

# Influence du pouvoir intrafamilial sur les soins de santé maternelle au Mali: perspectives des femmes, des hommes et des belles-mères

Par Darcy White,  
Michelle Dynes,  
Marcie Rubardt,  
Koman Sissoko et  
Rob Stephenson

Darcy White est adjointe au programme de santé publique et Rob Stephenson est professeur adjoint, tous deux au Hubert Department of Global Health, Rollins School of Public Health, Emory University, Atlanta, GA, USA. Michelle Dynes est ancienne candidate au doctorat, à la Nell Hodgson Woodruff School of Nursing, Emory University. Marcie Rubardt est conseillère technique responsable, CARE International, Atlanta, USA. Koman Sissoko est responsable de projet, CARE International, Bamako, Mali

**CONTEXTE:** Les données relevées dans différents contextes laissent entendre que les femmes ne disposent souvent que d'un contrôle limité sur les décisions relatives à leur propre santé reproductive. Pour accroître l'adoption de services et comportements préventifs, il importe de comprendre l'association entre, d'une part, la dynamique du pouvoir intrafamilial et les attitudes des femmes, des maris et des belles-mères et, d'autre part, les pratiques de santé maternelle.

**MÉTHODES:** Dans 317 ménages de deux districts ruraux du Mali central, les femmes qui avaient accouché durant l'année précédente et les maris et belles-mères de ces femmes ont été invités, chacun et chacune, à répondre à un questionnaire d'évaluation de leurs attitudes à l'égard des notions de genre, de pouvoir et de santé. Des analyses de régression logistique bi- et multivariées ont été réalisées pour identifier les associations avec quatre issues de santé maternelle: fréquence des soins prénatals, moment des soins prénatals, accouchement en milieu institutionnel et soins postnatals.

**RÉSULTATS:** Dans les analyses multivariées, les préférences et les opinions des belles-mères sont associées aux comportements de santé maternelle des belles-filles. Les perceptions personnelles des femmes concernant leur auto-efficacité, la valeur des femmes dans la société et la qualité des services au niveau de l'établissement de santé local se révèlent aussi indépendamment associées à leurs pratiques préventives et de recherche de la santé. Les préférences et opinions des maris ne sont associées à aucune issue.

**CONCLUSIONS:** Les interventions axées sur les femmes ou les couples ne suffisent peut-être pas à promouvoir la santé reproductive des femmes dans les sociétés patriarcales telles que celle du Mali. La recherche et les efforts programmatiques futurs devront prendre en considération les normes de genre et l'influence d'autres membres de la famille, notamment les belles-mères.

*Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2014, pp. 12–23, doi: 10.1363/FR01214*

Malgré plusieurs décennies de politiques et programmes visant à améliorer la santé reproductive dans le monde, des taux élevés de morbidité et mortalité maternelles persistent dans de nombreux contextes à faibles ressources, en particulier en Afrique subsaharienne.<sup>1–3</sup> L'approche prédominante adoptée pour faire face au problème a été de cibler les connaissances, les attitudes et les pratiques des femmes en âge de procréer, ainsi que de renforcer la prestation de services de santé. Certes, l'éducation des femmes et la conception de services à leur intention sont importantes, mais cette perspective présume que celles-ci contrôlent elles-mêmes les décisions relatives aux soins de santé maternelle qui les concernent. Les données factuelles obtenues dans divers contextes indiquent cependant que les femmes ne jouissent souvent, au mieux, que d'une autonomie partielle en ce qui concerne leur santé reproductive et sexuelle.<sup>4–8</sup> Non seulement les maris exercent-ils une influence significative sur le comportement et les agissements de leur épouse,<sup>7,9,10</sup> mais d'autres membres du ménage, en particulier les belles-mères, possèdent un certain contrôle sur leurs cadettes.<sup>5,11–13</sup>

La morbidité et la mortalité maternelles peuvent être largement évitées moyennant l'apport de soins prénatals, l'accouchement médicalisé et l'assurance de soins postnatals opportuns.<sup>8,14–17</sup> En Afrique subsaharienne, toutefois, moins de la moitié des femmes bénéficient du minimum de quatre consultations prénatales qualifiées préconisées par l'Organisation mondiale de la Santé,<sup>18</sup> la majorité accouchent chez elles et peu bénéficient de soins postnatals.<sup>17,19</sup> L'accès limité aux services préventifs et curatifs,<sup>8,20</sup> l'insuffisance de l'infrastructure sanitaire et du personnel<sup>8,21,22</sup> et l'incapacité de payer<sup>8,21,22</sup> sont reconnus comme autant d'obstacles formidables à l'obtention de soins de santé maternelle. La recherche récente révèle cependant que les facteurs d'offre n'expliquent pas pleinement la variabilité des pratiques de recours aux soins.<sup>7,12,23</sup> Dans certains contextes, d'importants écarts de couverture subsistent même après correction de la disponibilité des services.

