 4 - Présentation de restitution finale

 **inter aide**  
Lancement et suivi de programmes concrets de développement

---

# Restitution finale

— Etude de contexte Mozambique —  
29 janvier 2026

---

**Ethno Logik**  
L'anthropologie au service de l'action

Chiarella Mattern - [chiarella.mattern@gmail.com](mailto:chiarella.mattern@gmail.com)  
Amber Cripps - [ambercripps@gmail.com](mailto:ambercripps@gmail.com)

## Rappel des objectifs de l'étude

Etude socio-anthropologique  
et genre sur l'accès aux soins  
de santé dans la province de  
Nampula, Mozambique



## Activités menées



## Déroulement

### Phase de cadrage

- 6 entretiens collectifs avec les équipes avec une analyse préliminaire des barrières d'accès aux soins sociaux et liées au genre

### Phase terrain

- Initiation des 2 équipes au concept de genre en santé
- Initiation des points focaux à la méthodologie qualitative
- Recueil de données sur le terrain (2 trinômes intégrant les points focaux)
- Analyse initiale des données
- Retour méthodologique
- Restitution à chaud groupé + début d'analyse genre/social du projet

### Phase d'analyse et de restitution

- Rédaction du rapport
- Restitution finale

## Activités menées - 103 personnes

71 femmes & 32 hommes

### Monapo

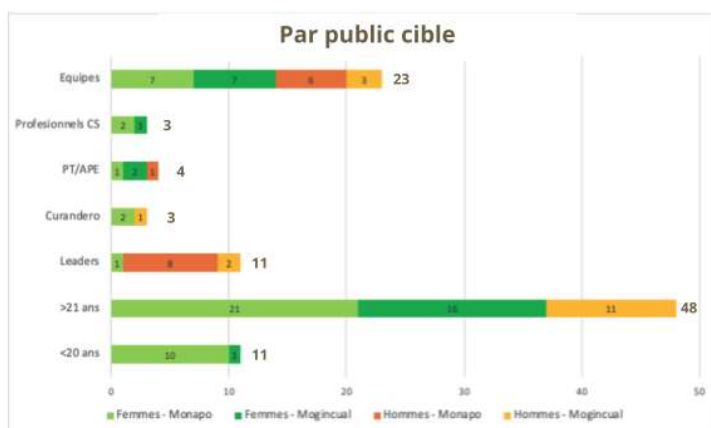
- Atelier équipe - 13 personnes
- Briefing/débriefing enquête qualitative
- 4 Focus groups :
  - leaders - 8 hommes, 1 femme
  - jeunes filles - 8
  - femmes - 8
  - femmes - 8
- 10 Entretiens - 14 pers :
  - 5 femmes : 2 PvVIH, 15 ans, accouché maison, accouché CS
  - 2 femmes - fille et mère (collectif)
  - 1 homme
  - 2 curanderas dont 1 PT
  - 2 - 1 PT, 1 APE (collectif)
  - 2 infirmières - Chef CS, SMI (collectif)
- 2 Observations :
  - consultations pédiatriques et VIH

### Mogincual

- Atelier équipe - 10 personnes
- Briefing/débriefing enquête qualitative
- 4 Focus groups :
  - femmes - 7
  - femmes - 7
  - hommes - 9
  - hommes - 3
- 10 Entretiens - 14 pers :
  - 3 femmes : PvVIH, PF, adolescente mère
  - 1 homme
  - 1 curandero
  - 2 PT (collectif)
  - 1 Infirmière SMI état
  - 2 responsables (collectif)
  - 2 superviseurs (collectif)
  - 2 facilitateurs (collectif)
- 4 Observations :
  - consultations pédiatriques/générales
  - 2 V&D avec PT
  - 1 palestras

Atelier de restitution à chaud groupé auprès des 2 équipes

## Personnes rencontrées - 103 au total



71 femmes & 32 hommes



### Echantillonnage :

Choix d'identifier des profils spécifiques de femmes pour explorer leur vécu et identifier les barrières spécifiques + stratégies de contournement  
Exemples : VIH, accès difficile au PF, multipares, primipares précoces

## Limites de l'étude

- **Temps d'observation restreint** des activités d'appui aux services de santé
- **Exploration limitée** du contexte communautaire
- **Biais de sélection**

