FISTULA CARE

Evaluation des interventions de prévention au niveau communautaire des fistules obstétricales en Guinée

Janvier 2013

EngenderHealth, 440 Ninth Avenue, New York, NY 10001, USA
Téléphone: 212-561-8000, Fax: 212-561-8067, Email: fistulacare@engenderhealth.org

© 2013. EngenderHealth/Fistula Care. Tous droits réservés.

Fistula Care
c/o EngenderHealth
440 Ninth Avenue
New York, NY 10001 U.S.A.
Téléphone: 212-561-8000
Fax: 212-561-8067
E-mail: info@fistulacare.org
www.fistulacare.org

La présente publication a été rendue possible grâce au généreux soutien de la population américaine à travers le Bureau de la santé maternelle et infantile de l'Agence américaine pour le développement international (USAID), aux termes de l'accord de coopération associé GHS-A-00-07-00021-00. Le contenu du présent document représente les points de vue du projet Fistula Care mais ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du gouvernement américain.

Citation suggérée : Fistula Care. 2013. *Evaluation des interventions sur la prévention de la fistule en Guinée au niveau communautaire.* New York.

Imprimé aux Etats-Unis d'Amérique sur du papier recyclé.

TABLE DES MATIÈRES

I. Introduction 1

II. But de l'étude et hypothèse 4

A. Plan d'étude et méthodologie 4

B. Plan d'échantillonnage et estimation 6

C. Collecte des données 7

D. Evaluation des principaux prédicteurs et des variables de résultats 8

E. Analyse des données 10

III. Résultats 11

A. Caractéristiques d'échantillon 11

B. Capacités et ressources communautaires liées à la santé maternelle 13

C. Exposition des femmes aux personnes-ressources chargées de la gestion de la santé maternelle au niveau communautaire 16

D. Connaissance des femmes sur la santé maternelle et la fistule obstétricale 17

E. Attitudes par rapport à la santé maternelle et à la recherche de soins de maternité 21

F. Exposition aux interventions aux niveaux de la communauaté et de la structure pour la promoton de la santé maternelle 22

G. Résultats d'intérêt : connaissance, préparation à l'accouchement et recherche de soins 26

H. Déterminants des connaissances sur la santé maternelle 27

I. Déterminants de la préparation à l'accouchement 31

J. Déterminants de l'accouchement au niveau de la structure 33

IV. Discussion 37

V. Conclusions et Recommandations 40

Références

Remerciements

La présente étude a été conceptualisée et élaborée par Ellen Brazier et Renée Fiorentino, avec les conseils et la contribution de collègues à EngenderHealth Moustapha Diallo, Dr. Yaya Kassé, Dr. Sita Millimono, Evelyn Landry et Karen Beattie. EngenderHealth voudrait remercier le Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé pour la révision du protocole et des documents de l'étude, ainsi que Mamadou Cherif Bah et Fatoumata Danfaca de l'Institut national de la Statistique du Ministère du Plan et de la Promotion du Secteur Privé de la Guinée (INS), pour leur remarquable assistance dans la sélection des villages de comparaison non contigus pour cette étude, ainsi que la mise à disposition du listage mis à jour des maisons pour les secteurs de dénombrement sélectionnés pour EngenderHealth.

La collecte, l'entrée et le nettoyage des données ont été gérés par le partenaire local d'EngenderHealth StatView International. EngenderHealth voudrait particulièrement manifester sa gratitude auprès des collègues de StatView : Aliou Barry, Dabola Diallo, Lassana Massandouno, Mamadou Saliou Diallo et Ibrahima Bah, pour leurs efforts inlassables dans la collecte, l'entrée et le nettoyage des données. Il voudrait également se montrer reconnaissant envers Mamadou Saidou Barry pour son inestimable soutien dans la résolution des problèmes liés à la gestion des données.

L'analyse des données a été effectuée par Ellen Brazier et Renée Fiorentino, avec les conseils et suggestions de Veronica Frajzyngier. Le rapport d'étude a été établi par Ellen Brazier, avec les contributions de Renée Fiorentino, Mamadou Saidou Barry, Dr. Yaya Kassé, Dr. Sita Millimono, Moustapha Diallo, Karen Beattie, Evelyn Landry, Carrie Ngongo, Pam Harper et Vera Frajzyngier. Le rapport a été révisé par Michael Klitsch.

Sommaire

C'est en fin 2007 que le projet Fistula Care d'EngenderHealth en Guinée – en collaboration avec les agents locaux dans la commune urbaine de la région de Kissidougou – a commencé à soutenir les efforts communautaires pour la prévention de la fistule et l'amélioration de la santé maternelle. Des Comités Villageois de Protection de la Mère et de l'Enfant (CVPME) ont été établis dans 10 villages et des membres ont été formés pour promouvoir la recherche de soins de santé maternelle à travers des campagnes de sensibilisation au niveau communautaire et à travers des visites de suivi de la grossesse au niveau des ménages. Entre 2007 et 2009, d'autres CVPME ont été établis dans d'autres villages à Kissidougou, ainsi que ceux sélectionnés dans la commune urbaine de la région de Labé.

En 2011, Fistula Care a entrepris une évaluation en profondeur des efforts de prévention des fistules obstétricales au niveau communautaire. Cette évaluation avait pour but d'étudier (1) si oui ou non l'établissement et le soutien des VSMC dans les zones d'intervention avaient mené à des résultats mesurables en termes de renforcement des capacités communautaires et d'établissement de systèmes de soutien pour la santé maternelle, aussi bien que (2) si oui ou non ces systèmes de soutien communautaire améliorés ont été associés aux résultats souhaités au niveau de la population, tels que la connaissance des risques obstétricaux, la préparation à l'accouchement et l'utilisation des services de santé maternelle.

L'évaluation a utilisé un plan quasi-expérimental de post-intervention avec des villages d'intervention et de comparaison intentionnellement échantillonnés dans chaque région. Les villages d'intervention ont été sélectionnés sur la base de leur durée d'exposition à l'intervention, tandis que les villages de comparaison ont été sélectionnés par l'Institut national des statistiques sur la base de leur utilisation des services de santé maternelle ; beaucoup d'efforts ont été fournis pour exclure les communautés exposées aux activités entreprises par les CVPME.

Des interviews en profondeur (N=88) ont été faites avec les dirigeants et les personnes-ressources au niveau communautaire — i.e., les membres des CVPME (le cas échéant) et les membres du Comité local de la santé et de l'hygiène dans les communautés de non intervention. En outre, une enquête-ménage au niveau de la population a été effectuée auprès des femmes en âge de procréation (N=2,335) et de leurs époux avec qui elles cohabitent (N=1,431) dans les zones d'intervention et de comparaison.

Des indices ont été créés à partir des données sur les femmes pour évaluer les facteurs contextuels, ainsi que l'exposition à l'intervention pour faciliter l'étude des effets de ces prédicteurs sur les résultats d'intérêt. Ces variables composites comprenaient un indice évaluant l'existence de systèmes de soutien communautaire pour la santé maternelle dans chaque village (par ex., les personnes-ressources au niveau communautaire menant des activités de suivi de la grossesse et de sensibilisation pour promouvoir la santé maternelle), ainsi que des indices évaluant l'exposition individuelle des femmes aux interventions de promotion de la santé maternelle au niveau communautaire et durant les consultations prénatales au niveau de la structure. Des indices ont été également créés pour évaluer trois résultats intermédiaires au niveau de la population : la connaissance sur les risques obstétricaux, la préparation à l'accouchement et le niveau de préparation dans les ménages pour l'accouchement.

L'on a utilisé des fréquences descriptives pour toutes les variables d'intérêt, et l'on s'est servi de tests-t et de chi carré pour échantillons indépendants pour déterminer si oui ou non il y avait une grande différence entre les villages d'intervention et de comparaison dans chaque région, ainsi que pour comparer les accouchements avant et après intervention. Des analyses bivariées ont été effectuées pour étudier l'association des indices d'exposition contextuels et d'intervention avec les résultats d'intérêt. En suite, des analyses de régression multivariée ont été faites pour examiner si

oui ou non les effets des facteurs contextuels et ceux de l'exposition à l'intervention ont persisté après le contrôle des autres déterminants connus.

L'étude a montré des différences mesurables qui existent entre les villages d'intervention et de comparaison en termes de capacité communautaire, notamment la connaissance et les activités des comités au niveau communautaire et des personnes-ressources impliquées dans la promotion de la santé maternelle. En outre, de grandes différences ont été notées au niveau de la population en termes d'exposition des femmes aux efforts de promotion de la santé maternelle au niveau communautaire et leur connaissance sur la santé maternelle et la fistule obstétricale. L'on a également constaté des différences significatives entre les villages d'intervention et de comparaison dans le pourcentage des femmes vivant dans des villages ayant des systèmes de soutien communautaire pour la santé maternelle.

L'étude a identifié plusieurs déterminants importants relatifs à la recherche de soins pendant l'accouchement. Là où des systèmes de soutien communautaire pour la promotion de la santé maternelle existaient (i.e., où plus de 60% de femmes dans un village ont rapporté la présence de promoteurs et l'organisation d'activités de santé maternelle au niveau communautaire), ils avaient une grande influence positive sur la recherche de soins de maternité ; une fois que la richesse, le degré d'alphabétisation, l'âge, la parité et la distance pour aller à une structure sanitaire aient été contrôlés, il était deux fois plus probable que les femmes vivant dans un village ayant des systèmes de soutien communautaire solides pour la santé maternelle accouchent dans une structure par comparaison aux femmes vivant dans une communauté dépourvue de ces réseaux de soutien. Le fait de vivre dans une communauté comme celle-ci semblait avoir un effet beaucoup plus grand que le fait d'avoir un statut de riche dans le ménage, et ce phénomène était presque comparable à l'influence des niveaux d'alphabétisation des femmes et de la distance pour se rendre à une structure de santé : deux déterminants connus pour la recherche de soins de maternité.

L'importance de la préparation du ménage pour l'accouchement constitue un autre résultat saillant découlant de l'étude. Le fait de contrôler les variables d'exposition contextuelles et d'intervention, ainsi que les facteurs individuels et sociodémographiques connus tels que la richesse, l'âge, la parité, le degré d'alphabétisation et la distance pour se rendre à une structure sanitaire, montre qu'il était deux fois plus probable que les femmes ayant rapporté avoir fait au moins trois préparations à l'accouchement donnent naissance dans une structure sanitaire par rapport aux femmes qui ne l'ont pas fait. La préparation à l'accouchement était considérablement plus importante que la connaissance sur les risques obstétricaux, les signes de danger et les causes de la fistule, qui n'étaient pas associés à l'accouchement dans une structure.

L'exposition individuelle des femmes aux personnes-ressources chargées de la gestion de la santé maternelle au niveau communautaire était considérablement associée à la préparation du ménage à l'accouchement, de la même façon que l'était l'exposition au counseling sur la préparation à l'accouchement au cours des soins prénatals. Il était deux fois plus probable que les femmes avec de hauts niveaux d'exposition aux activités de promotion de la santé maternelle au niveau communautaire fassent trois séances de préparation pour l'accouchement ou plus, par comparaison aux femmes avec de faibles niveaux d'exposition. Il était cinq fois plus probable que les femmes ayant reçu une séance de counseling sur la préparation à l'accouchement au cours des visites de soins prénatals fassent au moins trois séances de préparation pour l'accouchement, par comparaison aux femmes ayant reçu un nombre limité de séances de counseling similaires. Vu l'effet important d'un haut niveau de préparation pour l'accouchement dans une structure, ce résultat met en évidence l'importance de l'attention accrue portée à la préparation à l'accouchement aussi bien dans les interventions au niveau communautaire qu'au niveau de la structure pour promouvoir la recherche de soins de maternité.

Sur la base des résultats de l'étude, les recommandations suivantes sont faites pour assurer l'efficacité des approches communautaires pour la prévention de la fistule et l'amélioration de la santé maternelle :

- Renforcer la capacité des agents au niveau communautaire qui sont bien placés pour être des sources d'information de confiance et capables de fournir leur aide sur les questions relatives à la santé maternelle et renforcer leur connaissance et compétence à travers des stages de perfectionnement réguliers et des formations axées sur des compétences.
- S'assurer que les zones de couverture territoriales réalistes sont assignées aux agents communautaires impliqués dans la promotion de la santé maternelle, afin qu'ils atteindre les femmes enceintes à travers des informations et des conseils pour protéger leur santé.
- Fournir un appui soutenu aux cadres du niveau communautaire pour continuer à améliorer leurs approches de sensibilisation et renforcer leurs compétences pour le contrôle de la santé maternelle au niveau de leurs communautés.
- Insister sur la préparation à l'accouchement dans les efforts de promotion de la santé au niveau communautaire.
- S'assurer que les initiatives de promotion de la santé maternelle sont coordonnées et renforcées par les interventions au niveau de la structure pour assurer la disponibilité et la qualité des services de santé maternelle, y compris un counseling efficace pendant les soins prénatales.

I. Introduction

A l'échelle mondiale, une assistance qualifiée pendant l'accouchement est reconnue comme étant une stratégie essentielle de réduction de la mortalité maternelle (AbouZahr & Wardlaw, 2001; Stanton et al., 2007), et le taux d'assistance qualifiée à l'accouchement constitue l'un des indicateurs primaires d'évaluation du progrès vers l'objectif 5 du Millénaire pour le développement, c'est-à-dire l'amélioration de la santé maternelle (United Nations, 2006). Le fait d'assurer une assistance qualifiée pendant l'accouchement est également largement reconnu comme étant une intervention clé pour la prévention de la fistule obstétricale, une forme de morbidité maternelle dévastatrice causée par le travail prolongé et dystocique (Miller et al., 2005). L'amélioration de l'accès à la planification familiale, aux soins prénatals et aux soins obstétricaux d'urgence constitue d'autres interventions essentielles pour la prévention de la fistule (Liskin, 1992; Wall, 2006).

Bien que des soins de maternité qualifiés soient largement reconnus comme étant l'une des stratégies les plus prometteuses pour réduire aussi bien la mortalité que la morbidité maternelle, toujours est-il que l'amélioration des taux d'assistance qualifiée dans les zones à faible ressource est difficile à cause de la constellation des systèmes sanitaires ainsi que des facteurs communautaires qui limitent la disponibilité, la qualité et l'utilisation des services. Comme Miller et al. (2003) l'ont indiqué dans leur article "Where is the 'E' in MCH?" (Où est le 'E' dans MCH?"), la preuve concernant la manière dont on peut s'assurer à cent pour cent que les femmes ont accès aux services sanitaires maternels essentiels, particulièrement pendant l'accouchement et la période postpartum, reste insuffisante.

Depuis 2005, EngenderHealth met en œuvre un ensemble d'interventions à multiples facettes visant à aborder la question de la fistule en Guinée à travers l'initiation de services de traitement durable et des interventions de prévention de la fistule aux niveaux de la structure sanitaire et de la communauté. Des activités de prévention de la fistule au niveau communautaire ont été initiées en fin 2007 en tant que partie intégrante du projet Fistula Care au moment où, en collaboration avec le Ministère de la santé et le Maire de la Commune urbaine de Kissidougou, le projet soutenait l'établissement et la formation de comités villageois de protection de la mère et de l'enfant (CVPME) dans 10 villages de la commune urbaine de Kissidougou. Composés chacun de six à sept membres issus de la communauté, aussi bien des hommes que des femmes – les CVPME recevaient une formation de base sur la communication interpersonnelle, l'importance des soins prénatals (ANC), les signes de danger au cours de la grossesse, la fistule obstétricale, l'espacement des naissances et la planification familiale, et les risques du mariage précoce. Les membres de la communauté étaient également formés dans la collecte des données et orientés vers une série d'outils pour l'enregistrement des informations sur les grossesses, les accouchements, la mortalité maternelle et néonatale au niveau de leur communauté. Sur la base des plans d'action développés pendant la formation, les CVPME ont commencé à recueillir des données sur la santé maternelle dans leurs communautés à travers des visites au niveau des foyers des femmes enceintes, et ils ont également commencé à organiser des discussions sur l'éducation sanitaire pour sensibiliser la population sur les risques liés à la santé maternelle et l'importance de la recherche de soins pendant la grossesse et l'accouchement. Tous les trois mois, les 10 comités se réunissaient à Kissidougou pour examiner les progrès et les activités et pour développer de nouveaux plans d'action trimestriels.

Sur la base de la réaction positive à propos des CVPME et sur la demande des autres villages dans la commune urbaine, 10 comités supplémentaires ont été établis et formés à Kissidougou entre 2008 et 2009. En outre, 10 CVPME ont été lancés dans la Commune urbaine de Labé où Fistula Care en Guinée offre son soutien dans un autre site de réparation de la fistule : l'Hôpital régional de Labé. Travaillant dans le bénévolat, les comités sont restés actifs en faisant des suivis de grossesses et en organisant des sessions de sensibilisation dans leurs propres communautés ainsi que dans les villages environnants. Dans toutes les deux régions, les efforts de sensibilisation des CVPME au

niveau communautaire ont été complétés par des émissions de radio à travers des stations radio communautaires diffusant des témoignages faites par des femmes souffrant de fistule obstétricale et qui ont été traitées, ainsi que d'autres informations sur la santé telles que la santé maternelle et la santé de la reproduction.