Aussi les chercheurs et les planificateurs de programmes ont-ils commencé à apprécier la complexité des influences contextuelles sur les pratiques de santé mater-

nelle, adoptant dès lors une approche qui reconnaît que les attitudes et les comportements individuels sont le produit de l'environnement socioculturel.<sup>24,25</sup> Cela dit, la plupart des études ciblent toujours exclusivement les femmes, cherchant à comprendre et à influencer les obstacles et les facteurs d'accès dans leur seule perspective. Ce point de vue limité ne s'accorde pas avec un contexte socioculturel dans lequel les femmes occupent un faible rang et sont soumises aux préférences et convictions de leur mari et d'autres membres aînés de la famille.<sup>26-28</sup>

Le pouvoir interpersonnel s'est cependant révélé difficile à mesurer, au point que la dynamique du pouvoir au sein du ménage et son influence sur les décisions de santé maternelle ne sont pas bien comprises.<sup>6,29-31</sup> Pour y remédier, nous avons exploré le lien entre cette dynamique et les comportements de santé maternelle des femmes mariées du Mali rural. Plus spécifiquement, cet article se penche sur l'influence relative des préférences et croyances de la femme, de son mari et de sa belle-mère sur la fréquence des consultations prénatales, le moment de ces soins prénatals, le lieu d'accouchement et l'obtention de soins postnatals. Nos observations contribuent à cerner l'influence de facteurs interpersonnels et sociétaux sur les comportements de santé maternelle, au service de la conception de programmes stratégiques et de politiques aptes à améliorer la santé et les droits des femmes dans les contextes à faibles ressources caractérisés par de hauts taux de mortalité maternelle.

## CONTEXTE

Le pouvoir interpersonnel, c'est à la fois le «pouvoir de», qui représente la capacité qu'a une personne d'accomplir une action ou d'adopter un comportement, et le «pouvoir sur», ou la capacité d'influencer ou de contrôler une autre personne, ou d'accomplir un acte dans l'adversité.<sup>32</sup> Ces deux manifestations du pouvoir sont influencées par les prescriptions sociales et normatives de genre.<sup>32</sup> De plus en plus, la recherche démontre à cet égard l'association entre une faible autonomie des femmes et un moindre recours aux services de santé maternelle.<sup>8,33-36</sup>

La recherche sur la dynamique du pouvoir est cependant entravée par l'absence d'une définition opérationnelle claire de la notion de «pouvoir».<sup>6,31</sup> Pour en mesurer les effets, les chercheurs ont défini un noyau d'indicateurs et de concepts («constructs») qui semblent animer ou refléter cette dynamique. L'approche la plus élémentaire consiste à collecter des données sur des mesures indirectes, telles que la différence d'âge entre les époux, la scolarisation, l'emploi ou le partage des avoirs<sup>30,31</sup> –toutes caractéristiques apparemment associées à l'inégalité au sein du mariage. Les mesures plus directes comprennent les échelles de pouvoir décisionnel,<sup>4,36-38</sup> les perceptions d'égalité de genre<sup>10,39,40</sup> et l'auto-efficacité.<sup>41</sup>

Les données donnent à penser que les relations de pouvoir sont façonnées par des constructs aux niveaux individuel, interpersonnel et sociétal,<sup>30,31</sup> dont les effets ne peuvent être intégralement cernés de manière isolée.