⇒ les résultats sont à contextualiser au regard du "temps de l'enquête"

### Echantillonnage :

Choix d'identifier des profils spécifiques de femmes pour explorer leur vécu et identifier les barrières spécifiques + stratégies de contournement

Exemples : VIH, accès difficile au PF, multipares, primipares précoces



## Conclusion 1



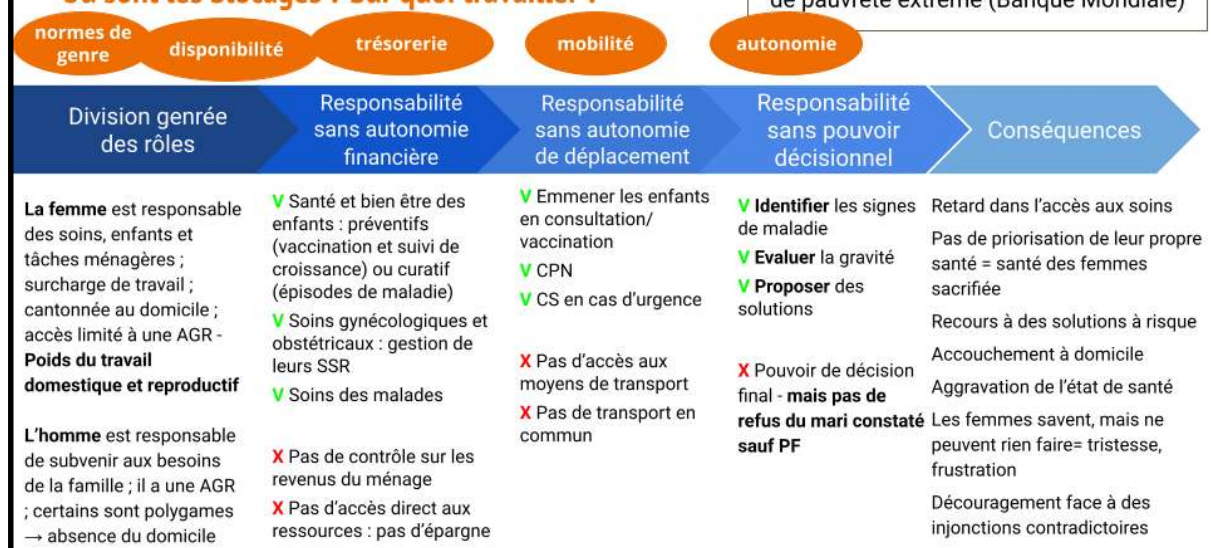
L'accès aux soins de santé maternelle et infantile reste contraint par la dépendance des femmes en termes de moyens financiers et des possibilités de déplacement

## Les femmes ont la responsabilité des soins sans avoir la capacité d'agir

### Le paradoxe d'une "impuissance organisée"

#### Où sont les blocages ? Sur quoi travailler ?

80 % des individus qui vivent sous le seuil de pauvreté extrême (Banque Mondiale)



## Recommandation : Transformer la responsabilité unilatérale en pouvoir partagé

### Autonomisation des femmes pour briser la dépendance économique :

- Prévoir des formations/conseils en gestion de trésorerie et mini-épargne
- Encourager la mise en place d'un fond d'urgence communautaire // réseau de soutien déjà en place / microcrédit en santé
- Communication massive sur la gratuité des soins - lutte contre les paiements informels

### Facilitation de la mobilité des femmes :

- Continuer et étendre le service de références lorsque possible
- Services de proximité renforcés : Continuer de soutenir les stratégies avancées des US, continuer l'appui de IA aux PT et APS

### Redistribution des rôles et du pouvoir décisionnel : "la santé est une affaire de femmes (voir CCL 4)"

- Promouvoir, à travers les messages de sensibilisation, un rôle des hommes favorable à l'autonomie des femmes dans les décisions de recours aux soins
- Promouvoir la co-responsabilité en santé pour assurer une plus grande implication des hommes : Sensibilisations communautaires mixtes sur la prise de décision partagée
- Renforcer l'accès des femmes à la parole et aux décisions liées à la santé au niveau communautaire
- Maintenir et systématiser les protocoles d'urgence ne nécessitant PAS d'autorisation maritale