Le schéma 1 présente le modèle logique décrivant le processus à travers lequel l'on s'attend à ce que l'établissement et le soutien aux comités au niveau communautaire contribuent à l'amélioration des résultats sur la santé maternelle. Il énonce que le processus de formation et de soutien au CVPME dans le contrôle et la promotion de la santé maternelle dans leurs communautés respectives renforcera la capacité communautaire, y compris la **connaissance** et les **compétences** des personnes-ressources au niveau communautaire, ainsi que le **capital social** (i.e., les réseaux communautaires et les systèmes de soutien) pour améliorer et assurer la survie des mères. En retour, l'on s'attend à ce que ces capacités et systèmes de soutien contribuent aux différences au niveau de la population par rapport à l'exposition aux systèmes de soutien de la santé maternelle au niveau communautaire, et aux différences quant à la connaissance, les attitudes et les pratiques relatives à la santé maternelle.

Schéma 1. Modèle logique pour l'amélioration de la santé maternelle à travers le renforcement des capacités communautaires

PROCESSUS ET ACTIVITES	RESULTATS Renforcement des capacités et biens communautaires en rapport avec la santé maternelle	RESULTATS Changement des attitudes, intentions et comportements de la population toute entière par rapport à la santé maternelle dans la zone d'intervention
• Les membres des CVPME sont élus par les communautés et ont reçu une formation sur la connaissance/les compétences clés. • Les membres des CVPME favorisent la recherche de soins de santé maternelle à travers des visites au niveau des foyers des femmes enceintes, dans les réunions communautaires et pendant les manifestations mondaines. • Les membres des CVPME se réunissent tous les trois mois pour le rapport et la planification des activités.	• Les **CAPACITES** des membres des CVPME/agents sanitaires au niveau de la communauté sont renforcées : o La connaissance sur la santé maternelle est améliorée, y compris : - Des signes de danger pendant la grossesse et l'accouchement - Causes de la fistule obstétricale - Prévention de la fistule obstétricale - Nombre de femmes enceintes dans la - Fréquence communauté des complications liées à la grossesse/l'accouchement o Les compétences/ capacités des personnes ressources au niveau de la communauté sont renforcées dans le but de : - Suivre les grossesses et donner des conseils sur la recherche de soins - Organiser des discussions sur l'éducation sanitaire - Référer/accompagner les femmes enceintes vers les services • Création/développement du **CAPITAL SOCIAL** — i.e., réseaux communautaires et systèmes de soutien — : - Les agents communautaires rendent visite aux femmes enceintes. - Des discussions sur la santé maternelle sont tenues au niveau de la communauté. - Les personnes-ressources au sein de la communauté sont capables de donner des informations et fournir leur aide sur la santé maternelle.	• Différences par rapport à l'exposition aux systèmes de soutien de la santé maternelle au niveau communautaire : o Exposition à l'information sur la santé maternelle fournie par les personnes-ressources au niveau communautaire (visites à domicile et/ou réunions communautaires) o Réception de visites régulières de contrôle de la grossesse par les personnes-ressources au niveau communautaire • Différences par rapport à la connaissance/prise de conscience sur : o La fistule obstétricale (causes, conséquences, comment l'éviter/la prévenir, où se rendre pour le traitement) o Le timing et le nombre recommandé de visites prénatales o Les signes de danger au cours de la grossesse et de l'accouchement • Différences dans les attitudes/la façon dont on voit : o Les risques associés au mariage précoce et à la procréation o L'importance de la santé maternelle aux yeux des leaders communautaires/membres de la communauté (i.e., impressions sur l'implication des leaders dans la santé maternelle) • Différences dans les comportements et les pratiques liés à la recherche de soins o Réalisation des soins prénatals (timing et nombre de visites) o Réalisation de soins d'accouchement au niveau de la structure o Recherche de soins en cas de complication avant, pendant et après l'accouchement

En 2011, EngenderHealth a entrepris une évaluation en profondeur des efforts de prévention de la fistule au niveau communautaire en tant que partie intégrante d'une plus grande évaluation de programme. Le présent rapport présente la méthodologie et les résultats de l'étude et souligne les recommandations clé pour les activités communautaires futures dans le but d'améliorer la santé maternelle et prévenir la fistule obstétricale.

II. But de l'étude et hypothèse

Le but de l'évaluation était de savoir si oui ou non l'établissement et le soutien des CVPME dans les zones d'intervention ont mené à des rendements mesurables en termes de renforcement des capacités des personnes-ressources au niveau communautaire pour promouvoir la santé maternelle, ainsi que si oui ou non les systèmes de soutien communautaires renforcés étaient associés aux résultats au niveau de la population, y compris les changements en termes de connaissance, d'attitudes, des intentions et des pratiques en rapport avec la santé maternelle et la recherche de soins de maternité.

L'hypothèse testée à travers l'évaluation est que (1) les différences mesurables dans les principales capacités et les principaux biens communautaires en rapport avec la promotion de la santé maternelle seront retrouvées dans les communautés où les CVPME ont été établis et (2) que ces capacités renforcées contribueront à l'amélioration de la connaissance, des attitudes et des comportements par rapport à la recherche de soins au niveau des populations de ces communautés, par comparaison aux sites de comparaison appariés où les CVPME n'ont pas été établis.

A. Plan d'étude et méthodologie

Parce qu'aucune enquête initiale n'a été faite au début des interventions communautaires, un devis quasi expérimentale en post-intervention a été utilisé pour comparer les zones d'intervention avec les zones de comparaison appariées où aucun CVPME n'a été établi. Dans chaque région, les zones d'intervention étaient sélectionnées de manière raisonnée pour se concentrer sur les villages qui avaient la plus longue exposition à l'intervention. A Kissidougou, l'enquête a porté sur les 10 communautés où les premiers CVPME ont été établis en fin 2007 et à Labé, sur les 10 communautés où les CVPME ont été établis au début de l'année 2009.

En consultation avec l'Institut national des statistiques, 10 villages de comparaison ont été sélectionnés à Kissidougou et Labé (cinq par préfecture) sur la base des considérations suivantes :

- Une programmation sanitaire similaire en termes de services communautaires, d'interventions au niveau de la structure sanitaire et de diffusion de messages via les mass-médias en rapport avec la santé maternelle
- Une distance comparable/un accès géographique aux structures sanitaires où des services de soins de santé maternelle de base sont disponibles
- La non- contiguïté à aucun des villages couverts par les CVPME

En outre, parce que les CVPME sont reconnus pour les activités de sensibilisation qu'ils mènent dans les villages environnants – souvent à la demande des leaders locaux – l'on s'est donné la peine d'essayer d'éviter les communautés de non-intervention qui avaient été exposées à l'intervention. L'on a demandé à chaque CVPME de donner les noms de tout village où ils avaient entrepris des actions, et ces villages ont été exclus de l'étude en tant que zone de comparaison.

Une enquête-ménage basée sur la population et des interviews auprès des informateurs clé ont été conduites dans les zones d'intervention et de comparaison avec les objectifs suivants :

- Rassembler des données de base sur les variables démographiques, socioéconomiques et d'autres variables pouvant influencer la recherche de soins de santé maternelle
- Evaluer la connaissance, les attitudes et les comportements en rapport avec la santé maternelle, la fistule obstétricale, la préparation à l'accouchement et la recherche de soins pendant la grossesse, l'accouchement et le début de la période postpartum
- Evaluer l'utilisation des services de santé maternelle pendant la grossesse, l'accouchement et la période postpartum, ainsi que durant les urgences obstétricales

- Evaluer les différences entre les zones d'intervention et de comparaison au regard des indicateurs susmentionnés
- Rassembler des informations auprès des informateurs clé sur la connaissance de la santé maternelle et les activités de promotion de la santé menées par les personnes-ressources au niveau communautaire dans les villages d'intervention et de comparaison

Les instruments de l'enquête-ménage comprenaient les questionnaires suivants :

- Le **questionnaire sur les ménages** recueillait des informations sur tous les membres de la famille, y compris leur nom, âge, sexe et relation avec le chef de famille, ainsi que des informations de base sur les biens et équipements ménagers (type de plafond et de plancher, source d'eau, installations sanitaires et la propriété de biens divers tels que la radio, la télévision, le téléphone mobile, etc.).
- Le **questionnaire sur la femme** recueillait des informations démographiques de base sur la scolarisation, l'alphabétisation, l'exposition/l'accès au média, l'emploi, l'ethnicité et la religion de la personne interrogée. Il étudiait également la connaissance et les attitudes en rapport avec la santé maternelle et la fistule obstétricale, ainsi que les expériences sur la recherche de soins aux cours des grossesses récentes (dans les cinq dernières années) et celle en cours. Parmi les personnes interrogées ayant connu des complications au cours des grossesses/accouchements récents, des questions supplémentaires sont posées pour étudier la prise de décision et la recherche de soins liées à ces complications.
- Le **questionnaire sur le mari** était similaire à celui de la femme en terme de structure et recueillait des informations de la part des partenaires de l'époux sur la scolarisation, l'alphabétisation, l'exposition au média et d'autres indicateurs sociodémographiques. Il étudiait également la connaissance et les attitudes des partenaires envers un éventail de questions relatives à la santé maternelle et à la fistule obstétricale.

La majeure partie des questions de l'enquête ont été basée sur celles utilisées dans le Demographic and Health Survey (DHS) – Enquête démographique et sanitaire – étant donné que ces questions ont été développées et testées au cours des dernières années dans divers pays, y compris la Guinée, ainsi que d'autres outils d'enquête testés sur le plan international sur la recherche de soins de santé maternelle (Family Care International 2009). En outre, des questions relatives à la préparation à l'accouchement, la recherche de soins de maternité et la fistule obstétricale ont été ajoutées pour étudier l'exposition et la sensibilisation des activités de promotion de la santé au niveau des CVPME.

Des guides d'interview structurés pour les **informateurs clé** ont inclus un sous- ensemble de questions à partir des questionnaires concernant la femme et le mari pour étudier la connaissance des personnes interrogées sur les questions de santé maternelle et la fistule obstétricale. D'autres questions ont été posées pour étudier leur connaissance sur la situation de la santé maternelle dans leur communauté et la prise de conscience et/ou leur implication dans les activités communautaires pour promouvoir la santé maternelle et prévenir la fistule obstétricale.

Le protocole de l'étude et les outils de l'enquête ont été examinés et approuvés comme recquis suivant les directives institutionnelles et gouvernementales en République de Guinée et selon les procédures opérationnelles standards d'EngenderHealth en matière de recherche. L'on a également obtenu l'approbation du Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé. Des procédures de consentement éclairé standard ont été suivies dans toutes les interviews.

B. Plan d'échantillonnage et estimation

L'échantillon pour l'enquête-ménage était un échantillon aléatoire représentatif de la population de femmes en âge de procréation (entre 15 et 49 ans) et de leurs époux avec qui elles cohabitent dans des ménages privés au niveau des villages sélectionnés à Kissidougou et Labé. Dans chaque ménage, jusqu'à deux femmes en âge de procréation (entre 15 et 49 ans) ont été interviewées pour l'enquête, ainsi que leurs époux quel que soit leur âge.

Dans chacun des 30 villages sélectionnés (20 d'intervention et 10 de comparaison), une liste de nombre aléatoire a été utilisée pour sélectionner 62 ménages à interviewer à partir des listes de ménage mises à jour et préparées pour le recensement national de 2011 par l'Institut national des statistiques du Ministère du Plan. L'échantillon cible a été élaboré sur la base de l'hypothèse qu'il y'a 1,3 femmes en âge de procréer par ménage et que 17% de ces femmes seront en état de grossesse chaque année (Direction Nationale de la Statistique & ORC Macro, 2006). Estimant le taux de non-réponse à 10%, l'on s'attendait à ce que 62 ménages par village produisent un accès à 2176 femmes en âge de procréer et approximativement 2055 grossesses/accouchements dans les cinq dernières années (depuis janvier 2006), avec environ la moitié de ces grossesses/accouchements ayant lieu après le lancement des CVPME en fin 2007 (Kissidougou) et au début de l'année 2009 (Labé).[1]

L'échantillon cible visait à évaluer au moins une différence de 8% concernant l'accès aux soins prénatals (quatre visites ou plus) au cours des grossesses récentes entre les zones d'intervention et de comparaison. L'accès aux soins prénatals (quatre visites ou plus) a été sélectionné en tant qu'indicateur clé pour déterminer l'échantillon de l'évaluation à cause du fait que l'accès précoce et systématique aux soins prénatals avait été un message clé encouragé par les CVPME au niveau du village, aussi bien à travers des visites à domiciles dans les foyers des femmes enceintes qu'à travers des activités de sensibilisation au niveau communautaire. La différence estimée pour laquelle la taille de l'échantillon était destinée à évaluer était basée sur les estimations régionales de la couverture prénatale (quatre visites ou plus) à partir de l'Enquête démographique et sanitaire (DHS) en Guinée en 2005 (Direction Nationale de la Statistique & ORC Macro, 2006).

En ce qui concerne les interviews auprès des informateurs clé, un total de 90 entrevues ont été planifiées – trois dans chaque village. Il s'agissait d'interviews avec un leader de la communauté et jusqu'à deux membres des CVPME (ou des personnes-ressources analogues au niveau de la communauté) dans chaque village.

---

[1] Ces chiffres sont calculés avec l'utilisation des formules standardisées de calcul de la taille de l'échantillon pour l'évaluation du changement d'un indicateur exprimé en tant que proportion au fil du temps (FHI, 2000) :

$$n = D\frac{\left[Z_{1-\alpha}\sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta}\sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\right]^2}{(P_2-P_1)^2}$$

Où D représente l'effet du plan de sondage (fixé à 1,56 à partir du DHS de 2005), P1 constitue la proportion estimée au moment de la première enquête (fixée à 52% à partir du DHS de 2005), P_2 la proportion cible (de telle sorte que $[P_2–P_1]$ constitue l'ampleur du changement souhaité que l'on s'attend à découvrir [60%]), P est égal à $(P_1+P_2)/2$, $Z_{1–a}$ représente l'écart z correspondant au niveau de confiance souhaité (fixé à 1,96, 95%), et $Z_{1–b}$ constitue l'écart z correspondant au niveau de puissance souhaité (fixé à 0,0835, 80%).

Collecte des données

La collecte et l'entrée des données ont été supervisées par le personnel de StatView International, une société d'experts-conseils en matière de recherche basée à Conakry. Un total de 24 enquêteurs (17 hommes et sept femmes) et de six superviseurs (deux homes et quatre femmes) ont été recrutés et formés pour la collecte des données. La formation des personnes chargées de la collecte des données a eu lieu en juin 2011, et la collecte des données en tant que telle s'est faite sur une période de six semaines entre juillet et août 2011.

Pour réduire une éventuelle erreur systématique de la part de l'enquêteur, l'on n'a pas indiqué aux personnes chargées de la collecte des données quels villages représentaient des zones d'intervention ou de comparaison. Par conséquent, pour identifier les informateurs clé appropriés pour l'interview, les personnes chargées de la collecte des données interrogeaient en premier le chef de village (*village leader*) et lui demandaient d'identifier au moins deux membres d'un comité local quelconque qui étaient activement impliqués dans la promotion de la santé maternelle. Dans les villages d'intervention, une telle initiative a conduit les enquêteurs vers les membres des CVPME ; dans les zones de non-intervention, de telles recommandations conduisaient généralement les enquêteurs aux membres du comité local chargé de la santé et de l'hygiène.

Au moins, deux tentatives ont été faites pour effectuer des entrevues au niveau des ménages sélectionnés, et un total de 1846 ménages ont été interrogés de manière réussie. Le taux de réponse du ménage était de 99%. La principale raison pour laquelle une entrevue à domicile n'ait pas eu lieu était le fait que les membres de la famille étaient absents. Le tableau 1 montre les taux de réponse de l'enquête des femmes et maris éligibles par région et par zone d'étude (zone d'intervention ou de comparaison). En général, les taux de réponse des hommes étaient plus faibles que ceux des femmes. La raison la plus fréquente pour laquelle les maris éligibles n'étaient pas interrogés était qu'ils étaient absents de chez eux.

Tableau 1. Taux de réponse de l'enquête par région et par zone d'étude

Résultats	Région		Total	Village	
	Kissidougou	Labé		D'intervention	De comparaison
Enquêtes-ménages					
N° de ménages échantillonnés	930	930	1,860	1,240	620
N° de ménages occupés*	912	927	1,695	1,221	618
N° de ménages interviewés	876	810	1,686	1,153	533
Taux de code-réponse du ménage (%)	96%	87%	99%	94%	86%
Interviews Individuelles : les femmes					
N° de femmes éligibles	1,265	1,269	2,534	1,654	880
N° de femmes interviewées	1,131	1,204	2,335	1,515	820
Taux de réponse des femmes éligibles (%)	89%	95%	92%	92%	93%
Interviews Individuelles : les maris					
N° de maris éligibles	897	750	1,647	1,069	578
N° de maris interviewés	759	672	1,431	943	488
Taux de réponse des maris éligibles (%)	85%	90%	87%	88%	87%
Interviews des informateurs clé					
N° de dirigeants communautaires	15	15	30	20	10
N° de membres de comité	30	28	58	41	17

* Le terme « occupés » exclut les adresses qui n'étaient pas des habitations ainsi que les logements vacants ou détruits.