Aussi les chercheurs adoptent-ils désormais davantage une approche multidimensionnelle, mesurant le pouvoir selon différentes combinaisons d'indicateurs, tels que le pouvoir décisionnel, le contrôle des ressources financières, la liberté de mouvement, le contrôle des relations, les attitudes à l'égard de la violence conjugale ou l'expérience de cette violence et la perception d'auto-efficacité.<sup>6,12,34,42-45</sup>

Bien que ces études aient révélé une association entre la dynamique du pouvoir interpersonnel et le comportement de santé maternelle, les approches antérieures de mesure du pouvoir sont restées limitées quant à leur capacité à cerner les relations complexes du ménage et à expliquer pleinement les tendances des comportements et des résultats de santé. Rares sont les études qui évaluent systématiquement le pouvoir dans la perspective d'autres membres clés du ménage. Certaines analyses incluent les maris, mais restent limitées dans leur approche de la mesure du pouvoir interpersonnel. Quelques-unes se concentrent par exemple uniquement sur les indicateurs de pouvoir indirects,<sup>9,30</sup> tandis que d'autres ne mesurent qu'un construct.<sup>10,46</sup> De plus, les études réalisées ne lient pas les données obtenues des répondants masculins à celles de leurs partenaires féminines,<sup>10,33</sup> élément pourtant important à la compréhension de la dynamique du pouvoir au niveau du ménage. Plusieurs études considèrent les belles-mères,<sup>12,13,47</sup> sans toutefois analyser systématiquement leur pouvoir et leur influence de façon à identifier les constructs pertinents et leurs effets spécifiques. Cela sans compter qu'il s'agit pour la plupart d'études qualitatives:<sup>12,13,47</sup> bien qu'utiles, elles ne suffisent pas en l'absence d'un plus grand nombre d'études quantitatives modélisées et analysées selon une approche statistique.

## Contexte malien

Les femmes du Mali sont défavorisées dès l'enfance. Leurs perspectives de scolarisation sont limitées,<sup>48</sup> plus de 90% subissent la mutilation génitale<sup>49</sup> et le mariage arrangé est courant.<sup>28</sup> Une fois mariées, elles vont vivre avec la famille de leur mari, où les hommes détiennent une autorité légalement reconnue sur leur personne.<sup>4,28,50</sup> En 2006, près de 40% des mariages maliens étaient polygames.<sup>51</sup>

Le Mali présente l'un des plus hauts indices synthétiques de fécondité au monde (6,6). Le recours aux services de santé maternelle y est pourtant faible, comme le révèlent les résultats de l'Enquête démographique et de santé (EDS) de 2006.<sup>51</sup> Soixante-dix pour cent des femmes déclarent avoir bénéficié d'au moins une consultation prénatale durant leur dernière grossesse, mais 35% seulement font état d'au moins quatre consultations et 30% seulement bénéficient de leur première consultation durant le premier trimestre, comme recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé.<sup>18</sup> Moins de la moitié (45%) des femmes accouchées durant les cinq années précédant l'enquête l'ont été en milieu médicalisé et 22% seulement ont obtenu des soins postnatals dans les 48 heures suivant l'accouchement. Reflets de ces niveaux inadéquats de soins préventifs, et de l'accès limité à un traitement en

cas de complications, le taux de mortalité maternelle pour la période 2000–2006 s'élève à 464 décès pour 100 mille naissances vivantes et celui de mortalité infantile pour 2001–2006, à 96 décès pour mille naissances vivantes. D'autres estimations placent ces chiffres plus haut encore, à 830 et 103, respectivement.<sup>48</sup>

## MÉTHODES

### Données et contexte

Les données de cette analyse sont extraites de l'Enquête de référence Projet Espoir, menée entre juin et juillet 2011 dans deux districts ruraux de la région malienne centrale de Mopti, Bandiagara et Bankass. Cet article contribue à l'objectif plus large du projet d'identifier et de résoudre les déterminants sociaux sous-jacents de la faible santé maternelle au Mali rural. L'étude a été soumise à l'approbation des comités d'éthique indépendants de l'Université d'Emory et du ministère malien de la Santé.

Principalement rurale et agricole, la région de Mopti se caractérise par les plus faibles niveaux de scolarisation du pays.<sup>51</sup> Bien que les hommes et les femmes de la région présentent, dans l'ensemble, des profils de scolarisation à peu près égaux, on observe dans les cohortes plus jeunes une amélioration du niveau d'études plus rapide du côté masculin.<sup>51</sup> Les inégalités de genre sont aussi évidentes au niveau de l'âge moyen au moment du mariage: 17 ans pour les femmes et 27 ans pour les hommes. En moyenne, les femmes de Mopti ont leur premier enfant à l'âge de 19 ans et l'indice synthétique de fécondité de la région est de 6,3. Si deux tiers des femmes de Mopti ont bénéficié d'au moins une consultation prénatale lors de leur dernière grossesse, 30% seulement ont accouché en milieu médicalisé et 15% seulement ont obtenu des soins postnatals dans les 48 heures suivant la naissance.