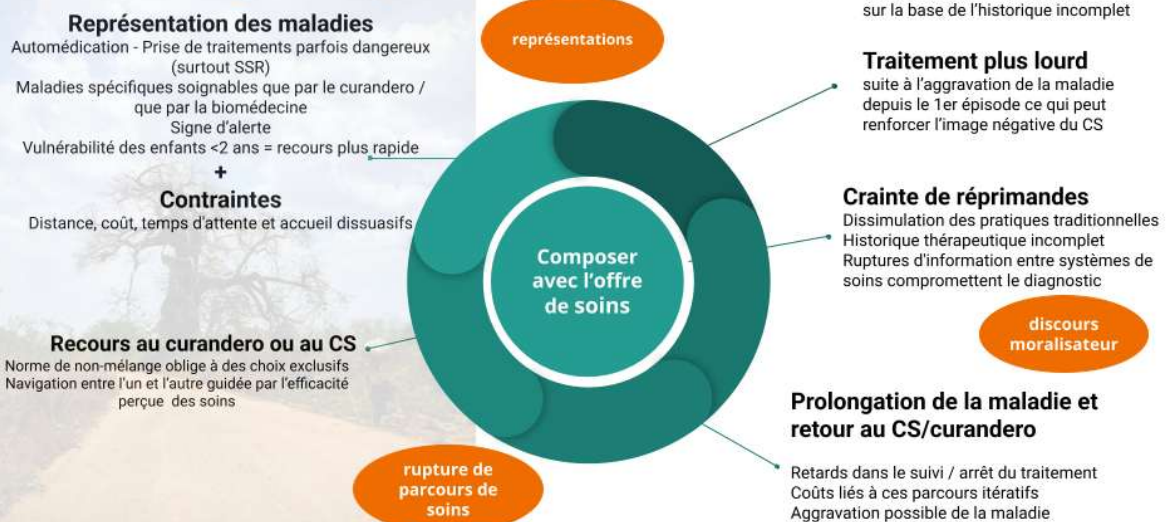
## Conclusion 2

Les parcours de soins sont marqués  
par un pluralisme thérapeutique :  
entre recours biomédical et  
traditionnel



### Logiques stratégiques et adaptatives des ménages

#### Où sont les blocages ? Sur quoi travailler ?



## Recommandations pour éviter la rupture thérapeutique

↳ Mécanisme médical, arrangement social, logistique et relationnel

Les parcours de soins ne sont pas laissés au hasard

### Renforcer le suivi et étendre le dispositif de référence prioritaire

- Transport vers le centre de santé / hôpital : composante clé
- ↳ Systématiser le suivi de certains cas (enfants fébriles, retour cas référés, grossesses précoces, complications post-partum)
- Étendre ce système SSR 1) aux cas pédiatriques non sévères mais vulnérables (enfants <2 ans) 2) à tout individu en situation à risque
- Cibler les situations plutôt que les identités => éviter la stigmatisation (mères célibataires plutôt que femmes vivant avec le VIH, antécédents de ruptures de soins, isolement social, etc.)

### Représentation des maladies → renforcer la communication non-moralisatrice

- ↳ Développer des messages non moralisateurs sur les signes nécessitant une consultation biomédicale
- Renforcer la communication sur l'origine des maladies (consultations, palestras)