C. Evaluation des principaux prédicteurs et des variables des résultats

Les données de l'enquête-ménage ont été entrées dans une base de données CSPro et exportées vers SPSS (version 20.0) pour être analysées. Les données sur les informateurs clé ont été entrées directement dans SPSS. Après l'entrée et le nettoyage des données, ces dernières ont été recodées et de nouvelles variables ont été créées pour évaluer les importants prédicteurs et les résultats d'intérêt.

Le statut socio-économique a été évalué en utilisant des données relatives aux biens ménagers. De telles données ont été collectées à travers des questionnaires sur les ménages qui ont inclus des questions relatives à la propriété de divers articles de consommations, ainsi que les caractéristiques des habitations, la source d'eau, les installations sanitaires et d'autres caractéristiques en rapport avec la richesse. Suivant la méthodologie utilisée dans l'Enquête démographique et sanitaire (DHS) pour créer les quantiles de la richesse (Rutstein & Johnson, 2004), une analyse des composantes principales a été faite pour attribuer un facteur de pondération ou un poids local du facteur à chaque bien ménager. Les scores des biens qui en résultent ont été standardisés suivant une loi normale centrée réduite, avec une moyenne de zéro et un écart-type de un (1). Ces scores ont été additionnés pour chaque ménage, et les individus ont été classés selon le score total du ménage dans lequel ils résidaient. L'échantillon a été ensuite divisé en quintile, soit cinq groupes avec le mçeme nombre d'individus dans chaque. Par conséquent, les quintiles représentent les 20% de la population les plus pauvres, les deuxièmes 20% des plus pauvres, les 20% intermédiaires, les deuxièmes 20% les plus riches et les 20% les plus riche de la population.

Les accouchements des femmes de l'échantillon étaient considérés comme des "accouchements de pré-intervention" s'ils ont eu lieu avant le lancement des CVPME – i.e. avant janvier 2008 à Kissidougou ou en janvier 2009 à Labé. Les accouchements qui ont eu lieu après ces périodes étaient considérés comme des « accouchements de post-intervention »

Une série d'indices ou de variables composées ont été développés en utilisant les données sur les femmes pour évaluer les systèmes de soutien communautaire en rapport avec la santé maternelle, ainsi que l'exposition des femmes aux interventions de promotion de la santé maternelle. Ces indices ont été créées pour pouvoir étudier l'association entre les facteurs contextuels et d'intervention et les résultats d'intérêt – notamment des connaissances renforcées et des comportements améliorés par rapport à la recherche de soins de santé maternelle au niveau de la population. Les indices suivants ont été créés pour évaluer les *facteurs contextuels,* tels que les réseaux de soutien communautaire en rapport avec la santé maternelle, et *l'exposition de l'individu aux interventions de promotion de la santé maternelle :*

- L'**indice du système de soutien communautaire** était obtenu à partir des données sur les questionnaires des femmes. Un score moyen du village a été calculé sur la base du *pourcentage des femmes dans chaque village* qui ont rapporté que les personnes-ressources au niveau communautaire (les membres du comité, les agents communautaires) dans leur village conduisent des visites de contrôle de la grossesse chez les femmes enceintes, animent des discussions ou des séances de sensibilisation sur la santé maternelle, et représentent la principale source d'information et d'aide eu égard aux préoccupations de la santé maternelle. Une variable dichotomisée du capital social a été créée pour catégoriser les villages comme « important » ou « faible » ; ainsi, les villages où plus de 60% des femmes ont rapporté que ces systèmes de soutien communautaire existaient dans leur communauté étaient catégorisés comme « important ». Le seuil de 60% a été sélectionné sur la base d'une analyse des moyennes totales des villages dans les zones d'intervention et de comparaison dans toutes les deux régions, qui allait de 5% à 87% pour les femmes rapportant la présence de systèmes de soutien

de la santé maternelle dans leur village. Le seuil était légèrement plus élevé que la moyenne totale qui était de 51% dans les villages d'intervention.

- Un autre indice appelé **indice d'exposition au soutien communautaire, s**imilaire à l'indice du système de soutien communautaire, a été créé sur la base de *l'exposition individuelle de chaque femme* aux systèmes de soutien de la santé maternelle au niveau communautaire. L'Indice d'exposition au soutien communautaire était obtenu en se basant sur la question de savoir si oui ou non une femme a reconnu l'existence d'un comité local impliqué dans la promotion de la santé maternelle ; mentionné (sans que rien ne lui soit demandée) soit le CVPME, soit un autre comité local ou agent comme principale source d'information et d'aide sur la santé maternelle ; ou avait personnellement assisté à une réunion communautaire sur la santé maternelle. Sur la base de leurs réponses à ces questions, des scores compris entre 0 et 3 ont été attribués à chaque femme ; et un seuil de 2 a été utilisé pour créer une variable dichotomique classant la femme comme ayant une exposition « importante » ou « faible », aux systèmes de soutien de la santé maternelle au niveau communautaire.

- La qualité des soins prénatals peut avoir une grande influence sur la recherche de soins pendant l'accouchement (Barber, 2006; Bloom et al., 1999; Mpembeni et al., 2007), de ce fait une variable composée a été développée pour résumer le service de counseling offert aux femmes lors de leurs visites prénatale. L'**Indice d'exposition aux soins prénatals de qualité** était basé sur la question de savoir si oui ou non les femmes ont évoqué qu'au cours d'une de leur visite prénatale elles ont été conseillées à propos d'une quelconque préparation à l'accouchement ; conseillées à accoucher au niveau d'une structure sanitaire, ou à propos des signes de danger au cours de la grossesse et de l'accouchement. Sur la base de leurs réponses à ces questions, des scores compris entre 0 et 3 ont été attribués à chaque femme ; et un seuil de 2 a été utilisé pour créer une variable dichotomique classant la femme comme ayant une exposition « importante » ou « faible » aux services de counseling sur les soins prénatals de qualité.

En outre, trois indices ont été créés pour évaluer les *résultats intermédiaires* importants relatifs à la connaissance individuelle sur la santé maternelle et la préparation à l'accouchement dans les ménages :

- L'**Indice de connaissance des risques obstétricaux** évaluait la connaissance des femmes sur les principaux sujets que les CVPME s'étaient engagés à traiter. Il a été obtenu en se basant sur la question de savoir si oui ou non les personnes interrogées reconnaissaient que chaque grossesse était à risque, si elles étaient en mesure d'indiquer spontanément au moins trois signes de danger au cours de la période postpartum, et si elles pouvaient identifier au moins trois causes de la fistule obstétricale. Un score compris entre 0 et 4 a été attribué à chaque femme et un seuil de 3 a été utilisé pour créer une variable dichotomique classant la femme comme ayant une connaissance individuelle « importante » ou « faible » des risques obstétricaux et des signes de danger.

- **L'Indice de connaissance de la préparation à l'accouchement** évaluait la connaissance des femmes sur l'importance de la préparation à l'accouchement, y compris la prise de décision sur le lieu de l'accouchement, la discussion sur les plans d'accouchement avec leurs maris/membres de la famille , l'économie d'argent pour les frais d'accouchement, la prise de dispositions pour le transport vers le lieu de l'accouchement ; et l'identification d'un donneur de sang potentiel. Les femmes ont reçu un score de 1 pour chacune des préparations qu'elles étaient en mesure de mentionner spontanément. Un seuil de 2 a été utilisé pour créer une variable dichotomique classant la femme comme ayant une connaissance individuelle « importante » ou « faible » de la préparation à l'accouchement.

- L'**Indice de préparation à l'accouchement** a été créé sur la base du nombre de préparations que les femmes ont rapporté (sans que rien ne leur soit demandée) avoir fait lors de leur accouchement le plus récent, y compris la question de savoir si oui ou non elles avaient discuté avec leur partenaire de l'accouchement dans une structure, du transport, des frais d'accouchement, ou si elle avaient économiser de l'argent pour l'accouchement. Un score compris entre 0 et 4 a été attribué à chaque femme en se basant sur leurs réponses, et un seuil de 3 a été utilisé pour créer une variable dichotomique classant la femme comme ayant eu une préparation « importante » ou « faible » à l'accouchement.

D. Analyse des données

Des analyses descriptives ont été effectuées pour toutes les variables d'intérêt. Le test de t (pour les variables continues) et le test de chi-carré (pour les variables nominales) ont été utilisés pour déterminer s'il y avait des différences importantes (définies au niveau conventionnel $p<0.05$) entre les villages d'intervention et de comparaison dans chaque région, et aussi pour comparer les accouchements avant l'intervention à ceux après l'intervention.

Des analyses bivariées ont été effectuées pour étudier l'association entre l'accouchement dans une structure de santé et différents facteurs individuels sociodémographiques, contextuels et d'intervention. Une valeur seuil de $p<0.10$ a été utilisée comme critère d'exclusion des variables du modèle de régression multivariée. Une analyse de régression logistique multivariée a été utilisée pour étudier l'effet des variables contextuelles et d'intervention sur les principaux résultats d'intérêt – notamment la connaissance des femmes sur la santé maternelle, le niveau de préparation à l'accouchement et le fait de donner naissance dans une structure – en contrôlant pour les déterminants connus des soins de maternité (par ex., la richesse, le niveau d'alphabétisation, la distance pour se rendre à une structure sanitaire, l'âge et la parité). L'on a également étudié l'association entre les résultats intermédiaires (par ex., la connaissance des femmes sur la santé maternelle et le niveau de préparation à l'accouchement) et l'accouchement au niveau d'une structure dans un modèle multivarié.

III. Résultats

Les caractéristiques des femmes dans l'échantillon de l'étude sont décrites ci-dessous, suivies d'une vue d'ensemble sur des résultats de l'étude en rapport avec les capacités communautaires et les principaux résultats d'intérêt relatifs à la connaissance sur la santé maternelle et les comportements liés à la recherche de soins dans les villages d'intervention et de comparaison. L'on a également discuté des résultats en rapport avec l'association entre les facteurs d'intervention et contextuels et les principaux résultats d'intérêt relatifs à la connaissance des femmes et à la recherche de soins de maternité. Les données recueillies à partir des interviews avec les maris ne sont pas présentées, mais elles seront analysées et présentées dans un rapport ultérieur.

A. Caractéristiques d'échantillon

L'âge moyen des personnes interrogées était de 30,5 ans, et 84% étaient mariées ; l'âge moyen du mariage était de 16,5 ans (voir Tableau 2). Approximativement, la moitié des personnes interrogées ont rapporté qu'elles étaient dans un mariage polygame (les données ne sont pas montrées). Environ un tiers (34%) des femmes ont rapporté n'avoir jamais été à l'école, moins d'un cinquième (19%) ont indiqué qu'elles savaient facilement lire, et la grande majorité (76%) ont indiqué qu'elles ne savaient pas du tout lire (non indiqué). Bien que l'échantillon de l'étude se soit concentré sur les résidentes de la communes urbaine, la plupart des personnes interrogées (76%) ont rapporté n'avoir pas voyagé en dehors de leur communauté/village au cours des 12 derniers mois (non indiqué).

Environ la moitié des personnes interrogées de l'enquête (51%) ont indiqué qu'elles étaient membres d'un groupe communautaire ou d'une association (par ex., une association de femmes, groupement agricole, groupe d'épargne, groupe religieux, etc.) ; cependant, une telle appartenance était plus grande dans la Région de Kissidougou qu'à Labé (70% vs. 34%), et le nombre moyen de groupements dans lesquels les personnes interrogées sont impliquées était de 1,5 à Kissidougou et 0,5 à Labé (non indiqué).

Tableau 2. Caractéristiques des femmes par zone d'étude

Caractéristique	Total (N=2,335)	Intervention (N=1,515)	Comparaison (N=820)
Age moyen (en années)	30.5 ans	30.6 ans	30.4 ans
Actuellement mariées	83.7%	84.9%	81.4%*
Age moyen du mariage (en années)	16.5 ans	16.6 ans	16.3 ans
Aucun(e) éducation scolaire/niveau d'étude	33.8%	34.8%	31.9%
Niveau d'alphabétisation (sait lire facilement)	18.6%	17.6%	20.5%
Religion			
Musulmane	82.3%	74.3%	97.1%***
Chrétienne	17.7%	25.7%	2.9%***
Personne occupée dans une activité rémunérée	56.7%	53.8%	62.1%***
Membre d'un groupe communautaire	51.4%	56.0%	42.9%***
Score moyen de l'indice de la richesse	3.05	2.94	3.25***
Avait accouché dans les 5 dernières années	57.1%	57.7%	55.8%
Habite à 2km de la structure sanitaire (maternité)	53.2%	47.9%	63.1%***

Habite à 30mn de la structure sanitaire (maternité)	45.2%	39.4%	55.9%***

*La différence entre les groupes d'intervention et de comparaison est statistiquement importante à p ≤ 0.05 ; *** La différence entre les groupes d'intervention et de comparaison est statistiquement importante à p ≤ 0.001

Tandis que la plupart des caractéristiques de l'échantillon d'étude était comparable à travers les villages d'intervention et de comparaison, il y avait de petites différences qui étaient statistiquement importantes dans plusieurs caractéristiques sociodémographiques (voir Tableau 2). Il était plus probable que les femmes vivant dans les villages d'intervention soient membres d'un groupement communautaire ou d'une association que celles qui étaient dans les villages de comparaison (54% par opposition à 48%). En revanche, il était plus probable que les femmes vivant dans les villages de comparaison soient des personnes occupées dans une activité rémunérée, et leur statut de riche dans le ménage était dans l'ensemble supérieur par comparaison aux femmes vivant dans les zones d'intervention.

Bien que l'étude ait couvert une zone géographique relativement limitée, il y avait de grandes différences entre les villages d'intervention et de comparaison en termes d'appartenance religieuse. Environ toutes les femmes (97%) dans les villages de comparaison étaient des musulmanes, comparées à 74% dans les zones d'intervention. L'on a trouvé la plupart de ces différences à Kissidougou où certains villages sont presque entièrement composés de musulmanes ou de chrétiennes.

Un peu plus de la moitié des femmes dans l'échantillon (57%) avaient eu une naissance vivante ou un mort-né au cours des cinq dernières années précédant l'étude (Tableau 2). Parmi ces femmes, 66% avaient accouché après le lancement des CVPME, et 34.1% avant le lancement de l'intervention (données non indiquée). En outre, parmi ces femmes ayant accouché depuis l'établissement des CVPME, il y a eu quelques différences importantes entre les villages d'intervention et de comparaison. Tel que résumé dans le Tableau 3, les femmes ayant accouché après le lancement des CVPME étaient généralement plus jeunes avec une parité plus faible, et il était peu probable qu'elles soient occupées dans une activité rémunérée. Le statut de riche dans les ménages de ces femmes était dans l'ensemble très faible par comparaison à celles ayant accouché durant la période antérieure à l'établissement des comités (2.66 par opposition à 3.41). Cependant, l'accès aux soins de maternité, était comparable entre les femmes ayant accouché "avant l'intervention" et celles « après l'intervention ».

Tableau 3. Caractéristiques sélectionnées des femmes ayant accouché au cours des 5 dernières années avec le timing de la naissance

Caractéristique	Accouchements avant l'intervention (N=455)	Accouchements après l'intervention (N=878)
Age moyen (en années)	31.9	28.5***
Parité moyenne	4.47	4.02**
% de femmes non instruites	29.9%	30.1%
% de femmes instruites (i.e., qui savent lire facilement)	15.6%	13.3%
% de femmes occupées dans des activités rémunérées	65.3%	59.3%*
% de femmes membres d'un groupement	52.1%	60.6%**

communautaire		
Score moyen de l'indice de richesse	3.41	2.66***
% de femmes habitant à 2km de la structure sanitaire (maternité)	49.9%	49.1%
% de femmes habitant à 30 min. de la structure sanitaire (maternité)	45.1%	41.6%

*p ≤ 0.05; **p ≤ 0.01; ***p ≤ 0.001

Parmi le sous-ensemble de femmes ayant accouché après le lancement de l'intervention (N=878), il existait de grandes différences entre les zones d'intervention et de comparaison en termes d'instruction, d'appartenance à un groupe communautaire et de participation à une activité rémunérée (voir Tableau 4). Cependant, comme observé dans l'analyse de l'échantillon total, il n'y avait aucune différence entre les zones d'intervention et de comparaison concernant le niveau d'alphabétisation des femmes. Il n'existait également aucune différence significative entre les zones concernant le score moyen de l'indice de richesse dans les ménages. Cependant, il y avait une différence significative quant-à l'accès des femmes à une structure sanitaire fournissant des soins de maternité. Plus de la moitié des femmes dans les zones de comparaison (51%) ont indiqué qu'elles habitaient à 30 minutes de la structure sanitaire, comparée à seulement 38% dans les zones d'intervention. En cohérence avec ces résultats, 58% des femmes dans les villages de comparaison ont rapporté qu'elles habitaient à 2 km de la structure où des soins de maternité sont offerts, comparés à 45% dans les villages d'intervention (Tableau 4).