L'échantillon de l'étude se compose au départ de 544 ménages sélectionnés aléatoirement, dont 275 à Bandiagara et 269 à Bankass. Pour être considéré dans l'étude, un ménage devait compter une femme qui avait accouché au cours des 12 mois précédents (la femme indice) et cette femme et son mari devaient tous deux être présents et interviewés. Si possible, les belles-mères ont aussi été interviewées, afin de mieux cerner l'éventail des opinions et des perspectives au sein du ménage. Des questionnaires parallèles ont été soumis séparément à chaque membre du ménage. Les questions ont porté sur une information de nature contextuelle et sur les caractéristiques sociodémographiques, ainsi que sur la santé maternelle, le genre et le pouvoir intrafamilial. Le questionnaire administré aux femmes indices couvrait également la pratique contraceptive actuelle, les antécédents obstétricaux, les pratiques de santé maternelle et le comportement de recours aux soins durant la dernière grossesse.

Sur les 544 ménages échantillonnés, 544 femmes, 527 maris et 356 belles-mères ont été interviewés. Dix ménages ont été éliminés, car les réponses au questionnaire ont indiqué que la femme n'était pas mariée au moment de l'étude ou qu'elle n'avait pas accouché durant les 12 derniers

mois, produisant un échantillon final de 534 ménages avec interview de 534 femmes, 519 maris et 353 belles-mères.

### Variables

• **Variables de résultat.** Nous avons créé quatre variables dichotomiques de résultat comme indicateurs du comportement de santé maternelle des femmes indices durant leur dernière grossesse: au moins quatre consultations prénatales, première consultation prénatale pendant le premier trimestre de la grossesse, accouchement médicalisé et visite d'un prestataire qualifié dans les 48 heures suivant l'accouchement. Les prestataires qualifiés sont définis, à toutes fins opérationnelles, comme des infirmières, sages-femmes, médecins ou responsables de santé ou cliniques.

• **Principales covariables.** Les principales covariables sont des mesures à échelle reposant sur huit ensembles d'énoncés ou questions évaluant les attitudes ou perceptions des répondants à l'égard des pratiques traditionnelles ayant trait à la grossesse et à l'accouchement, la valeur de la femme, la conduite et les responsabilités conjugales, les structures de santé locales, l'auto-efficacité de la femme indice, la confiance et le respect du ménage, le pouvoir global du ménage et le pouvoir décisionnel. Pour chaque énoncé ou question, les répondants ont été invités à indiquer leur opinion ou leur niveau d'influence perçu en montrant du doigt le niveau pertinent sur une image représentant une échelle à 10 échelons, l'échelon du bas indiquant un désaccord total ou une absence totale d'influence et celui du haut marquant l'accord total ou une influence totale. Les questions ont été soumises aux femmes, aux maris et aux belles-mères, à l'exception des points concernant la confiance et le respect, limités pour leur part aux femmes indices.

Les pratiques traditionnelles relatives à la grossesse et à l'accouchement sont mesurées suivant le degré d'accord des répondants avec cinq énoncés, du type: «Une femme doit obéir à son mari pendant la grossesse pour s'assurer un accouchement facile» et «Une femme ne doit pas se baigner après le coucher du soleil». La valeur perçue des femmes est évaluée sur un ensemble de six points, dont notamment: «Les femmes ne peuvent pas prendre seules les décisions pour le ménage» et «Une femme ne doit pas entreprendre ses propres activités économiques sans le consentement de sa belle-famille». Les opinions relatives à la conduite et aux responsabilités conjugales sont mesurées en fonction de l'accord avec cinq énoncés tels que: «La responsabilité d'éviter la grossesse revient à la femme» et «Un homme peut battre sa femme si elle lui refuse un rapport sexuel». L'évaluation des attitudes à l'égard de la structure de santé locale (appelée CS-COM) repose sur sept énoncés, tels que: «Le CS-COM fournit des services de qualité». L'auto-efficacité de la femme indice est mesurée en fonction des réponses obtenues aux trois questions portant sur sa capacité, si elle le désirait, à n'avoir que deux enfants, d'accoucher dans un centre de soins ou de se rendre seule au centre de santé. La mesure de la dynamique générale du pouvoir au sein du ménage repose sur