### Recours répandu au curandero → renforcer la collaboration

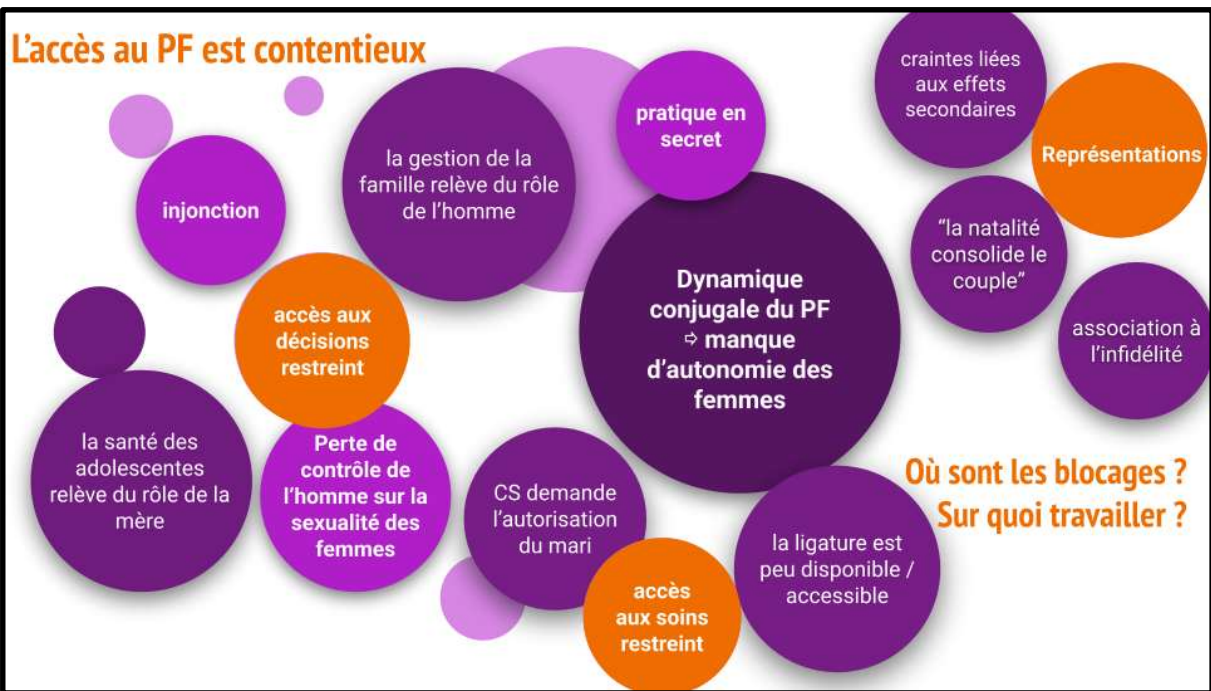
- ↳ Systématiser la participation aux comités de gestion des curanderos engagés
- Consolider le rôle de référent avec des outils simples de référence précoce

## Conclusion 3

L'accès au planning familial est restreint par les normes genrées, des représentations et des exigences normatives



## L'accès au PF est contentieux



## Recommandations pour une meilleure prise en compte des demandes des femmes

### Représentations

- Conduire une réflexion avec différents acteurs (population, leaders, soignants etc) sur les "messages leviers" à promouvoir et les messages "à déconstruire" pour renverser les différentes représentations néfastes au PF
- Attention, l'idée "C'est mon corps, je décide" peut convaincre des femmes mais faire peur aux hommes voire entraîner un revirement de situation

### Accès aux décisions

- Adapter les exigences normatives et renforcer les capacités des soignants à assouplir les protocoles de PEC qui entraveraient l'autonomie de la femme
- Développer des messages auprès des décisionnaires (mari / mère) pour encourager l'écoute de la femme / l'adolescente
- Adolescentes : assurer un temps d'échange dédié sans présence parentale

### Accès aux soins

- Renforcer l'information et l'accès des femmes aux méthodes contraceptives permanentes et à l'IVG
- Elargir les actions qui ciblent les adolescent.e.s (approche individualisée, palestras, suivi primipares)