Tableau 4. Caractéristiques des femmes ayant accouché au cours de la période de post-intervention par zone d'étude

Caractéristique	Intervention (N=601)	Comparaison (N=277)
Age moyen (en années)	28.6	28.3
Parité moyenne	4.01	4.04
% de femmes non instruites	32.3%	25.3%*
% de femmes instruites (i.e., qui savent lire facilement)	13.6%	12.6%
% de femmes occupées dans des activités rémunérées	56.1%	66.3%**
% de femmes membres d'un groupe communautaire	65.0%	50.5%***
Score moyen de l'indice de richesse	2.62	2.76
% de femmes habitant à 2km de la structure sanitaire (maternité)	45.3%	57.5%**
% de femmes habitant à 30 min. de la structure sanitaire (maternité)	37.5%	50.6%***

*p ≤ 0.05 ; **p ≤ 0.01 ; ***p ≤ 0.001

B. Capacités et ressources communautaires liées à la santé maternelle

Tel que décrit plus haut, l'on s'est servi des interviews avec les informateurs clé et avec les femmes pour étudier dans quelle mesure les capacités communautaires avaient été créées ou renforcées dans les villages où les CVPME ont été établis. Les différences entre les zones d'intervention et de

comparaison ont été examinées avec l'échantillon total au sein de chaque région (Kissidougou et Labé).

Les résultats de l'enquête ont montré des différences significatives entre les informateurs clé dans les villages d'intervention (i.e., les membres des CVPME et les dirigeants communautaires) et les personnes interrogées dans les villages de comparaison en termes de connaissance de base sur la santé maternelle. Tel que indiqué dans le Tableau 5, presque toutes les personnes interrogées dans les villages d'intervention (95%) étaient en mesure de citer au moins un moyen de prévention de la fistule obstétricale, par comparaison à 74% dans les zones de comparaison. Des différences plus importantes ont été notées quant à la connaissance des informateurs clé sur les causes de la fistule et les signes de danger au cours de la grossesse ou de l'accouchement. Deux tiers (67%) des informateurs clé dans les zones d'intervention étaient en mesure de citer au moins deux causes de la fistule obstétricale, comparé à 29% dans les villages de comparaison. La connaissance sur les signes de danger liés à la grossesse et à l'accouchement était faible dans l'ensemble, mais la proportion de personnes capables de citer au moins trois signes de danger était deux fois plus importante dans les zones d'intervention que dans les zones de comparaison (44% par comparaison à 22%).

Il y avait également de grandes différences entre les villages d'intervention et de comparaison en termes d'activités de promotion de la santé maternelle rapportées par les personnes-ressources au niveau communautaire. En réponse à une question sur leurs activités au cours des 12 derniers mois, 84% des personnes interrogées dans les villages d'intervention ont indiqué spontanément avoir mené des activités de suivi de la grossesse et offert des visites individuelles aux femmes enceintes en tant que partie intégrante de leurs principales activités ; par comparaison, seulement 41% de cadres similaires dans les villages de comparaison ont indiqué l'avoir fait. Les personnes-ressources au niveau communautaire ont rapporté peu de différence entre les villages en termes d'organisation d'activités de sensibilisation communautaire. Dans toutes les deux zones, un peu plus de la moitié des personnes interrogées ont indiqué avoir fait des causeries/discussions sur la santé maternelle en tant qu'activité au cours des 12 derniers mois. Moins de la moitié des personnes interrogées ont rapporté avoir mené des activités de sensibilisation sur la santé maternelle avec les dirigeants locaux (41% et 11%, respectivement dans les villages d'intervention et de comparaison villages) et référé ou accompagné des femmes enceintes vers des services de santé (20% et 4%).

Tableau 5. Connaissance des personnes-ressources sur la santé maternelle et activités menées au cours des 12 derniers mois par zone d'étude

Connaissance sur la santé maternelle	**Intervention (N=61) Fréquence (%)**	**Comparaison (N=27) Fréquence (%)**
Capable de citer 3 signes de danger ou plus pendant la grossesse/l'accouchement	27 (44.3%)	6 (22.0%)
Capable de citer 2 causes de la fistule ou plus	41 (67.2%)	8 (29.6%) **
Capable de citer une ou plusieurs manières de prévenir la fistule	58 (95.1%)	2 (74.1%) **
Activités de promotion de la santé maternelle au cours des 12 derniers mois		
Organisation d'activités de counseling individuel et/ou de contrôle de la grossesse	51 (83.6%)	11 (40.7%) ***
Organisations de causeries/discussions sur la santé maternelle	37 (60.7%)	15 (55.6%)
Conduite d'activités de sensibilisation communautaire avec les dirigeants locaux et/ou participation dans la planification d'action	25 (41.0%)	3 (11.1%) **

communautaire		
Référence ou accompagnement des femmes vers les services sanitaires	12 (19.7%)	1 (3.7%)

*p ≤ 0.05; **p ≤ 0.01; ***p ≤ 0.001

Les interviews avec les femmes ont été également utilisées pour évaluer l'existence de systèmes de soutien efficaces pour la santé maternelle au sein des communautés. Il était beaucoup plus probable que les femmes des zones d'intervention rapportent que ces réseaux et ressources pour la santé maternelle ont existé au sein des communautés (voir Tableau 6), comparé aux femmes qui se trouvent dans les zones de comparaison. Deux tiers des personnes interrogées dans les communautés d'intervention (66%) ont rapporté qu'il existait un comité au niveau communautaire impliqué dans la promotion de la santé maternelle, contre 21% des femmes dans les villages de comparaison. Par opposition aux femmes qui se trouvent dans les villages de comparaison, il était également plus probable que les femmes dans les zones d'intervention rapportent que les personnes-ressources au niveau communautaire organisaient des réunions régulièrement pour fournir des informations sur la santé maternelle (64% contre 35%) et mentionnent spontanément tout comité ou agent communautaire en tant que principale source d'information sur la santé maternelle et une aide pour les femmes dans leur communautés (45% contre 14%)

Environ la moitié des femmes dans les villages d'intervention (47%) ont rapporté que les femmes enceintes dans leurs communautés recevaient des visites de la part des agents ou personne-ressources communautaires, comparé à 24% dans les villages de comparaison. Cependant, ces différences entre les zones d'intervention et de comparaison étaient principalement dues aux différences importantes notées dans la région de Labé, où 40% des femmes dans les communautés d'intervention ayant rapporté que les femmes enceintes ont reçu des visites similaires, comparé à 7% seulement pour ce qui est des femmes dans les communautés de comparaison. Dans la région de Kissidougou, il n'y avait aucune différence importante entre les villages d'intervention et de comparaison concernant le pourcentage des personnes interrogées rapportant que les femmes enceintes dans leur communauté recevaient des visites similaires (52% et 50%, respectivement). Ce résultat suggère soit que les femmes dans les villages de comparaison à Kissidougou ont été exposées aux CVPME, soit que des activités similaires de promotion de la santé maternelle au niveau des ménages étaient entrain d'être conduites dans certains villages de comparaison par d'autres agents communautaires (par ex., les membres du Comité local de la santé et de l'hygiène ou d'autres promoteurs de la santé).

Tableau 6. Ressources et normes communautaires rapportées par les femmes par zone d'étude

Ressources et réseaux communautaires pour la santé maternelle (MH)	Intervention (N=1,515)	Comparaison (N=820)
Le comité communautaire est engagé dans la promotion de la santé maternelle	66.5%	20.9%***
Les femmes enceintes dans la communauté reçoivent des visites régulièrement de la part des agents communautaires.	46.5%	23.5%***
Kissidougou	52.2%	50.0%
Labé	40.0%	6.8%***
Le comité/les agents au niveau communautaire organisent régulièrement des réunions pour fournir des informations sur la santé maternelle	64.2%	35.0%***
Tout comité/agent communautaire en tant que principale source d'information et une aide en matière de santé maternelle	45.4%	13.7%***

Environnement communautaire et soutien social		
La santé maternelle est une question prise sérieusement et discuté au cours des réunions publiques	63.5%	43.5%***
Les dirigeants communautaires travaillent activement pour assurer aux femmes ayant des complications l'accès à des soins. §	63.4%	48.3%***
Une famille pauvre peut avoir accès aux fonds communautaires en cas d'urgence obstétrique. §	27.7%	16.1%***
Au cas où le mari est en voyage, les membres de la communauté aideront la femme ayant des complications à obtenir des soins. §	75.2%	72.2%

***p ≤ 0.001; § Les différences entre les zones d'intervention/comparaison ne sont pas significatives dans la région de Kissidougou

Dans l'analyse de la perception des femmes sur l'environnement communautaire et le soutien social pour la survie des mères, de petites différences mais significatives ont été notées entre les villages d'intervention et de comparaison (voir Tableau 6). Bien que ces différences soient statistiquement significatives pour l'ensemble de l'échantillon, ce phénomène était principalement dû aux grandes différences entre les villages d'intervention et de comparaison à Labé. A Kissidougou, la plupart de ces différences n'étaient pas significatives.

C. L'exposition des femmes aux personnes-ressources chargées de la promotion de la santé maternelle au niveau communautaire

Tandis que la majorité des personnes interrogées semblaient être conscientes de l'existence des CVPME, un pourcentage beaucoup plus faible de femmes a rapporté un contact direct avec les personnes-ressources chargées de la santé maternelle au niveau communautaire. Par exemple, seulement 39% des femmes dans les villages d'intervention ont rapporté avoir une fois assisté à une discussion communautaire sur la santé maternelle, comparé à 23% dans les villages de comparaison (voir Tableau 7). De plus grandes différences entres les villages d'intervention et de comparaison ont été notées à Labé où les comités ont été établis récemment, par comparaison à Kissidougou où les comités ont travaillé activement pendant une longue période. Cependant, il est intéressant de noter que dans l'ensemble, l'exposition paraissait similaire dans les zones d'intervention au niveau de toutes les deux régions.

Des différences relativement grandes ont été notées dans le pourcentage de femmes ayant spontanément cité des personnes-ressources ou des comités au niveau communautaire en tant que principale source d'information ou d'aide sur les questions relatives à la santé maternelle (voir Tableau 7). Environ un tiers des femmes dans les communautés d'intervention ont spécifiquement identifié les CVPME en tant que principale source d'information et d'aide ; il en est de même pour 4% des femmes dans les villages de comparaison – un résultat qui suppose qu'un faible pourcentage de femmes dans les zones de comparaison ont été exposées à l'intervention dans le cadre de l'étude.

Environ la moitié des femmes dans les zones d'intervention ont cité soit le CVPME, soit quelques autres personnes-ressources au niveau communautaire (les membres du Comité de la santé et de l'hygiène ou un agent sanitaire au niveau de la communauté) en tant que principale source d'information (52%) ou d'aide (48%) sur la santé maternelle. Moins de 20% des femmes dans les villages de comparaison ont cité tout cadre ou comité communautaire en tant que principale source d'information ou d'aide sur la santé maternelle dans leur communauté.

Tableau 7. Exposition des femmes aux personnes-ressources/agents communautaires par zone d'étude et par région	Intervention (N=1,515)	Comparaison (N=820)
Ayant une fois assisté à une discussion communautaire sur la santé maternelle	38.7%	22.8%***
Kissidougou	41.4%	27.2%***
Labé	35.6%	15.1%***
Ayant cité le CVPME en tant que principale source d'information	35.4%	4.1%***
Kissidougou	28.0%	5.3%***
Labé	44.1%	3.4%***
Ayant cité le CVPME en tant que principale source d'aide	30.6%	3.7%***
Kissidougou	27.4%	3.1%***
Labé	34.2%	4.0%***
Ayant cité tout comité ou agent communautaire en tant que principale source d'information	51.9%	14.8%***
Ayant cité tout comité ou agent communautaire en tant que principale source d'aide	47.8%	14.3%***

***p ≤ 0.001

D. Connaissance des femmes sur la santé maternelle et la fistule obstétricale

Toutes les femmes dans l'échantillon ont été interviewées pour étudier leur connaissance sur la santé maternelle. Des questions ont été posées pour évaluer leur connaissance sur le nombre et le timing de visites prénatales recommandées , ainsi que sur les signes de danger au cours de la grossesse et de l'accouchement et pendant la période postpartum. En outre, la connaissance des femmes sur la fistule obstétricale, ses causes et sa prévention a été également étudiée.

La connaissance sur la santé maternelle était considérablement plus importante dans les villages d'intervention que dans les villages de comparaison (voir Tableau 8). Pour la plupart des variables, le niveau de connaissance en santé maternelle était de loin plus élevé chez les femmes résidant à Kissidougou qu'à Labé, et environ toutes les différences entre les villages d'intervention et de comparaison à Kissidougou étaient importantes sur le plan statistique.

Dans toutes les deux régions, la connaissance des signes de danger obstétrical était généralement faible, et bien que les différences entre les zones d'intervention et de comparaison étaient significatives, elles étaient toutefois faibles. Par exemple, moins d'un tiers des personnes interrogées (31% dans les villages d'intervention contre 19% dans les villages de comparaison) étaient en mesure d'énumérer trois signes de danger ou plus de la grossesse et de l'accouchement. La connaissance sur les signes de danger après l'accouchement n'était pas tellement importante, avec seulement 38% des personnes interrogées dans les villages d'intervention et 31% dans les villages de comparaison qui étaient en mesure d'énumérer trois signes de danger ou plus de la période après l'accouchement.

La connaissance sur la fistule obstétricale était généralement comparable à celle relative aux signes de danger obstétrical. Dans l'ensemble, 34% des femmes dans les zones d'intervention ont rapporté avoir entendu parler de la fistule obstétricale et elles étaient en mesure de la définir, comparé à 25% dans les zones de comparaison (voir Tableau 8). Ces différences entre les zones d'intervention et de comparaison étaient dues à celles notées à Labé où les comités ont été récemment établis. Curieusement, la connaissance sur la fistule obstétricale était dans l'ensemble beaucoup plus faible à

Kissidougou qu'à Labé, et à Kissidougou, elle était considérablement plus importante dans les villages de comparaison que dans ceux d'intervention.

Tableau 8. La connaissance des femmes sur la santé maternelle par zone d'étude et par région

Questions sur la connaissance en matière de santé maternelle	Intervention (N=1,515)	Comparaison (N=820)
Les femmes connaissent qu'elles doivent faire au moins 4 visites prénatales	69.4%	58.9%***
Kissidougou	69.9%	64.5%
Labé	68.9%	55.4%***
Capable de citer 3 signes de danger ou plus pendant la grossesse ou l'accouchement	30.8%	19.1%***
Kissidougou	42.4%	28.9%**
Labé	17.2%	12.9%*
Capable de citer un nombre moyen de signes de danger liés à la grossesse/l'accouchement	1.95	1.58***
Kissidougou	2.36	1.92***
Labé	1.48	1.36
Capable d'énumérer 3 signes de danger ou plus après l'accouchement	38.3%	30.9%***
Kissidougou	49.7%	44.7%
Labé	25.1%	22.1%
Capable de citer un nombre moyen de signes de danger pendant la période postpartum	2.31	1.91***
Kissidougou	2.88	2.45***
Labé	1.64	1.57
Ayant entendu parler ou capable de définir la fistule obstétricale	33.7%	25.1%***
Kissidougou	17.1%	24.5%**
Labé	53.0%	25.5%***

*p ≤ 0.05; **p ≤ 0.01; ***p ≤ 0.001

Parmi celles qui ont entendu parler de la fistule obstétricale, les sources d'information les plus fréquemment citées étaient la radio (52%), les CVPME (21%), les travailleurs de la santé (19%) et les femmes guéries de la fistule (15%) (Données non indiquées). Tel que décrit plus haut, le projet Fistula Care a soutenu les émissions de radio dans toutes les deux régions, et les femmes guéries de la fistule font souvent des témoignages à la radio communautaire. Il y avait des différences significatives entre les zones d'intervention et de comparaison en termes de pourcentage de femmes ayant mentionné les CVPME ou un agent communautaire comme principale source d'information sur la fistule (voir Tableau 9). Dans les villages d'intervention, le pourcentage de femmes ayant cité le CVPME comme source d'information sur la fistule était beaucoup plus élevé à Labé (47.3%) qu'à Kissidougou (18%) (Données non indiquées).

Tableau 9. Source d'information et connaissance sur la fistule obstétricale chez les femmes ayant entendu parler de la fistule par zone d'étude et par région

Chez les femmes ayant entendu parler de la fistule obstétricale	Intervention (N=855)	Comparaison (N=428)
Source d'information sur la fistule		
Radio	45.5%	65.4%***

CVPME	30.9%	0.7%***
Agent communautaire	15.9%	4.9%***
Travailleur de la santé	18.6%	19.4%
Femmes traitées et guéries de la fistule	15.9%	14.5%

Chez les femmes capables de définir la fistule obstétricale	Intervention (N=511)	Comparaison (N=206)
Capable de citer 2 causes de la fistule obstétricale ou plus	47.9%	31.6%***
Kissidougou	54.0%	21.8% ***
Labé	45.7%	37.5%
Capable de citer au moins 1 moyen de prévention de la fistule obstétricale	95.7%	90.3%***
Kissidougou	87.8%	76.9%*
Labé	98.7%	98.4%

*p ≤ 0.05; ***p ≤ 0.001

Pour les femmes ayant entendu parler de la fistule obstétricale et qui étaient capables de la définir, 48% dans les villages d'intervention étaient en mesure d'énumérer au moins deux causes de la maladie, comparé à 32% dans les villages de comparaison (voir Tableau 9). Les différences par zone d'étude concernant la connaissance sur les causes et la prévention de la fistule étaient significatives à Kissidougou, mais tel n'était pas le cas à Labé.