les réponses obtenues aux questions de perception du pouvoir de chaque membre, et de celle du pouvoir décisionnel au sein du ménage, sur l'évaluation de l'influence perçue de membres spécifiques du ménage sur les décisions relatives au nombre d'enfants, à l'excision des filles, à l'endroit où la femme doit accoucher, du recours ou non aux soins de santé modernes à l'accouchement et de vente ou non des animaux de la famille. Sur la base de ces données relatives à la prise de décisions, nous avons établi un nouvel ensemble d'échelles pour chaque groupe de répondants en soustrayant la cote de pouvoir décisionnel de la femme indice de celle du mari. Enfin, les femmes indices ont répondu à cinq questions relatives à la confiance et au respect du ménage, et notamment: «J'ai le sentiment d'être un membre important de cette famille» et «Je suis sûre de pouvoir compter sur ma belle-mère si j'ai besoin d'aide».

Concernant le pouvoir du ménage, une seule échelle a été définie pour refléter l'opinion des femmes indices concernant l'équilibre du pouvoir au niveau du couple, par soustraction de leur perception de leur propre pouvoir de celle qu'elles ont du pouvoir de leur mari. Par exemple, si une femme estime son propre pouvoir au degré quatre de l'échelle et celui de son mari au degré 10, sa cote de pouvoir au niveau du ménage est égale à six. Plus les cotes sont élevées, plus le déséquilibre est grand. Ce type d'échelle n'a pas été défini pour les maris et les belles-mères faute de pouvoir identifier les réponses correspondant à la femme indice dans les ménages polygames.

Pour réduire les données de chaque ensemble restant à des indices pondérés représentant les constructs centraux, nous avons effectué des analyses de composantes principales séparées sur les réponses des femmes, des maris et des belles-mères, à l'aide du logiciel STATA, version 12.0. Avant ces analyses, tous les éléments d'échelle en sens inverse à la signification du reste ont été assortis d'un code d'inversion. Nous avons ensuite effectué des analyses de fiabilité préliminaires afin d'identifier les éléments négativement corrélés aux autres de leur ensemble. Ceux négativement corrélés aux données de l'un quelconque des trois groupes de répondants ont été supprimés de toutes les analyses pour assurer la comparabilité des échelles sur l'ensemble de l'échantillon. Les indices finaux reposent sur les premiers facteurs (composantes principales) identifiés par variance orthogonale sous rotation maximum. Les éléments sont pondérés en fonction de leur contribution à la variance du premier facteur.

Les mesures résultantes sont des indices sans intervalle; les cotes supérieures indiquent un accord supérieur avec le construct ou un plus grand pouvoir perçu. Nous évitons de faire mention de valeurs ou d'unités dans la description des associations avec ces mesures, chaque indice étant composé d'une information extraite d'un ensemble de variables interdépendantes pour représenter le domaine d'intérêt. (Pour les propriétés d'indice, voir le tableau annexe 1, page 21).

• *Autres variables.* Des variables de contrôle, concernant l'origine ethnique des femmes, l'âge au moment du

mariage, la parité et le pouvoir de choisir leur mari, sont incluses dans les analyses, étant donné les associations documentées de ces caractéristiques avec les résultats de fé-