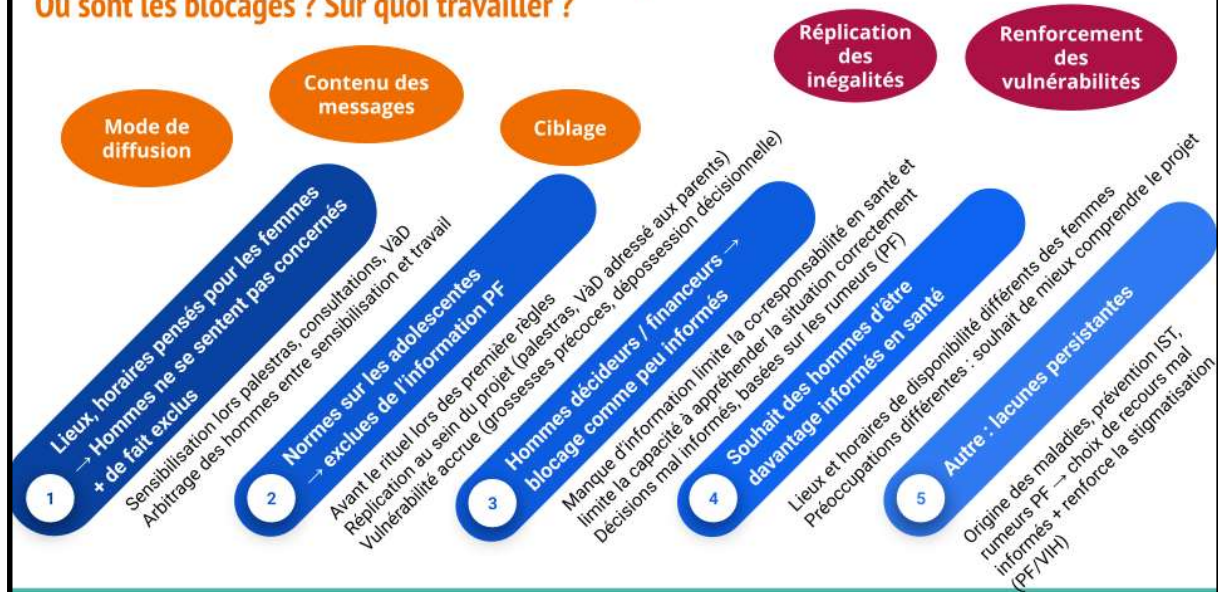
## Conclusion 4



L'accès à l'information en santé est limitée et centré sur les femmes au détriment d'autres publics

### L'accès à l'information est pensée pour les femmes

Où sont les blocages ? Sur quoi travailler ?



## Recommandations : une communication segmentée qui évite la réplication des inégalités

**De manière générale :** poursuivre la coordination entre acteurs pour assurer l'harmonisation des messages

### Mode de diffusion

- Assurer que l'espace d'information est également un espace de discussion (en V&D et consultation aussi)
  - Explorer les contraintes et les stratégies de contournement
- Prendre en compte les créneaux de disponibilité selon le genre et l'âge
  - Hommes : marché / mosquée, le vendredi après 14h
- Intégrer des activités incitatives selon le genre et l'âge mais sans discrimination (tournoi de foot ?)

### Contenu des messages

- Prendre en compte les préoccupations genrées :
  - répondre au rôle communautaire des hommes en santé : expliquer le projet davantage
- Intégrer des messages visant l'équité de genre : co-responsabilité, autonomie féminine, fond d'urgence...
- Clarifier l'origine des maladies et le besoin de consulter en biomédecine
- Démystifier le PF et les IST pour réduire la stigmatisation et les risques liés aux avortements hors CS

### Ciblage

- Cibler les décisionnaires (mari, mère) + les personnes directement concernées (femmes, adolescentes)
- Éviter de répliquer les inégalités : sensibiliser les adolescentes pré-pubères (vu les relations très précoces)

## Conclusion 5



Freins persistants liés à  
l'environnement des soins

## Leviers et bonnes pratiques portés par Inter Aide

### Appui multi-niveaux pour l'accès aux soins mères-enfants

#### Outils et suivi

Outils de référencement vers le CS

Suivi personnalisé du parcours :  
identification,  
accompagnement,  
références

#### Acteurs locaux

Formations APS, PT

Appui technique et  
supervision en continu

reconnaissance et  
valorisation de leur rôles

Coordination et synergie  
entre les acteurs

#### Ressources humaines

Accompagnement  
pour améliorer la  
qualité des soins et  
de l'accueil

Personnel en renfort  
au CS (période de  
pointe, absences,  
surcharge, soutien)

#### Infrastructures et environnement

Salles dédiées :  
Efforts faits pour  
garantir la  
confidentialité et  
l'intimité

Circuit du médicament  
et approvisionnement

Environnement propice

**Impact sur l'accès aux soins :** continuité des soins accrue, orientation efficace, souci de la confidentialité, prise en charge "personnalisée" des cas les plus vulnérables, accessibilité mère/enfants accrue

## La qualité de l'accueil reste un défi

#### Manque d'intimité et de confidentialité

Salle ouverte  
Echanges audibles  
Circulation d'informations sensibles

#### Pratiques communicationnelles

Unilatérale  
Moralisatrice/Remontrances  
Triumphaliste  
"Comment ça doit être"  
>< "Comment c'est"