Bien qu'il ne soit pas le centre d'intérêt de l'intervention, l'étude a également examiné la connaissance des femmes sur les mesures importantes à prendre concernant la préparation à l'accouchement (voir Tableau 10). Environ uniquement un tiers des personnes interrogées ont été capables d'énumérer spontanément au moins deux des éléments suivants en tant que préparation importante pour l'accouchement : décider du lieu d'accouchement, discuter du plan d'accouchement avec son partenaire, économiser de l'argent pour l'accouchement, prendre des dispositions pour le transport vers le lieu d'accouchement, ou identifier un donneur de sang potentiel. La connaissance sur la préparation à l'accouchement était plus importante dans les zones d'intervention que dans les zones de comparaison (38% contre 24%, respectivement) ; il en était de même pour l'indication spontanée du nombre moyen de mesures à prendre pour la préparation à l'accouchement de la part des personnes interrogées (1.39 et 0.99, respectivement). Les différences concernant la connaissance sur la préparation à l'accouchement n'étaient importantes qu'à Kissidougou (50% contre 20%). A Labé, la connaissance globale sur les mesures de préparation à l'accouchement était plus faible (environ un quart seulement des personnes interrogées pouvaient identifier au moins deux préparations pour l'accouchement), et il n'y avait aucune différence entre les zones d'intervention et de comparaison.

Tableau 10. La connaissance des femmes sur les mesures importantes à prendre pour la préparation à l'accouchement, par zone d'étude et par région

	Intervention (N=1,515)	Comparaison (N=820)
Capable de citer 2 ou plusieurs préparations importantes pour l'accouchement	38.2%	23.5%***
Kissidougou	49.9%	20.4%***
Labé	24.5%	25.5%
Indication du nombre moyen de mesures de préparation à l'accouchement	1.39	0.99***
Kissidougou	1.72	0.87***
Labé	1.03	1.07

***p ≤ 0.001

E. Attitudes par rapport à la santé maternelle et à la recherche de soins de maternité

L'on avait demandé aux sondées si oui ou non elles étaient d'accord avec les déclarations concernant les normes sociales, culturelles et celles relatives au genre entourant l'accouchement dans leur communauté. Il s'agissait des déclarations suivantes :

- Le fait d'accoucher au niveau d'une structure sanitaire est considéré comme un signe de faiblesse, une erreur/un péché.
- La grossesse et l'accouchement sont des questions qui ne concernent que les femmes.
- Les hommes sont de plus en plus impliqués dans les questions relatives à la santé maternelle.
- Les hommes pensent que cela relève de leur responsabilité d'aider leurs femmes à se préparer pour faire un accouchement sans risque.
- La préparation à l'accouchement constitue de plus en plus une norme/pratique commune dans la communauté.

Bien que la plupart des personnes interrogées dans les deux régions aient rapporté que la grossesse et l'accouchement étaient des questions qui ne concernent que les femmes, la majorité a également indiqué que les hommes dans leur communauté étaient de plus en plus impliqués dans la promotion de la santé maternelle. Moins d'un tiers des femmes ont rapporté que le fait d'accoucher au niveau d'une structure sanitaire était considéré comme un signe de faiblesse ou une erreur/un péché commis par la femme (par ex., l'adultère).

Quelques différences significatives entre les villages d'intervention et de comparaison ont été notées dans chaque région (voir Tableau 11). Généralement à Kissidougou, il était plus probable que les femmes dans les villages d'intervention, comparées à celles dans les villages de comparaison, considèrent que les normes communautaires soutiennent la préparation à l'accouchement et l'implication des hommes en tant que partenaires dans les questions relatives à la santé maternelle. A Labé, c'est l'inverse. Pour l'échantillon combiné (à travers les deux régions), les différences dans cette mesure étaient faibles et pas très importantes sur le plan statistique (voir Tableau 11).

Tableau 11. Points de vue des femmes sur les attitudes et les normes communautaires liées aux questions de santé maternelle par zone d'étude

	Intervention (N=1,515)	Comparaison (N=820)
Elles pensent que la grossesse et l'accouchement sont considérés comme des questions qui ne concernent que les femmes	60.5%	60.4%
Elles croient que le fait d'accoucher dans une structure sanitaire n'est pas perçu comme un signe de faiblesse/une erreur	68.4%	71.7%
Elles acceptent que les hommes soient de plus en plus impliqués dans les questions de santé maternelle	75.2%	72.9%
Kissidougou	79.8%	69.2%***
Labé	69.9%	75.3%*
Elles acceptent que la préparation à l'accouchement soit devenue une norme communautaire	65.6%	63.7%
Kissidougou	73.7%	56.9%***
Labé	56.9%	67.9%***

*p ≤ 0.05; ***p ≤ 0.001

Tandis que les CVPME concentrent la plupart de leurs efforts de sensibilisation sur la fistule obstétricale, l'on a également étudié les points de vue des femmes sur les attitudes communautaires

envers la fistule et la façon dont une femme souffrant de la fistule devrait être traitée dans leur communauté. Bien que plus de la moitié des personnes interrogées ont indiqué qu'une femme souffrant de fistule serait acceptée dans leur communauté en tant que personne ayant un handicap, les réponses suggèrent qu'il est quand même probable que ces femmes soient socialement marginalisées. Près de deux tiers des personnes interrogées ont indiqué que dans leur communauté, les femmes souffrant de la fistule pourraient être socialement exclues, et plus de la moitié ont déclaré qu'il est probable que la plupart des personnes dans leur communauté refusent de manger un repas préparé par une femme souffrant de la fistule. Environ trois quart des personnes interrogées on indiqué qu'il est peu probable qu'une femme souffrant de fistule soit invitée à partager un repas, et moins d'un tiers ont déclaré qu'elle serait la bienvenue pendant les événements ou réunions communautaires. Ces différences entre les villages d'intervention et de comparaison étaient insignifiantes mais significatives (voir Tableau 12).

Tableau 12. Points de vue sur les attitudes communautaires envers les femmes vivant avec la fistule par zone d'étude

	Intervention (N=1,515)	Comparaison (N=820)
Les membres de la communauté qui croient qu'une femme souffrant de fistule serait acceptée comme une personne ayant un handicap	59.3%	57.4%
Les membres de la communauté qui pensent que les femmes souffrant de fistule pourraient être exclues de la société	61.3%	67.3%**
Les personnes qui croient que la plupart des gens dans la communauté pourrait refuser de manger un repas préparé par une femme souffrant de fistule	56.9%	57.3%
Les personnes qui croient qu'une femme souffrant de fistule pourrait être invitée à partager un repas avec les autres	24.4%	18.5%**
Les personnes qui croient qu'une femme souffrant de fistule serait invitée à participer aux événements/réunions communautaires	33.8%	28.3%**

*p ≤ 0.05; **p ≤ 0.01

F. Exposition aux interventions aux niveaux de la communauté et de la structure pour promouvoir la santé maternelle chez les femmes ayant accouché récemment

Parmi le sous-ensemble de femmes ayant accouché depuis l'établissement des comités, l'exposition aux comités ou personnes-ressources communautaires semblait être comparable à celle du l'échantillon total (voir Tableau 7). Bien qu'il soit plus probable que les femmes dans les communautés d'intervention rapportent une telle exposition, moins de la moitié des femmes ayant accouché après l'intervention (43%) ont rapporté avoir assisté à des discussions communautaires sur la santé maternelle (voir Tableau 13). Dans les villages de comparaison, un quart (25%) des femmes ayant accouché récemment ont rapporté une exposition similaire. Les différences entre les villages d'intervention et de comparaison sont relativement grandes et significatives à Labé (43% contre 15%, respectivement) ; cette différence était plus faible à Kissidougou (42% contre 29%, respectivement), mais elle était quand même significative.

Au total, environ un tiers des femmes ayant accouché depuis l'établissement des CVPME ont rapporté avoir été visitées par un agent communautaire ou une personne-ressource pendent leur grossesse (voir Tableau 13). Pour l'ensemble des deux régions, les différences entre les villages d'intervention et de comparaison étaient relativement faibles mais significatives (37% vs. 22%). A Labé, une différence grande et significative a été notée par rapport au suivi de la grossesse. Trente-

et-un pour cent des femmes dans les villages d'intervention ont rapporté avoir été au moins une fois visitées par un agent communautaire ou un membre d'un CVPME au cours de leur grossesse la plus récente, comparé à seulement 1% des femmes dans les villages de comparaison. Cependant, à Kissidougou, parmi les femmes ayant accouché après l'intervention, il n'y avait aucune différence dans cette évaluation entre les villages d'intervention et de comparaison (40% contre 34%) ; cela suppose que les femmes dans les villages de comparaison à Kissidougou étaient exposées à des activités analogues de suivi de la grossesse au niveau communautaire.

A Kissidougou, il y avait de grandes différences concernant les conseils qui ont été donnés au cours de ces visites. Il était plus probable que les femmes qui se trouvent au niveau des villages d'intervention à Kissidougou et ayant été visitées au moins une fois durant leur grossesse soient conseillées sur le lieu et sur la préparation à l'accouchement que les femmes résidant dans les villages de comparaison (voir Tableau 13). A Labé, où très peu de femmes dans les villages de comparaison ont rapporté avoir été visitées au cours de leurs grossesses, l'échantillon était trop petit pour détecter des différences quand au contenu des conseils données au cours de ces visites.

Tableau 13. Exposition aux systèmes de soutien communautaire durant la grossesse chez les femmes ayant accouché après l'intervention, par zone d'étude et par région

	Intervention (N=601)	**Comparaison (N=277)**
Ayant assisté à une discussion communautaire sur la santé maternelle	42.6%	24.9%***
Kissidougou	42.4%	28.9%**
Labé	43.0%	15.6%***
Ayant été consultées par un agent communautaire/membre du CVPME au moins une fois au cours de la grossesse	37.3%	22.4%***
Kissidougou	39.9%	33.7%
Labé	30.8%	1.0%***
Chez les femmes ayant été consultées au moins une fois durant la grossesse:	**(N=224)**	**(N=62)**
Nombre moyen de consultations faites par un agent /membre du comité communautaire	4.4	3.9
Ayant été informées par un agent communautaire/ membre du CVPME sur les signes de danger	56.2%	58.1%
Conseillées sur le lieu d'accouchement par un agent communautaire/ membre du CVPME	79.0%	61.3%**
Kissidougou†	76.0%	60.7%*
Conseillées sur les mesures de préparation à l'accouchement par un agent communautaire/ membre du CVPME	67.0%	56.5%
Kissidougou†	73.1%	57.4%*
Nombre moyen de mesures à prendre pour la préparation à l'accouchement de la part d'un agent communautaire/ membre du CVPME	1.6	0.7**
Kissidougou†	1.9	0.7***

*p ≤ 0.05 ; **p ≤ 0.01; ***p ≤ 0.00.1 †Les données de la région de Labé n'ont pas été présentées à cause des nombres faibles.

Parmi les femmes ayant obtenu des soins professionnels au moins une fois pendant leur grossesse, la nature de ces soins semblait être comparable à travers les zones d'intervention et de comparaison. Pour l'échantillon total, environ plus de la moitié des personnes interrogées ont

rapporté qu'elles ont été conseillées à propos du lieu d'accouchement au cours des consultations prénatales. Peu de femmes se sont rappelées avoir été conseillées sur des signes de danger ou toute autre question relative à la préparation à l'accouchement (voir Tableau 14). Dans la région de Labé, l'on a noté des différences significatives entre les villages d'intervention et de comparaison concernant la nature du counseling sur le lieu et la préparation à l'accouchement au cours des visites prénatales (voir Tableau 14).

Tableau 14. Nature des consultations prénatales chez les femmes ayant accouché après l'intervention et ayant obtenu des soins prénatals au moins une fois, par zone d'étude

Informations et conseils reçus au cours des visites prénatales	Intervention (N=541)	Comparaison (N=258)
Information sur les signes de danger	42.5%	38.4%
Conseils sur le lieu d'accouchement	55.5%	59.5%
Kissidougou	60.5%	55.2%
Labé	42.9%	68.7%***
Conseils sur toute question relative à la préparation à l'accouchement	47.3%	46.5%
Kissidougou	54.8%	48.6%
Labé	28.8%	42.2%*

Tel que décrit plus haut (voir Section II), des indices ont été crées pour décrire et évaluer l'exposition des femmes aux influences et interventions à facettes multiples aussi bien au niveau de la communauté que de la structure sanitaire. Ces indices comprenaient un **indice contextuel** en rapport avec les systèmes de soutien communautaire pour la santé maternelle, ainsi que deux **indices d'exposition à l'intervention** évaluant l'exposition individuelle des femmes aux interventions de promotion de la santé maternelle aux niveaux de la communauté et au niveau de la structure (voir la zone de texte 1). Les différences entre les villages d'intervention et de comparaison ont été étudiées chez les femmes ayant accouché récemment à travers des analyses bivariées.

Zone 1. Résumé des variables composées relatives aux facteurs contextuels et à l'exposition à l'intervention

- **L'Indice du système de soutien communautaire** reflète les niveaux « élevé » ou « faible » des systèmes de soutien social au niveau de la communauté/du village en se basant sur le fait que si oui ou non plus de 60% des femmes dans le village ont rapporté que les personnes-ressources au niveau communautaire (membres du comité, agents communautaires) ont été activement impliquées dans les activités suivantes : l'organisation de visites de suivi de la grossesse auprès des femmes enceintes, organisation de débats ou de sessions de sensibilisation sur la santé maternelle, et le fait d'être la principale source d'information et d'aide en matière de santé maternelle.
- **L'Indice d'exposition au soutien communautaire** reflète le niveau « élevé » ou « faible » de l'exposition sur le plan individuel aux systèmes de soutien de la santé maternelle au niveau communautaire. Cet indice est basé sur la question de savoir si oui ou non une femme ait reconnu personnellement qu'il existait un comité local impliqué dans la promotion de la santé maternelle, mentionné (sans que rien ne lui soit demandé) soit le VSMC ou un autre comité local ou agent en tant que principale source d'information et d'aide sur la santé maternelle ; ou avait assisté en personne à une réunion communautaire sur la santé maternelle.
- **L'indice d'exposition à des soins prénatals de qualité** reflète les niveaux « élevé » ou « faible » d'exposition au counseling sur les soins prénatals par rapport aux signes de danger liés à la grossesse et à l'accouchement, la préparation à l'accouchement, et le fait d'accoucher au niveau d'une structure sanitaire.

Tel que indiqué dans le Tableau 15, les villages d'intervention et de comparaison différaient de manière significative sur le fait d'avoir un solide système de soutien communautaire en matière de

santé maternelle (l'Indice du système de soutien communautaire) et en termes d'exposition individuelle aux efforts communautaires de promotion de la santé maternelle (l'Indice d'exposition au soutien communautaire). Bien qu'un important pourcentage de femmes dans les villages de comparaison aient rapporté que les personnes-ressources au niveau communautaire étaient actives dans la promotion de la santé maternelle à travers des discussions communautaires et des visites auprès des femmes enceintes, aucun des villages de comparaison n'avait reçu un score élevé concernant l'Indice du système de soutien communautaire, suggérant ainsi que la couverture et l'intensité de ces activités étaient plus faibles dans ces villages en comparaison aux villages d'intervention où les CVPME travaillent activement tout en étant bien engagés.

Tableau 15. Pourcentage de femmes ayant des scores « élevés » sur les indices contextuels et d'intervention par zone d'étude

Indice contextuel	**Intervention (N=601)**	**Comparaison (N=277)**
Indice du système de soutien communautaire (i.e., >60% des femmes dans la communauté ont rapporté l'existence de système de soutien de la santé maternelle dans leur village)	28.6%	0%***
Kissidougou	36.8%	0%***
Labé	8.1%	0%**
Indices d'exposition à l'intervention	**Intervention (N=601)**	**Comparaison (N=277)**
Indice d'exposition au soutien communautaire (indiquant l'exposition individuelle au(x) soutien/ressources en santé maternelle au niveau communautaire)	55.6%	15.5%***
Kissidougou	57.6%	22.7%***
Labé	50.6%	2.1%***
Indice du counseling sur les soins prénatals (indiquant qu'elles ont reçu un counseling sur le lieu et la préparation à l'accouchement au cours des soins prénatals)	47.5%	45.5%
Kissidougou	54.5%	45.4%
Labé	30.1%	45.8%*

*p ≤ 0.05; ***p ≤ 0.001

Il était trois fois plus probable que les femmes dans les villages d'intervention, par rapport à celles dans les villages de comparaison, rapportent une exposition individuelle aux interventions de promotion de la santé maternelle au niveau communautaire (Indice d'exposition au soutien communautaire). Des différences importantes et significatives concernant l'exposition individuelle ont été notées dans chaque région (voir Tableau 15).