**TABLEAU 1. Distribution (%) des femmes et des couples, en fonction de caractéristiques sélectionnées**

| Caractéristique   | %<br>(N=317) |
|---|--------------|
| <b>FEMME</b>  |              |
| <b>Groupe ethnique</b>  |              |
| Dogon   | 81,1         |
| Peul  | 10,1         |
| Autre   | 8,8          |
| <b>État matrimonial</b>   |              |
| Seule épouse  | 53,9         |
| Première épouse   | 27,1         |
| Autre épouse  | 18,9         |
| <b>Âge au premier mariage</b>                                       |              |
| ≤15 ans   | 20,2         |
| 16–19 ans   | 33,4         |
| ≥20 ans   | 6,9          |
| Ne sait pas   | 39,4         |
| <b>A participé au choix du mari</b>                                 |              |
| Non   | 44,8         |
| Oui   | 55,2         |
| <b>Parité</b>   |              |
| 1   | 12,6         |
| 2–3   | 39,1         |
| 4–5   | 24,0         |
| ≥6  | 24,3         |
| <b>Enfant mort avant l'âge de 12 mois</b>                           |              |
| Non   | 67,5         |
| Oui   | 32,5         |
| <b>COUPLE</b>   |              |
| <b>Différence d'âge</b>   |              |
| –5–9 ans  | 28,1         |
| ≥10 ans   | 27,1         |
| Ne sait pas   | 44,8         |
| <b>Différence de scolarisation</b>                                  |              |
| Femme scolarisée, mari non scolarisé                                | 6,6          |
| Scolarisation égale des deux  | 83,3         |
| Mari scolarisé, femme non scolarisée                                | 10,1         |
| <b>Différence d'emploi</b>  |              |
| Femme employée, mari non employé                                    | 14,2         |
| Situation d'emploi égale  | 53,0         |
| Mari employé, femme non employée                                    | 32,8         |
| <b>SOINS DE SANTÉ MATERNELLE†</b>                                   |              |
| <b>Au moins quatre consultations prénatales</b>                     |              |
| Oui   | 27,4         |
| Non   | 72,6         |
| <b>Première consultation prénatale pendant le premier trimestre</b> |              |
| Oui   | 34,1         |
| Non   | 65,9         |
| <b>Accouchement médicalisé</b>                                      |              |
| Oui   | 22,4         |
| Non   | 77,6         |
| <b>Soins postnataux dans les 48 heures suivant l'accouchement</b>   |              |
| Oui   | 23,7         |
| Non   | 76,3         |
| Total   | 100,0        |

†Par rapport à la dernière grossesse de la femme indice. *N.B.*: Les pourcentages n'atteignent pas toujours 100,0 pour cause d'arrondissement. La différence d'âge est obtenue par soustraction de l'âge de la femme de celui du mari.

**TABLEAU 2. Rapports de cotes bruts (et intervalles de confiance à 95%) des analyses de régression logistique bivariées examinant la probabilité, pour les femmes, de quatre résultats de santé maternelle, en fonction de caractéristiques sélectionnées**