#### Impact sur les femmes et les enfants

→ accouchement à domicile  
→ refus soins post partum  
→ perte de confiance

#### Multipares/femmes "âgées"

→ stigmatisation

#### Utilisatrices curandero

→ silence "forcé"  
→ risque d'interactions  
médicamenteuses

⇒ Perte de confiance dans le système

Evitement des services  
Risques sanitaires mère/enfant

#### Facteur structurel sous jacent

Effectifs théoriquement complets mais surcharge de travail ressentie + turnover  
+ salaires bas + conditions de travail difficiles + manque de reconnaissance  
= frustration et qualité relationnelle affectée

## Recommandations liées à l'humanisation des soins - points clés

### Qualité de l'accueil et de la relation - continuer de renforcer l'action



- promouvoir une attitude bienveillante et non jugeante envers les femmes et les accompagnants
- renforcer les compétences en communication (écoute active, reformulation, langage simple)
- accorder du temps à l'explication des gestes, examens et décisions médicales
- évaluer régulièrement la qualité de l'accueil (observation, discussion avec les soignés)

### Respect de la confidentialité



- renforcer la confidentialité dans l'organisation des services : paravents, réorganisation des espaces, gestion stricte de l'information VIH, ARV emballés dans des sachets non visibles
- bannir les propos culpabilisants, moralisateurs ou humiliants, notamment envers les jeunes mères, les femmes arrivées en retard, les multipares - favoriser à la place une discussion autour des contraintes

### Sensibilité aux situations réellement vécues par les femmes

- encourager une posture de dialogue plutôt que de disqualification des pratiques familiales ou traditionnelles
- réduire les discours normatifs qui créent de la distance et de la méfiance



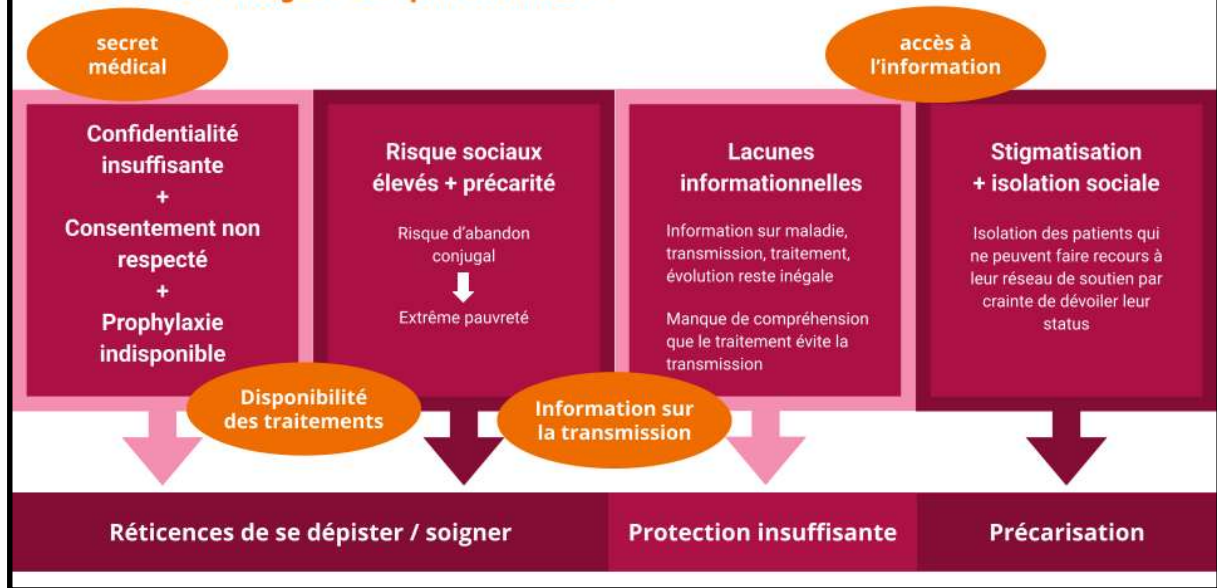
### Maintenir l'appui aux services de santé des équipes d'Inter Aide