En termes d'interventions pour la promotion de la santé maternelle au niveau de la structure (par ex., la nature du counseling sur les soins prénatals), aucune différence n'a été notée entre les villages d'intervention et de comparaison pour l'échantillon total (l'ensemble des deux régions), et il était de même à Kissidougou, en termes de pourcentage de femmes ayant un score élevé pour l'Indice du counseling concernant les soins prénatals. Cependant, à Labé, les femmes dans les villages de comparaison étaient plus susceptibles d'avoir des scores élevés concernant l'Indice du counseling sur les soins prénatals, ce qui indique que l'exposition à cette intervention représentait potentiellement un facteur de confusion pour les zones d'étude à Labé (voir Tableau 15) ; les femmes dans les villages de comparaison à Labé semblaient avoir reçu un meilleur counseling au cours des visites prénatales que les femmes dans les villages d'intervention.

G. Résultats d'intérêt : la connaissance, la préparation à l'accouchement, et la recherche de soins pendant la grossesse et à l'accouchement

Les différences entre les villages d'intervention et les villages de comparaison en termes de résultats intermédiaires (tels que évalués par l'indice de connaissance sur le risque obstétrical, l'indice de connaissance sur la préparation à l'accouchement, et l'indice de préparation à l'accouchement) sont présentées au Tableau 16. Les femmes des villages d'intervention étaient, de manière significative, plus susceptibles d'avoir des scores élevés sur l'indice de connaissance de préparation à l'accouchement (41% contre 27%). Cependant, il n'y avait pas de différences significatives entre les villages d'intervention et les villages de comparaison quand au pourcentage des femmes qui ont des scores élevés sur l'indice de connaissance de risque obstétrical.

Les niveaux de préparation à l'accouchement n'étaient pas fondamentalement différents concernant l'échantillon total ; cependant il y avait des différences significatives entre les villages d'intervention et de comparaison au niveau de chaque région. A Kissidougou, beaucoup de femmes dans les villages d'intervention avaient de manière significative des scores plus élevés sur l'indice de préparation à l'accouchement que dans les villages de comparaison (30% contre 15%). A Labé, c'est le contraire : le pourcentage des femmes avec des scores élevés sur l'indice de préparation à l'accouchement était plus élevé dans les villages de comparaison que dans les villages d'intervention (44% contre25%).

Tableau 16. Résultats intermédiaires (connaissance et préparation à l'accouchement) chez les femmes ayant accouché après l'intervention, par zone d'étude

	Intervention (N=601)	Comparaison (N=277)
Pourcentage de femmes avec un score « élevé » sur l'indice de connaissance de risque obstétrical	22.3%	22.0%
Pourcentage de femmes avec un score « élevé » sur l'indice de connaissance de préparation à l'accouchement	40.9%	26.7%***
Pourcentage de femmes avec un score « élevé » sur l'indice de préparation à l'accouchement	28.3%	25.0%
Kissidougou	29.7%	15.0%***
Labé	25.0%	43.8%***

***p ≤ 0.001

Quelques petites mais importantes différences étaient observées dans l'utilisation des services professionnels de santé maternelle pendant la grossesse et à l'accouchement (voir Tableau 17). Dans l'ensemble, les femmes dans les villages d'intervention étaient plus susceptibles de faire les visites prénatales au moins quatre fois (60% vs 50%). A Kissidougou, les femmes dans les villages d'intervention étaient plus susceptibles d'accoucher dans une structure sanitaire (50% vs 40%). A Labé, où les CVPME avaient été récemment mis en place, aucune différence significative n'a été notée entre les villages d'intervention et de comparaison concernant l'utilisation par les femmes des services d'accouchement au niveau des structures sanitaires.

Tableau 17 La recherche de soins pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum chez les femmes ayant accouché après l'intervention par zone d'étude

Résultats de la recherche de soins	Intervention (N=601)	Comparaison (N=277)
Ayant fait une visite prénatale au moins une fois	90.0%	93.1%
Ayant fait une visite prénatale au moins quatre fois	59.6%	50.0%**
Moyenne du nombre de visites prénatales	4.67	4.52
Durée moyenne des premières visites prénatales (dans les mois de gestation)	3.1 mois	2.9 mois
Ayant accouché dans une structure sanitaire	51.9%	49.1%
Kissidougou	49.7%	40.3%*
Labé	57.6%	65.6%
Soins recherchés pour des signes liés à de graves complications obstétricales	77.7%	78.7%

*p ≤ 0.05; **p ≤ 0.01

La recherche de soins d'accouchement chez les femmes ayant accouché après l'intervention était comparée avec celle des femmes ayant accouché avant l'intervention à travers les villages d'intervention et de comparaison. Il est intéressant de noter que les données ont montré que l'utilisation des structures sanitaires pour l'accouchement était de manière significative plus faible chez les femmes qui ont eu un accouchement post-intervention (voir tableau 18). De même, la recherche de soins pour des signes de complications obstétricales graves était aussi plus faible chez le groupe de femmes ayant accouché après la mise en place des comités. Ces remarques sont surprenantes du fait qu'elles révèlent une baisse dans l'utilisation à la fois des soins intermédiaires et des soins obstétricaux d'urgence. Cependant, ces différences pourraient être imputables aux différences socio-économiques observées entre les deux groupes de femmes. Comme noté plus tôt (voir Tableau 3), les femmes qui ont accouché après la mise en place des comités étaient de manière significative plus jeunes et plus pauvres que celles qui ont accouché avant la mise en place des CVPME.

Tableau 18. Différences dans la recherche de soins chez les femmes avec des accouchements pré et post-intervention, par zone d'étude

	Pré-Intervention (N=455)	Post-Intervention (N=878)
Ayant accouché dans une structure sanitaire	58.9%	51.0%**
Ayant sollicité des soins de santé pour des signes liés à des complications obstétricales graves	85.5%	78.1%*

*p ≤ 0.05; **p ≤ 0.01

H. Les déterminants de la connaissance sur la santé maternelle

Comme décrit dans le modèle logique servant de base à l'intervention (voir Figure 1), l'on s'attend à ce que les facteurs contextuels (tels que les systèmes de soutien communautaires accru) et l'exposition à l'intervention contribuent à l'accroissement de la connaissance et à la sensibilisation sur les risques de la santé maternelle au niveau des populations. Pour mettre cette hypothèse à l'épreuve, des analyses bivariées ont été effectuées dans le but d'étudier à fond l'association entre les indices d'exposition contextuelle et à l'intervention et un haut niveau de connaissance sur les

risques obstétricaux, les signes de danger et les causes de la fistule (l'indice de connaissance sur les risques obstétricaux), ainsi que sur la préparation à l'accouchement (l'indice de connaissance sur la préparation à l'accouchement). En outre, l'association entre un counseling de qualité au cours des visites prénatales (Indice de counseling pendant les visites prénatales) et la connaissance individuelle a été étudiée à fond. Ces analyses ont été effectuées pour le sous- ensemble de femmes (aussi bien dans les villages d'intervention que dans les villages de comparaison) ayant accouché après la mise en place des CVPME.

Tel que indiqué dans le Tableau 19, **la connaissance des femmes sur les risques obstétricaux et les signes de danger** était de manière positive et significative associée au contenu des visites prénatales et à l'exposition individuelle des femmes aux activités de promotion de la santé maternelle au niveau communautaire. Cependant, le fait de vivre au sein d'une communauté ayant un score élevé d'Indice du système de soutien communautaire n'était pas significativement associé à la connaissance des femmes sur les risques obstétricaux.

Tableau 19. Associations entre l'exposition contextuelle et d'intervention et les scores de l'indice de connaissance chez les femmes ayant accouché après l'intervention

Indices d'exposition contextuelle et d'intervention	**Score de l'indice de connaissance « élevée » sur les risques obstétricaux** RR brut (95% CI)	**Score de l'indice de connaissance « élevée » sur la préparation à l'accouchement** RR brut (95% CI)
Indice du système de soutien communautaire (>60% des femmes de la communauté rapportent l'existence de système de soutien à la santé maternelle au niveau de leur village)	1.26 (0.86, 1.86)	6.04 (4.19, 8.72)***
L'indice d'exposition au soutien communautaire (exposition individuelle au(x) soutien/ressources de la santé maternelle au niveau communautaire)	1.67 (1.23, 2.30)**	2.90 (2.18, 3.85)**
L'indice de counseling lors des visites prénatales (counseling sur le lieu d'accouchement et sur la préparation à l'accouchement pendant les visites prénatales)	2.23 (1.58, 3.15)***	2.05 (1.53, 2.76)***

**p ≤ 0.01; ***p ≤ 0.001

La variable contextuelle (l'Indice du système de soutien communautaire) et l'exposition individuelle aux interventions de promotion de la santé maternelle au niveau de la structure de santé étaient associées de manière positive aux niveaux élevés de **connaissance sur la préparation à l'accouchement**. Les femmes vivant dans les communautés avec des scores élevés de l'indice du système de soutien communautaire étaient six fois plus susceptibles d'avoir un score « élevé » d'Indice de connaissance sur la préparation à l'accouchement (risque relatif brut [RR] 6.04) que les femmes qui vivent au sein des communautés à faibles scores d'Indice du système de soutien communautaire. Les femmes qui ont rapporté avoir été personnellement exposées aux activités de promotion de la santé maternelle au niveau communautaire (Indice d'exposition au soutien communautaire) étaient presque trois fois plus susceptibles d'avoir des niveaux de connaissance élevés sur la préparation à l'accouchement que ne l'étaient les femmes avec un faible degré d'exposition. Le contenu du counseling prénatal sur la préparation à l'accouchement était aussi de manière positive et significative associé au niveau de connaissance des femmes sur la préparation à l'accouchement (RR brut, 2.05).

Basées sur les résultats des analyses bivariées, l'analyse de régression multiple était utilisée pour étudier davantage l'association entre les variables contextuelles et d'intervention et les scores élevés de connaissance. Pour l'indice de connaissance sur le risque obstétrical, les deux indices d'exposition à l'intervention qui étaient significativement associés à un niveau de connaissance élevé (i.e. l'Indice d'exposition au soutien communautaire et l'Indice de counseling au cours des visites prénatales) avaient été inclus dans un modèle initial (voir Modèle 1, Tableau 20). Cette analyse multivariée a montré que le counseling lors des visites prénatales était considérablement associé à la connaissance élevée sur les risques obstétricaux et les signes de danger (RR ajusté, 2.1), alors que l'exposition individuelle aux systèmes de soutien communautaire ne l'était pas.

Un second modèle contrôlant pour le degré d'alphabétisation qui était de manière significativement associé à la connaissance sur les risques obstétricaux dans l'analyse bidimensionnelle (RR brut, 1.18; 95% CI, 0.75, 1.859) a été construit. Dans ce modèle à variables multiples (voir Modèle II, Tableau 20), seul le contenu du counseling prénatal semblait être un déterminant important des niveaux élevés de connaissance sur les risques obstétricaux et les signes de danger. Les femmes avec des scores élevés de l'Indice de counseling lors des visites prénatales étaient deux fois plus susceptibles d'avoir des hauts niveaux de connaissance sur les risques obstétricaux et les signes de danger que les femmes avec des scores faibles de l'indice.

Tableau 20. Déterminants de la connaissance individuelle liée aux risques obstétricaux, chez les femmes avec des accouchements « post-intervention »

Connaissance sur les risques obstétricaux, les signes de danger et la fistule	Modèle I RR ajusté (95% CI)	Modèle II RR ajusté (95% CI)
Variables d'exposition contextuelle et d'intervention	1.35 (0.96, 1.926)	1.32 (0.93, 1.87)
Indice d'exposition au soutien communautaire (exposition individuelle au(x) soutien/ressources de la santé maternelle au niveau communautaire)	2.10 (1.48, 2.99) ***	2.08 (1.47, 2.97) ***
Indice de counseling lors des visites prénatales (Counseling sur le lieu d'accouchement et la préparation à l'accouchement pendant les visites prénatales)		1.07 (0.99, 1.15)
Variables sociodémographiques		
Degré d'alphabétisation (aptitude à lire facilement)		

***p ≤ 0.001

Des analyses similaires ont été faites dans le but d'étudier davantage les déterminants de la connaissance sur la préparation à l'accouchement. Tel que montré dans le Tableau 21, tous les trois indices contextuels et d'intervention étaient associés de manière positive et significative aux scores élevées de l'indice de connaissance sur la préparation à l'accouchement. Les analyses bivariées avaient aussi montré que des scores élevés de l'indice de connaissance sur la préparation à l'accouchement étaient associés au degré d'alphabétisation des femmes (RR brut, 1.53; 95% CI, 1.03, 2.27) et au statut de richesse des ménages, qui était associé de manière négative à la connaissance sur la préparation à l'accouchement (RR brut, 0.86; 95% CI, 0.78, 0.95). Le fait d'être âgé de 25 ans ou plus au moment d'un accouchement récent semblait être associé à un niveau de la connaissance plus élevé sur la préparation à l'accouchement ; cependant, la signification statistique était marginale (p=0.06). D'autres variables individuels et socio-économiques, telles que la parité, et la distance à parcourir pour se rendre à une structure sanitaire offrant des soins de maternité, n'étaient pas associées à la connaissance sur la préparation à l'accouchement.

Dans un modèle multivarié initial, tous les trois indices contextuels et d'intervention sont demeurés significativement positivement associés à la connaissance sur la préparation à l'accouchement (voir Modéle1, Tableau 21). La variable contextuelle (i.e., le fait de vivre dans un village avec un score élevé de l'indice du système de soutien communautaire) avait le plus grand effet sur la connaissance de la préparation à l'accouchement ; les femmes qui vivent dans les communautés avec des systèmes de soutien communautaires solides et efficaces pour la santé maternelle étaient plus de quatre fois plus susceptibles d'avoir des niveaux de connaissance élevés sur la préparation à l'accouchement. L'exposition individuelle aux systèmes de soutien communautaire et à un bon counseling pendant les soins prénatals demeuraient aussi de manière significative et positive associée à la connaissance sur la préparation à l'accouchement (voir Modèle I, Tableau 21).

Le degré d'alphabétisation, la richesse et l'âge ont été inclus dans un second modèle à variables multiples (voir Modèle II, Tableau 21). Dans ce modèle élargi, tous les trois indices contextuels et d'intervention sont restés de manière significative et positive associés à la connaissance de la préparation à l'accouchement, comme l'était le degré d'alphabétisation des femmes (i.e., l'aptitude à lire facilement). La richesse et l'âge n'était pas associés à la connaissance sur la préparation à l'accouchement.

.

Tableau 21. Déterminants de la connaissance individuelle liée à la préparation à l'accouchement chez les femmes ayant accouché après l'intervention

Connaissance de la préparation à l'accouchement	Modèle I RR ajusté (95% CI)	Modèle II RR ajusté (95% CI)
Variables contextuelles & d'intervention		
Indice du système de soutien communautaire	4.45 (2.96, 6.70) ***	4.22 (2.77, 6.42) ***
(>60% des femmes dans la communauté ont rapporté l'existence de système de soutien à la santé maternelle communautaire au niveau de leur village)	1.88 (1.36, 2.62) ***	1.91 (1.372, 2.66) ***
L'indice d'exposition au soutien communautaire (exposition individuelle au(x) soutien/ressources à la santé maternelle au niveau communautaire)	1.72 (1.25, 2.36) **	1.67 (1.21, 2.31) **
Indice du counseling lors des visites prénatales	—	0.94 (0.83, 1.06)
(Counseling sur le lieu d'accouchement et la	—	1.73 (1.07, 2.79) *
préparation à la naissance pendant les visites prénatales)	—	1.16 (0.83, 1.61)
Variables sociodémographiques		
Richesse (le plus riche quintile)		
Degré d'alphabétisation (aptitude à lire facilement)		
Age (âge ≥de 25 ans au moment d'un accouchement récent)		

*p ≤ 0.05; **p ≤ 0.01; ***p ≤ 0.001

I. Déterminants de la préparation à l'accouchement

Des analyses similaires avaient été faites pour étudier davantage les déterminants des hauts niveaux de préparation des ménages à l'accouchement (i.e., au moins trois sur cinq séances importantes de préparations à l'accouchement) chez des femmes ayant accouché après l'intervention. Des analyses bivariées ont révélé que des scores élevés de l'indice du système de soutien communautaire, de l'indice d'exposition au soutien communautaire et de l'indice du counseling lors des visites prénatales étaient tous associés de manière significative aux scores élevés de la préparation à l'accouchement (voir Tableau 22). Le counseling lors des visites prénatales sur la préparation à l'accouchement était particulièrement important. Les femmes avec un score élevé de l'indice de counseling lors des visites prénatales étaient plus de six fois plus susceptibles de s'engager dans un niveau élevé de préparation à l'accouchement. Dans le même ordre d'idée, les femmes vivant au sein des communautés avec un score élevé de l'indice du système de soutien communautaire étaient plus de deux fois plus susceptibles de s'engager dans un niveau élevé de préparation à l'accouchement, par comparaison aux femmes vivant dans les communautés avec un faible score de l'indice.