| Caractéristique  | ≥4 consultations prénatales | Première consultation prénatale pendant le premier trimestre | Accouchement médicalisé | Soins postnatals dans les 48 heures suivant l'accouchement |
|--|-----------------------------|--|-------------------------|--|
| <b>FEMME</b>   |                             |  |                         |  |
| <b>Groupe ethnique</b>   |                             |  |                         |  |
| Dogon (réf.)   | 1,00                        | 1,00   | 1,00                    | 1,00   |
| Peul   | 1,21 (0,55–2,69)            | 0,69 (0,31–1,55)   | 0,34 (0,10–1,15)        | 0,73 (0,29–1,84)   |
| Autre  | 0,89 (0,36–2,19)            | 0,48 (0,19–1,23)   | 1,31 (0,55–3,13)        | 1,05 (0,43–2,58)   |
| <b>État matrimonial</b>  |                             |  |                         |  |
| Seule épouse (réf.)  | 1,00                        | 1,00   | 1,00                    | 1,00   |
| Première épouse  | 1,08 (0,61–1,92)            | 1,10 (0,64–1,89)   | 0,68 (0,35–1,34)†       | 0,69 (0,36–1,34)   |
| Autre épouse   | 0,88 (0,45–1,73)            | 0,90 (0,48–1,69)   | 1,62 (0,84–3,11)†       | 1,64 (0,86–3,11)   |
| <b>Âge au premier mariage</b>  |                             |  |                         |  |
| ≤15 ans (réf.)   | 1,00                        | 1,00   | 1,00                    | 1,00   |
| 16–19 ans  | 0,39 (0,21–0,75)*           | 0,80 (0,42–1,50)   | 1,20 (0,60–2,39)        | 1,16 (0,58–2,29)   |
| ≥20 ans  | 0,05 (0,01–0,38)*           | 0,51 (0,18–1,49)   | 0,61 (0,18–2,08)        | 0,96 (0,32–2,84)   |
| Ne sait pas  | 0,24 (0,12–0,46)*           | 0,55 (0,30–1,04)   | 0,47 (0,22–0,98)*       | 0,43 (0,21–0,90)*  |
| <b>A participé au choix du mari</b>  |                             |  |                         |  |
| Non (réf.)   | 1,00                        | 1,00   | 1,00                    | 1,00   |
| Oui  | 1,21 (0,74–2,00)            | 1,08 (0,68–1,73)   | 1,43 (0,83–2,46)        | 1,04 (0,62–1,76)   |
| <b>Parité</b>  |                             |  |                         |  |
| 1 (réf.)   | 1,00                        | 1,00   | 1,00                    | 1,00   |
| 2–3  | 2,98 (1,08–8,20)*           | 1,45 (0,66–3,18)   | 0,71 (0,32–1,58)        | 0,88 (0,39–1,96)   |
| 4–5  | 3,86 (1,35–11,00)*          | 1,45 (0,63–3,36)   | 0,62 (0,26–1,49)        | 0,76 (0,32–1,83)   |
| ≥6   | 2,14 (0,73–6,26)            | 1,34 (0,58–3,11)   | 0,52 (0,21–1,26)        | 0,69 (0,29–1,68)   |
| <b>Enfant mort avant l'âge de 12 mois</b>  |                             |  |                         |  |
| Non (réf.)   | 1,00                        | 1,00   | 1,00                    | 1,00   |
| Oui  | 0,85 (0,50–1,45)            | 1,06 (0,65–1,74)   | 0,77 (0,43–1,38)        | 0,97 (0,56–1,69)   |
| <b>COUPLE</b>  |                             |  |                         |  |
| <b>Différence d'âge</b>  |                             |  |                         |  |
| –5–9 (ref)   | 1,00                        | 1,00   | 1,00                    | 1,00   |
| >10  | 1,18 (0,60–2,29)            | 0,96 (0,52–1,77)   | 1,11 (0,57–2,17)†       | 1,46 (0,76–2,80)   |
| Ne sait pas  | 1,09 (0,60–1,98)            | 0,76 (0,44–1,33)   | 0,58 (0,31–1,11)†       | 0,55 (0,29–1,06)†  |
| <b>Différence de scolarisation</b>   |                             |  |                         |  |
| Femme scolarisée, mari non scolarisé (réf.)  | 1,00                        | 1,00   | 1,00                    | 1,00   |
| Scolarisation égale des deux   | 2,47 (0,71–8,63)            | 3,43 (0,98–11,94)†   | 1,80 (0,51–6,33)        | 1,00 (0,35–2,85)   |
| Mari scolarisé, femme non scolarisée   | 1,68 (0,38–7,39)            | 2,35 (0,55–9,96)   | 1,68 (0,38–7,39)        | 0,90 (0,24–3,31)   |
| <b>Différence d'emploi</b>   |                             |  |                         |  |
| Femme employée, mari non employé (réf.)  | 1,00                        | 1,00   | 1,00                    | 1,00   |
| Situation d'emploi égale   | 0,59 (0,29–1,18)            | 0,94 (0,48–1,85)   | 0,60 (0,30–1,24)        | 0,67 (0,33–1,36)   |