## Conclusion 6

**Les dynamiques autour du VIH constituent une barrière spécifique et particulièrement sensible**

## Le VIH, un défi particulièrement sensible

### Où sont les blocages ? Sur quoi travailler ?



## VIH - recommandations

### Continuer de renforcer la confidentialité

- Soins : dépistage VIH séparé et confidentiel, consentement strict avant toute communication au conjoint
- Polygamie : réflexion sur la confidentialité vs. consentement, confidentialité vs. dépistage/traitement des partenaires
- Exposition visuelle : réaménager le circuit patients / les salles ; réception des médicaments
- Former les soignants : gestion éthique des informations sensibles et risques sociaux du VIH (notamment lors CPN1)

### Rendre disponible la prophylaxie

- Prophylaxie pour conjoint négatif pour tenter de réduire le désir de séparation
- Attention à ne pas divulguer le statut de la personne positive sauf demande expresse

### Renforcer l'accès à l'information

- Sensibiliser au dépistage volontaire et aux bénéfices d'un traitement précoce
- Informer sur non-transmission de la maladie chez les personnes prenant un traitement
- Réflexion sur les messages permettant de réduire la stigmatisation

## Recommandations transversales

*Comment prendre en compte les enjeux sociaux et de genre dans l'accès à la SMI ?*



## Recommandations pour l'intégration des enjeux de genre / sociaux

### 1 - Analyse genre et social

- Désagréger les indicateurs projet par genre (et si possible par tranche d'âge/état de grossesse)
  - ◆ Analyse des inégalités et des raisons menant à ces inégalités
- Exercice d'analyse des besoins et contraintes différenciées selon les profils
  - ◆ Identifier les profils : femmes enceintes, mères célibataires, adolescentes, hommes, adolescents etc
  - ◆ Identifier les besoins différenciés selon les profils
  - ◆ Identifier les contraintes et les barrières d'accès aux soins selon les profils

### 2 - Valorisation des bonnes pratiques

- Analyse de la pratique professionnelle (APP) intra- et inter-équipes :
  - a. En petits groupes, choisir une contrainte / barrière d'accès aux soins ou un défi (ex: implication des hommes)
  - b. Chacun partage un success story et la stratégie qui a fonctionné face à ce défi
  - c. Documenter et partager ces bonnes pratiques / les intégrer aux solutions (ci-dessous)

### 3 - Ajuster le projet en fonction

- Formulation de "solutions" différenciées selon les profils pour contourner voire réduire les barrières
- Intégrer ces "solutions" au plan d'action / cadre logique du projet

| Profils<br>(en particulier les<br>profils vulnérables) | femmes<br>multipares                                                                                                                                        | femmes<br>enceintes                                                 | adolescentes<br>primipares          | adolescentes<br>pré-pubères                                               | mères<br>célibataires                                           | hommes                                                                                  | adolescents |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Besoins<br/>spécifiques /<br/>demandes</b>          | accès à l'arrêt<br>définitif des<br>grossesses<br>accès au PF                                                                                               | suivi de<br>grossesse<br>accouchement                               | adhésion au<br>PF                   | informations<br>sur la SSR et<br>le PF au vu<br>des relations<br>précoces |                                                                 | demande<br>d'informations<br>sur le<br>fonctionnemen<br>t du projet                     |             |
| <b>Contraintes /<br/>barrières<br/>spécifiques</b>     | ligature peu<br>disponible,<br>chère et<br>nécessite<br>l'accord du mari                                                                                    | éloignement,<br>test VIH devant le<br>conjoint (risques<br>sociaux) | mère décide<br>en matière de<br>SSR | accès à<br>l'information<br>restreint par<br>les normes<br>sociales       | accès plus<br>difficile aux<br>finances et<br>donc aux<br>soins | accès difficile<br>à l'information<br>disponibilité<br>limitée<br>peu présents<br>au CS |             |
| <b>Opportunités /<br/>stratégies des<br/>femmes</b>    | campagnes de<br>ligature des<br>trompes<br>femmes<br>pratiquent PF en<br>secret                                                                             | accueil chez la<br>famille                                          |                                     | certaines<br>professeuses de<br>biologie<br>enseignent la<br>SSR          |                                                                 | disponibles le<br>vendredi<br>après-midi                                                |             |
| <b>Propositions</b>                                    | à remplir sur la base du rapport, de votre expérience, des actions déjà en place de façon informelle et de l'exercice de partage des bonnes pratiques (APP) |                                                                     |                                     |                                                                           |                                                                 |                                                                                         |             |

# Merci ! Obrigada !