Tableau 22. Associations entre l'exposition contextuelle et d'intervention et les scores élevés sur l'indice de préparation à l'accouchement chez les femmes ayant accouché après l'intervention

	Hauts niveaux de préparations à l'accouchement Risque relatif brut (95% CI)
Indice du système de soutien communautaire (>60% des femmes dans la communauté qui rapportent l'existence de systèmes de soutien à la santé maternelle au niveau de leur village)	2.04 (1.44, 2.90) ***
Indice d'exposition au système de soutien communautaire (exposition individuelle au(x) soutien/ressources pour la santé maternelle au niveau communautaire)	2.69 (1.98, 3.66) ***
Indice du counseling lors des visites prénatales (Counseling sur le lieu et la préparation à l'accouchement)	6.40 (4.42, 9.27) ***

***p ≤ 0.001

Parmi les variables individuelles et sociodémographiques, seul le degré d'alphabétisation était associée à des niveaux élevés de préparation à l'accouchement ; cependant, son importance statistique était marginale (p=0.07). La richesse, la parité, l'âge et la distance pour se rendre à une structure sanitaire offrant des soins de santé maternelle n'étaient pas associés à un niveau élevé de préparation à l'accouchement.

Les trois variables d'exposition contextuelles et d'intervention étaient incluses dans un modèle à variables multiples (voir Modèle 1, Tableau 23). Dans ce modèle, le fait de vivre dans une communauté avec un système de soutien solide pour la santé maternelle ne semblait pas être associé à un haut niveau de préparation à l'accouchement. Cependant, l'exposition individuelle aux personnes-ressources au niveau communautaire était associée de manière significative et positive avec une telle préparation. Les femmes avec une exposition individuelle aux personnes- ressources communautaires étaient deux fois plus susceptibles que leurs homologues de s'engager dans une préparation à l'accouchement. Le counseling lors des visites prénatales était particulièrement important ; les femmes avec des scores élevées de l'indice de counseling lors des visites prénatales étaient plus de cinq fois plus susceptibles de s'engager dans un haut niveau de préparation à l'accouchement que ne l'étaient les femmes avec des scores plus faibles de l'indice.

Le degré d'alphabétisation[2] et les deux variables intermédiaires de connaissance (l'Indice de connaissance sur les risques obstétricaux et l'Indice de connaissance sur la préparation à l'accouchement) étaient inclus dans un second modèle à variables multiples. Dans le modèle élargi, le counseling lors des visites prénatales et l'exposition individuelle aux personnes- ressources au niveau de la communauté sont demeurés de manière significative et positive associés à la préparation à l'accouchement, tout comme l'était le score élevé de l'indice de connaissance sur la préparation à l'accouchement. En contrôlant pour le degré d'alphabétisation, les femmes avec des scores élevées de l'indice de counseling pendant les visites prénatales étaient plus de cinq fois plus susceptibles de se préparer à l'accouchement ; les femmes avec une exposition individuelle aux personnes-ressources sur la santé maternelle au niveau communautaire étaient presque deux fois plus susceptibles de faire de telles préparations ; le degré d'alphabétisation et la connaissance sur les risques obstétricaux n'étaient pas associées avec le niveau de préparation à l'accouchement des femmes. Ces observations montrent que des femmes avec un faible niveau d'alphabétisation sont capables de se préparer à l'accouchement. Elles montrent aussi que la connaissance sur les risques

[2] Tel que noté plus haut, un critère seuil de p ≤0.10 était utilisée pour exclure les variables du modèle de régression multiple.

obstétricaux et des signes de danger n'est pas un facteur important pour la préparation à l'accouchement.

Tableau 23. Déterminants de la préparation à l'accouchement chez les femmes ayant accouché après l'intervention

Variables	Modèle I RR ajusté	Modèle II RR ajusté
Variables d'exposition contextuelles et d'intervention	1.112 (0.712, 1.736)	0.736 (0.475, 1.227)
Indice du système de soutien communautaire (>60% des femmes de la communauté rapportent l'existence de systèmes de soutien à la santé maternelle au niveau de leur village)	2.151 (1.485, 3.116) ***	1.846 (1.255, 2.714) **
Indice d'exposition au soutien communautaire (exposition individuelle au(x) soutien/ ressources pour la santé maternelle au niveau communautaire)	5.632 (3.864, 8.208) ***	5.573 (3.774, 8.230) ***
Indice de counseling lors des visites prénatales (counseling sur le lieu et la préparation à l'accouchement pendant les visites prénatales)	1.32 (0.81,2.16)	1.21 (0.73, 8.23)
Variables sociodémographiques	—	0.706 (0.458, 1.088)
Degré d'alphabétisation (ne sait pas lire/ lis avec difficulté)	—	3.376 (2.277, 5.006) ***
Variables de résultat intermédiaire		
Indice de connaissance sur les risques obstétricaux (connaissance sur les risques obstétricaux, les signes de danger et les causes de fistule)		
Indice de connaissance sur la préparation à l'accouchement (connaissance sur la préparation à l'accouchement)		

**p ≤ 0.01; ***p ≤ 0.001

J. Déterminants de l'accouchement au niveau de la structure

Des analyses bivariées ont été faites en vue d'explorer l'association entre les indices d'exposition contextuelle et à l'intervention et l'accouchement au niveau de la structure sanitaire d'une part, et l'association entre les résultats intermédiaires (Indice de connaissance des risques obstétricaux, indice de connaissance sur la préparation à l'accouchement, et l'indice de préparation à l'accouchement) et l'accouchement au niveau de la structure d'autres parts. Des analyses bivariées ont été également utilisées pour étudier l'association entre les déterminants individuels et sociodémographiques de l'accouchement dans une structure sanitaire, tels que la richesse, le degré d'alphabétisation, l'âge, la parité, la distance pour se rendre à une structure offrant des soins de santé maternels. Comme indiqué dans le tableau 24, ces analyses bivariées ont montré que les femmes étaient significativement plus susceptibles d'accoucher dans une structure sanitaire si elles habitaient dans un village avec un score élevé de l'indice du système de soutien communautaire, si elles étaient personnellement exposées aux activités de promotion de la santé maternelle menées par les personnes-ressources de la communauté, et si elles recevaient un counseling sur l'accouchement au niveau d'une structure sanitaire et sur la préparation à l'accouchement pendant les consultations prénatales.

Dans cette analyse bivariée, la connaissance des femmes sur la préparation à l'accouchement et leur niveau de préparation étaient également associés de manière positive et significative à l'accouchement dans une structure de santé, comme l'étaient les variables individuelles et sociodémographiques, telles que la richesse, le degré d'alphabétisation et la distance pour se rendre à une structure sanitaire où des soins de maternité sont offerts (voir Tableau 24). La parité et l'âge au moment de l'accouchement le plus récent semblaient être négativement associés à l'accouchement dans une structure ; cependant, l'âge n'avait pas une grande importance statistique (p=0.064). Il est important de noter que la connaissance des femmes sur les risques obstétricaux, les signes de danger et les causes de la fistule obstétricale (i.e., l'indice de connaissance sur les risques obstétricaux) n'étaient pas associés à l'utilisation plus fréquente des structures sanitaires pour l'accouchement.

Tableau 24 Associations entre les variables contextuelles, l'exposition à l'intervention, les résultats intermédiaires et l'accouchement au niveau d'une structure chez les femmes ayant accouché après l'intervention

Indices d'exposition contextuelle et d'intervention	**Accouchement au niveau d'une structure** RR brut (95% CI)
Indice du système de soutien communautaire (>60% de femmes rapportent l'existence d'un système de soutien de la santé maternelle dans leur village)	2.33 (1.64, 3.32) ***
Indice d'exposition au soutien communautaire (Exposition individuelle au(x) soutien/ressources en matière de santé maternelle au niveau communautaire)	1.50 (1.15, 1.96) **
Indice d'exposition au counseling prénatal (Counseling au niveau du lieu d'accouchement sur la préparation à l'accouchement au cours des visites prénatales)	1. 70 (1.28, 2.25) ***
Indices des résultats intermédiaires	
Indice de la connaissance sur les risques obstétricaux (connaissance sur les risques obstétricaux, les signes de danger et les causes de la fistule)	1.22 (0.89, 1.68)
Indice de la connaissance sur la préparation à l'accouchement (Connaissance sur la préparation à l'accouchement)	2.08 (1.57, 2.76) ***
Indice de la préparation à l'accouchement (≥ 3 séances de préparation à l'accouchement)	3.31 (2.21, 4.18) ***
Variables individuelles et sociodémographiques	
Richesse (le quintile le plus riche)	1.29 (1,17, 1.42) ***
Degré d'alphabétisation (aptitude à lire facilement)	3.96 (2.50, 6.27) ***
Parité (La parité plus élevé contre la parité la plus faible)	0.91 (0.86, 0.97) **
Age à l'accouchement la plus récente (≥25 ans)	0.77 (0.59, 1.02) (p=0.064)
Distance à la structure la plus proche offrant des soins de maternité (≤2 km)	2.98 (2.251, 3.938) ***

*p ≤ 0.05; **p ≤ 0.01; ***p ≤ 0.001

Les variables d'exposition contextuelle et à l'intervention ont été incluses dans un modèle multivarié, avec les cinq variables individuelles/sociodémographiques répondant aux critères d'inclusion (voir Tableau 24). Tel que démontré dans le Tableau 25 (Model I), tous les trois indices

contextuels et d'intervention étaient considérablement associés à l'utilisation par les femmes des services d'accouchement des structures sanitaires. Après avoir contrôlé pour le statut de richesse, le degré d'alphabétisation, la parité, l'âge et la distance à parcourir pour obtenir des soins de maternité, les femmes résidant dans les villages ayant des systèmes de soutien solides et efficaces pour la santé maternelle étaient deux fois plus susceptibles d'accoucher dans une structure sanitaire que les femmes résidant dans les communautés dépourvues de solides systèmes de soutien communautaire. De la même manière, les femmes rapportant avoir été personnellement exposées aux interventions communautaires et des structures sanitaires pour la promotion de la santé maternelle étaient 1,4 et 1,5 fois respectivement plus susceptibles d'accoucher dans une structure sanitaire que les femmes n'ayant pas été exposées.

En plus des, un second modèle multivarié contrôlant pour les deux variables de résultats intermédiaires indiquées comme étant significativement associées à l'accouchement dans une structure sanitaire, et incluant les variables individuelles et sociodémographiques, a été construit. Dans ce modèle élargi, l'Indice du système de soutien communautaire est resté significativement associé à l'accouchement dans une structure sanitaire. Les femmes résidant dans les villages où plus de 60% des femmes ont rapporté l'existence de systèmes de soutien communautaire pour la santé maternelle étaient plus de deux fois plus susceptibles d'accoucher dans une structure sanitaire que les femmes résidant dans les villages ayant un faible score sur l'indice (RR ajusté, 2.161).

Tableau 25. Déterminants de l'accouchement dans une structure chez les femmes ayant accouché après l'intervention

Variables	Modèle I RR ajusté (95% CI)	Modèle II RR ajusté (95% CI)
Variables d'exposition contextuelle et d'intervention		
Indice du système de soutien communautaire (>60% de femmes dans la communauté rapportent l'existence d'un système de soutien de la santé maternelle dans leur village)	2.37 (1.54, 3.43) ***	2.161 (1.381, 3.382) **
Indice d'exposition au soutien communautaire (Exposition individuelle au(x) soutien/ressources en matière de santé maternelle au niveau communautaire)	1.42 (1.01, 1.98) *	1.266 (0.898, 1.786)
Indice de counseling lors des visites prénatales (Counseling au niveau du lieu d'accouchement sur la préparation à l'accouchement au cours des visites prénatales)	1.54 (1.12, 2.12) **	1.265 (0.901, 1.776)
	1.24 (1.12, 2.12) *** 2.64 (1.57, 4.44) *** 3.09 (2.25, 4.24) ***	1.23 (1.09, 1.39) ** 2.50 (1.48, 4.19) ** 3.08 (2.24, 4.25) ***
Variables sociodémographiques		
Richesse (le quintile le plus riche)	0.94 (0.86, 1.12)	0.93 (0.86, 1.02)
Degré d'alphabétisation (aptitude à lire facilement)	1.01 (0.67, 1.49)	0.97 (0.65, 1.44)
Distance (≤2 km de la maternité)	—	1.308 (0.90, 1.78)
Parité (La parité plus élevé contre la parité la plus faible)	—	1.88 (1.27, 2.79) **
Age (≥25 ans au moment de l'accouchement la plus récente)		
Variables des résultats intermédiaires		
Indice de la connaissance sur la préparation à		

Variables	Modèle I RR ajusté (95% CI)	Modèle II RR ajusté (95% CI)
l'accouchement Indice de la préparation à l'accouchement (≥ 3 séances de préparation à l'accouchement)		

*p ≤ 0.05 ; **p ≤ 0.01 ; ***p ≤ 0.001

Dans le modèle élargi, l'exposition individuelle aux interventions au niveau communautaire et de la structure en matière de santé maternelle n'était pas significativement associée à des niveaux élevés d'accouchement dans une structure après l'inclusion des variables de résultats intermédiaire. Cependant, le niveau de préparation des femmes à l'accouchement est resté associé de manière significative à l'utilisation des services d'accouchement des structures de santé. En d'autres termes, après avoir contrôlé le statut de la richesse, le degré d'alphabétisation et la distance à parcourir pour se rendre à une structure sanitaire, les femmes ayant fait au moins trois séances de préparation étaient environ deux fois plus susceptibles d'accoucher dans une structure sanitaire que celles qui n'ont pas fait une telle préparation. L'effet de la connaissance des femmes sur la préparation à l'accouchement était atténué dans le modèle élargi et n'était pas significatif sur le plan statistique – un résultat qui n'est pas surprenant vu l'importance de l'association qui existe entre la connaissance de la préparation à l'accouchement et le niveau de préparation à l'accouchement (voir Tableau 23).

IV. Discussion

L'étude a révélé **des différences notables entre les villages d'intervention et de comparaison en termes de renforcement des capacités communautaires pour la promotion de la santé maternelle**. Dans les villages d'intervention, les personnes-ressources au niveau communautaire avaient des niveaux plus élevés de connaissance sur la santé maternelle et la prévention de la fistule que leurs homologues qui se trouvent dans les villages de non intervention, et ces cadres ont rapporté des niveaux plus élevés d'activités de promotion de la santé maternelle. Confirmant les résultats obtenus à partir des informateurs clé, l'étude a démontré des différences mesurables au niveau de la population entre les villages d'intervention et de comparaison en termes d'exposition aux efforts de promotion de la santé maternelle au niveau communautaire.

Plus important encore, l'étude a montré que **le niveau de connaissance sur la santé maternelle était plus élevé dans les villages d'intervention que dans les villages de comparaison**. Significativement, un nombre plus important de femmes dans les communautés d'intervention connaissait le nombre recommandé de visites prénatales, et elles étaient plus à même en mesure de citer des signes de danger au cours de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que après l'accouchement. **Le niveau de connaissance sur la fistule obstétricale – le point focal des efforts de sensibilisation des CVPME – était également plus élevé dans les villages d'intervention**.

Le niveau de connaissance des femmes sur la santé maternelle était généralement plus élevé dans la région de Kissidougou où les CVPME ont été initialement établis, par comparaison à Labé. En revanche, la connaissance sur la fistule obstétricale était considérablement plus élevée à Labé où les comités avaient activement travaillé pendant une courte période, par comparaison à Kissidougou. Ces résultats étaient surprenants, mais il est possible qu'à Kissidougou, où les comités avaient existé pendant longtemps, « la lassitude » se soit installée aussi bien au niveau des CVPME que des membres de la communauté au sens large. Il se pourrait que les CVPME aient diminué leurs efforts de sensibilisation sur la fistule obstétricale après plusieurs années d'activités, ce qui fait que les membres de la communauté sont devenus moins intéressés aux réunions. D'autre part, des différences éventuelles quant au contenu de la formation offerte aux comités de Labé pourraient les rendre plus efficaces dans leurs efforts de sensibilisation – que ça soit à travers des visites à domicile/suivis de la grossesse ou à travers des activités de sensibilisation telles que des débats ou des discussions communautaires sur l'éducation sanitaire.

Parmi les femmes ayant accouché après l'établissement des CVPME, de légères différences mais significatives, ont été notées entre les villages d'intervention et de comparaison concernant l'utilisation par les femmes des services de soins prénatals (au moins quatre visites prénatales). En outre, dans la région de Kissidougou, les femmes dans les villages d'intervention étaient significativement plus susceptibles d'accoucher au niveau d'une structure sanitaire que celles qui résidaient dans les villages de comparaison. Cependant, aucune différence à cet égard n'a été notée dans la région de Labé. Dans les deux régions, il n'y avait aucune différence dans la recherche de soins en cas de signes de complications obstétricales sévères pendant la grossesse, l'accouchement ou en période postpartum. Bien qu'inattendus, ces résultats devraient être interprétés selon le contexte; cela vaut la peine de mentionner qu'aussi bien dans les villages d'intervention que dans les villages de comparaison, il y avait une petite baisse mais significative quant à l'utilisation des soins périnatals et la recherche de soins en cas de complications entre les femmes ayant accouché avant le lancement des CVPME et celles ayant accouché après. Ce résultat était surprenant mais pourrait s'expliquer des différences observées dans l'échantillon. En effet, dans les villages d'intervention, les femmes ayant accouché après le lancement des comités étaient de loin plus jeunes et plus pauvres que celles ayant accouché avant l'établissement de ces comités.

L'étude a identifié plusieurs déterminants importants de la recherche de soins de maternité. Dans l'ensemble, l'étude indique que **là où des systèmes de soutien communautaires efficaces existaient, ils avaient une grande influence positive sur la recherche de soins de maternité**. En contrôlant pour la richesse, le niveau d'alphabétisation, la parité, l'âge et la distance à parcourir pour se rendre à une structure sanitaire, l'on a trouvé que les femmes vivant dans un village où un pourcentage élevé de femmes ont rapporté la présence de promoteurs de la santé maternelle, ces femmes-là étaient deux fois plus susceptibles d'accoucher dans une structure par rapport à leurs homologues vivant dans une communauté dépourvue de ces réseaux de soutien. Le fait de résider dans une telle communauté semblait avoir une plus grande influence que le statut de richesse du ménage et ce phénomène était presque comparable à l'influence du niveau d'alphabétisation des femmes et de la distance pour se rendre à une structure qui constituent d'autres déterminants connus de la recherche de soins de maternité. Dans le modèle de régression multiple, l'effet de l'Indice du système de soutien communautaire dépassait celui de l'exposition individuelle des femmes aussi bien aux interventions de la communauté qu'à celles de la structure sanitaire pour la promotion de la santé maternelle.

Les résultats de l'étude ont également mis en évidence **l'importance de la préparation des ménages à l'accouchement**. Les femmes ayant rapporté avoir fait des préparations avancées pour l'accouchement étaient presque trois fois plus susceptibles d'accoucher dans une structure sanitaire que celles qui n'en avaient pas ont fait ainsi. La préparation à l'accouchement était considérablement plus importante que le niveau de connaissance sur les signes de danger obstétrical qui n'était pas associé au choix des femmes d'accoucher dans une structure. Une attention particulière devrait être accordée à ce résultat étant donné que des efforts considérables ont été fournis dans les interventions de santé maternelle pour sensibiliser la communauté sur les signes de danger liés à la grossesse afin d'éviter « le premier retard » (Thaddeus & Maine, 1994) qui constitue un facteur contributif de la mortalité maternelle. Les résultats de la présente étude indique que la connaissance sur les signes de danger n'a pas une influence sur la préparation des femmes à l'accouchement ou sur le fait de porter leur choix sur une structure pour accoucher, ce qui montre que leur option ou utilisation des services *préventif*s de santé maternelle (par ex., les soins de l'accouchement normal) ne peut pas être motivé par l'appréhension ou les préoccupations sur les risques.

L'on a démontré que la **nature du counseling prénatal sur la préparation à l'accouchement était associée de manière importante et significative à la préparation à l'accouchement en tant que telle**. En contrôlant pour le degré d'alphabétisation, les femmes ayant reçu un counseling sur la préparation à l'accouchement étaient cinq fois plus susceptibles de faire au moins trois préparations, comparées aux femmes qui n'ont pas été conseillées. Considérant l'important impact de la préparation à l'accouchement sur l'utilisation des services d'une structure sanitaire pour l'accouchement, ce résultat met en évidence l'intérêt de porter une attention particulière à la préparation à l'accouchement au cours des consultations prénatales. Actuellement, beaucoup de femmes ne sont pas conseillées sur la préparation à l'accouchement au cours des visites prénatales. Tandis que 90% des femmes ayant accouché récemment ont fait des visites prénatales au moins une fois, moins de la moitié ont été conseillées sur une quelconque préparation à l'accouchement au cours de ces visites, et seulement environ la moitié a été conseillée d'accoucher au niveau d'une structure sanitaire. Vu l'importance d'un tel counseling, il apparait que les visites prénatales représentent actuellement une "occasion manquée" essentielle pour la promotion de la recherche de soins de maternité.

La présente étude possède plusieurs limitations, notamment l'absence d'une analyse préliminaire comparable. Tandis que le devis d'étude visait à combler cette insuffisance en utilisant une période de référence de cinq ans, qui inclue des accouchements antérieurs à la mise en place des CVPME, l'analyse des données de l'étude a démontré des différences socioéconomiques significatives entre

les femmes ayant accouché avant et celles après le lancement des comités. Par ailleurs, le biais de rappel pose également problème ; bien qu'il soit peu probable que les femmes aient oublié le lieu de leur accouchement, elles pourraient ne pas se rappeler de manière précise de la nature des soins, du counseling et des conseils reçus pour une grossesse qui a eu lieu il y a plusieurs années.

En outre, malgré les efforts de sélection des villages de comparaison ayant une égalité d'accès aux structures sanitaires offrant systématiquement des soins de maternité, les femmes dans les villages de comparaison avaient, de manière significative, un meilleur accès à ces sites par comparaison aux femmes qui se trouvaient dans les villages d'intervention ; et cette différence était d'autant plus importante pour le sous-ensemble de femmes ayant accouché après la mise en place des comités. L'on devra également noter que la distance était significativement associée à l'utilisation des services d'accouchement d'une structure sanitaire. Les femmes habitant à distance d'au maximum de 2 km d'une structure offrant des soins de maternité étaient environ trois fois plus susceptibles d'accoucher dans une structure que les femmes qui se trouvaient à plus de 2 km.

Une autre limitation importante est le fait que la qualité des soins de maternité disponibles n'est pas connue aussi bien dans les villages d'intervention que dans les villages de comparaison. L'étude n'a pas inclus l'évaluation de l'état de préparation des structures sanitaires pour fournir des soins d'accouchement normal ou la compétence des prestataires de soins de maternité au niveau de ces sites. La perception des clientes de la qualité des services est connue pour son influence sur leur comportement vis-à-vis de la recherche de soins ; cependant, s'il existait des différences dans la qualité des services entre les zones d'intervention et de comparaison, il n'y avait aucun moyen de les contrôler dans la présente étude.

Enfin, bien que des efforts soient fournis pour la sélection des villages de comparaison non exposés aux activités des CVPME, un faible pourcentage de femmes a mentionné, sans que rien ne leur soit demandé, les CVPME comme étant la principale source d'information et d'aide en matière de santé maternelle. Ce résultat suggère que certains villages de comparaison pourraient avoir été exposés à l'intervention à l'étude. Cet état de fait vient confirmer la nécessité d'avoir un cadre d'évaluation allant au-delà des devis traditionnels d'intervention/de comparaison pour évaluer et examiner l'influence des facteurs contextuels et d'exposition à l'intervention. Tel que noté par Bryce et al. (2011), la randomisation est rarement possible dans les évaluations de programme et, avec l'élargissement continu des programmes de survie de la mère et de l'enfant, trouver des zones de comparaison "vierges" est de plus en plus difficile. De Plus, les devis d'évaluation traditionnels ignorent une importante réalité concernant la programmation, c'est-à-dire, les interventions ne sont jamais mises en œuvre ou "déployées » avec une intensité ou une efficacité uniforme dans les différentes régions ou zones d'un pays donné. En résumé, l'on ne peut pas supposer que les zones d'intervention étaient uniformément exposées aux interventions programmatiques telles que prévues ou conçues.

Nonobstant ces limitations, les résultats de l'étude indiquent que là où les CVPME ou d'autres cadres communautaires ont été assez effectifs et actifs pour être reconnus par un pourcentage élevé de personnes interrogées, ces derniers avaient un effet important et positif sur la connaissance des femmes et sur leurs comportements par rapport à la recherche de soins de santé maternelle. Là où les personnes-ressources au niveau communautaire étaient moins actifs et moins crédibles en tant que source primaire d'information et d'aide pour la santé maternelle, l'on n'a trouvé aucun effet similaire.

V. Conclusions et recommandations

Les résultats de l'étude confirment que les systèmes de soutien communautaire relatifs à la promotion de la santé maternelle peuvent avoir une influence positive sur la recherche de soins pendant l'accouchement, et peuvent contribuer aux importants déterminants comportementaux pour la recherche de soins de santé maternelle, telle que la préparation des ménages à l'accouchement. Dans l'ensemble, les résultats de l'étude suggèrent que des efforts de renforcement des capacités aussi bien des structures sanitaires que des promoteurs communautaires de santé peuvent contribuer au progrès quant à l'amélioration de l'utilisation de soins qualifiés pendant l'accouchement.

Les résultats de l'étude donnent les recommandations suivantes pour assurer l'efficacité des approches communautaires dans la promotion de la santé maternelle et pour le renforcement de leur contribution à l'amélioration des résultats en santé maternelle :

- **Renforcer les connaissances et les compétences des cadres communautaires à travers des cours de recyclage et la mise à jour des compétences pour s'assurer de leur efficacité en tant que source principale d'information et d'aide pour les communautés.** Que les structures sanitaires soient établies à travers un projet tel que le projet Fistula Care, ou à travers des directives et politiques gouvernementales telles que les comités de santé et d'hygiène, les niveaux d'instruction de ces cadres communautaires ont tendance à être faibles et la formation minimale. Pour ces cadres-là, il est primordial de trouver des moyens de renforcer leur connaissance et de soutenir le développement continu des compétences. Une telle formation continue basée sur les compétences et le renforcement des capacités pourraient également aider à soutenir leur motivation d'entreprendre des activités volontaires. Les résultats de la présente étude ont montré que là où les personnes-ressources au niveau communautaire ont été crédibles en tant que principale source d'information et d'aide, il y avait une association positive quant à l'utilisation des services de soins de maternité.
- S'assurer que des zones de couverture réalistes sont attribuées aux structures du niveau communautaire ainsi qu'aux cadres responsables de la promotion de la santé maternelle. Tandis que l'exposition aux personnes-ressources au niveau communautaire était considérablement plus importante dans les zones d'intervention, la couverture était loin d'être universelle. Parmi les femmes ayant accouché dans les zones d'intervention depuis l'établissement des CVPME, moins de la moitié (37%) ont rapporté avoir bénéficié au moins d'une visite de suivi de la grossesse de la part d'une personne-ressource au niveau communautaire. En ce qui concerne les femmes exposées aux activités de ces cadres, la recherche de soins de santé maternelle semble être associée aux autres résultats d'intérêt de manière considérable et positive. Cependant, même dans les zones d'intervention, il semble qu'un pourcentage élevé de femmes ayant accouché récemment n'ont pas accès aux services de ces personnes-ressources.
- **Fournir un soutien permanent pour aider les cadres communautaires à continuer à améliorer leurs approches de sensibilisation**. Il est à noter qu'à Kissidougou, où les comités travaillaient activement depuis longtemps, la connaissance globale sur la fistule était plus faible qu'à Labé où les comités ont été récemment établis. Ce résultat – combiné aux réactions des comités à Kissidougou affirmant qu'il est de plus en plus difficile de motiver les membres de la communauté pour participer aux réunions – démontre le besoin d'aider ces cadres communautaires à améliorer et renforcer continuellement leurs approches pour maintenir l''intérêt et soutenir l'acquisition de hauts niveaux de connaissance au niveau communautaire.

- **Insister sur la préparation à l'accouchement dans les efforts de promotion de la santé au niveau communautaire**. Tandis que beaucoup d'efforts ont été fournis dans la sensibilisation sur les risques obstétricaux et les signes de danger, une telle connaissance n'était pas réellement associée au fait d'accoucher dans une structure ou aux comportements intermédiaires tels que la préparation à l'accouchement. En revanche, la connaissance des femmes et le niveau de préparation à l'accouchement **était effectivement** fortement associés à l'accouchement dans une structure sanitaire. Les promoteurs de la santé au niveau communautaire peuvent potentiellement être de solides avocats défenseurs de la préparation à l'accouchement, et peuvent être bien placés pour aider à faire face aux obstacles d'ordre culturel, religieux ou d'autres barrières normatives liées à la préparation à l'accouchement.

En plus des recommandations susmentionnées en rapport avec la prévention de la fistule au niveau communautaire et les interventions pour la santé maternelle, il est primordial de vérifier le contenu et la qualité des interventions au niveau de la structures et de s'assurer que les initiatives au niveau communautaire et au niveau de la structure se renforcent mutuellement et sont coordonnées pour promouvoir la santé maternelle. Ces recommandations clé sont:

- **Renforcer le contenu des soins prénatals et du counseling**. En Guinée et dans la plupart des pays de l'Afrique sub-saharienne (Wang et al., 2011), environ toutes les femmes reçoivent des soins prénatals au moins une fois au cours de leur grossesse. Et pourtant, la plupart de ces femmes ne sont pas conseillées d'aller accoucher au niveau d'une structure sanitaire. La présente étude a démontré que le fait de recevoir des conseils sur la préparation à l'accouchement au cours des visites prénatales est considérablement associé à la pratique de la préparation à l'accouchement, qui est à son tour, étroitement liée à l'accouchement au niveau d'une structure. Compte tenu de ces résultats, une attention particulière devrait être accordée à la nature des visites prénatales pour s'assurer qu'elles sont faites de manière optimale afin de promouvoir l'utilisation du continuum de ces services de soins de santé maternelle tout le long de la grossesse, de l'accouchement et de la période postpartum.
- **Assurer la disponibilité et la qualité des soins de maternité au niveau des structures de soins primaires**. La présente évaluation s'est concentrée sur une initiative de prévention de la fistule obstétricale au niveau communautaire conduite au niveau de deux communes urbaines de la Guinée. Bien que Fistula Care ait travaillé activement pour renforcer les soins obstétricaux d'urgence et les services de réparation de fistules obstétricales dans les hôpitaux régionaux dans ces deuz régions, le projet n'a pas entrepris d'activités pour accroitre la disponibilité et la qualité des services de maternité au niveau des structures de soins primaires qui sont plus accessibles aux femmes dans les communautés d'intervention. L'utilisation des services de soins de maternité était considérablement associée et de façon négative à la distance à parcourir pour obtenir des soins de maternité. Dans la présente étude, la distance semblait avoir un plus grand effet sur l'obtention des soins que les autres facteurs sociodémographiques tels que la richesse, et le risque relatif concernant l'accouchement des femmes résidant à proximité (à 2km) d'une structure offrant des soins de maternité était comparable à celui des femmes résidant dans une communauté ayant un capital social élevé. En ce qui concerne les femmes qui habitent loin de ces structures, l'exposition à l'intervention à elle seule pourrait ne pas être suffisante pour obtenir les changements souhaités en matière de recherche de soins de santé maternelle.

Références

AbouZahr, C., and Wardlaw, T. 2001. Maternal mortality at the end of a decade: signs of progress? *Bulletin of the World Health Organization* 79(6):561–568.

Barber, S. 2006. Does the quality of prenatal care matter in promoting skilled institutional delivery? A study in rural Mexico. *Maternal and Child Health Journal* 10(5):419–425.

Bloom, S. S., Lippeveld, T., and Wypij, D. 1999. Does antenatal care make a difference to safe delivery? A study in urban Uttar Pradesh, India. *Health Policy and Planning* 14(1):38–48.

Bryce, J., Victora, C. G., Boerma, T., Peters. D. H., and Black, R. E. 2011. Evaluating the scale-up for maternal and child survival: a common framework. *International Health* 3(3):139–146.

Direction Nationale de la Statistique (DNS) (Guinée) et ORC Macro. 2006. *Enquête Démographique et de Santé, Guinée 2005.* Calverton, MD, USA.

Family Care International. 2009. Household survey tools. Retrieved from: http://www.familycareintl.org/en/issues/38, November 1, 2012.

Family Health International (FHI). 2000. Behavioral Surveillance Surveys: Guidelines for Repeated Surveys in Populations at Risk for HIV. Arlington.

Liskin, L. S. 1992. Maternal morbidity in developing countries: a review and comments. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 37(2):77–87.

Miller, S., Sloan, N. L., Winikoff, B., et al. 2003. Where is the "E" in MCH? The need for an evidence-based approach in safe motherhood. *Journal of Midwifery & Women's Health* 48(1):10–18.

Miller, S., Lester, F., Webster, M., and Cowan, B. 2005. Obstetric fistula: a preventable tragedy. *Journal of Midwifery & Women's Health* 50(4):286–294.

Mpembeni, R. N., Killewo, J. Z., Leshabari, M. T., et al. 2007. Use pattern of maternal health services and determinants of skilled care during delivery in Southern Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*, doi: 10.1186/1471-2393-7-29.

Rutstein, S. O., and Johnson, K. 2004. *The DHS Wealth Index.* DHS Comparative Reports No. 6. Calverton, MD: ORC Macro.

Stanton, C., Blanc, A., Croft, T., and Choi, Y. 2007. Skilled care at birth in the developing world: progress to date and strategies for expanding coverage. *Journal of Biosocial Science* 39(1):109–120.

Thaddeus S., and Maine, D. 1994. Too far to walk: maternal mortality in context. *Social Science and Medicine* 38(8):1091–1110.

United Nations (UN). 2006. *UN millennium development goals.* New York: United Nations. Retrieved from: http://www.un.org/millenniumgoals/, November 13, 2012.

Wall, L. L. 2006. Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem. *Lancet* 368(9542):1201–1209.

Wang, W., Soumya, A., Wang, S., and Fort, A. 2011. *Levels and trends in the use of maternal health services in developing countries.* DHS Comparative Reports No. 26. Calverton, MD, USA: ICF Macro.