| Mari employé, femme non employée   | 0,73 (0,35–1,55)            | 0,67 (0,32–1,40)   | 0,39 (0,17–0,88)*       | 0,42 (0,19–0,93)*  |
| <b>INDICES</b>   |                             |  |                         |  |
| <b>Plus grand accord avec les pratiques traditionnelles et culturelles</b>                 |                             |  |                         |  |
| Femme  | 0,93 (0,72–1,18)            | 1,18 (0,93–1,49)   | 0,98 (0,75–1,27)        | 0,89 (0,69–1,16)   |
| Mari   | 1,05 (0,82–1,35)            | 1,06 (0,84–1,34)   | 1,00 (0,77–1,31)        | 0,97 (0,75–1,26)   |
| Belle-mère   | 0,97 (0,76–1,24)            | 1,14 (0,90–1,44)   | 0,77 (0,59–1,01)†       | 0,75 (0,57–0,97)*  |
| <b>Moindre valeur perçue des femmes</b>  |                             |  |                         |  |
| Femme  | 1,07 (0,83–1,37)            | 1,49 (1,16–1,91)*  | 0,83 (0,64–1,07)        | 0,86 (0,67–1,12)   |
| Mari   | 0,91 (0,71–1,16)            | 1,10 (0,87–1,39)   | 0,90 (0,69–1,16)        | 0,89 (0,69–1,15)   |
| Belle-mère   | 1,01 (0,79–1,29)            | 1,22 (0,96–1,55)†  | 1,02 (0,78–1,33)        | 1,03 (0,80–1,34)   |
| <b>Moindre perception d'égalité de conduite et responsabilités conjugales</b>              |                             |  |                         |  |
| Femme  | 1,11 (0,87–1,42)            | 1,10 (0,87–1,39)   | 0,93 (0,71–1,21)        | 0,96 (0,74–1,24)   |
| Mari   | 0,97 (0,75–1,24)            | 1,06 (0,84–1,34)   | 0,87 (0,66–1,13)        | 0,91 (0,70–1,18)   |
| Belle-mère   | 0,81 (0,64–1,04)†           | 0,97 (0,77–1,23)   | 0,93 (0,71–1,20)        | 0,94 (0,73–1,21)   |
| <b>Attitudes plus positives à l'égard du centre de santé</b>                               |                             |  |                         |  |
| Femme  | 1,12 (0,87–1,44)            | 1,48 (1,14–1,92)*  | 1,23 (0,93–1,62)        | 1,38 (1,03–1,83)*  |
| Mari   | 1,22 (0,94–1,59)            | 1,30 (1,01–1,66)*  | 1,09 (0,83–1,43)        | 1,05 (0,81–1,36)   |
| Belle-mère   | 1,14 (0,88–1,48)            | 1,23 (0,97–1,58)†  | 1,35 (1,01–1,81)*       | 1,33 (1,00–1,77)*  |
| <b>Plus grande auto-efficacité perçue de la femme indice</b>                               |                             |  |                         |  |
| Femme  | 0,10 (0,86–1,41)            | 0,98 (0,77–1,23)   | 1,65 (1,24–2,18)*       | 1,51 (1,15–1,97)*  |
| Mari   | 0,86 (0,67–1,10)            | 0,98 (0,77–1,23)   | 1,24 (0,94–1,62)        | 1,22 (0,94–1,59)   |
| Belle-mère   | 1,34 (1,04–1,73)*           | 0,99 (0,78–1,25)   | 1,03 (0,79–1,34)        | 1,07 (0,83–1,39)   |
| <b>Perception d'un pouvoir décisionnel supérieur du mari par rapport à la femme indice</b> |                             |  |                         |  |
| Femme  | 1,00 (0,78–1,28)            | 1,05 (0,83–1,32)   | 0,87 (0,66–1,15)        | 0,86 (0,65–1,12)   |
| Mari   | 1,19 (0,93–1,53)            | 0,89 (0,70–1,12)   | 1,14 (0,87–1,48)        | 0,97 (0,75–1,26)   |
| Belle-mère   | 1,02 (0,80–1,31)            | 0,86 (0,68–1,08)   | 1,37 (1,04–1,79)*       | 1,26 (0,97–1,63)†  |
| <b>Confiance et respect du ménage supérieurs perçus par la femme indice</b>                |                             |  |                         |  |
| Pouvoir supérieur perçu de la femme indice par rapport au mari                             | 1,22 (0,94–1,59)            | 1,15 (0,91–1,47)   | 1,00 (0,77–1,30)        | 0,96 (0,75–1,24)   |
|  | 0,93 (0,84–1,03)            | 1,04 (0,95–1,14)   | 1,01 (0,91–1,12)        | 1,00 (0,90–1,10)   |

\*p<0,05. †p<0,10. N.B.: réf.=groupe de référence. La différence d'âge est obtenue par soustraction de l'âge de la femme de celui de son mari. Pour les indices, un rapport de cotes supérieur à 1 indique l'association de plus hauts niveaux de rapport du construct avec une probabilité accrue du résultat, par opposition aux rapports de cotes inférieurs à 1, signes d'association avec une probabilité moindre.

condité et de santé reproductive.<sup>3,31,32,36,52,53</sup> La recherche sur les unions polygames donne par ailleurs à penser que le rang d'ordre de la femme influence son statut et sa santé.<sup>54-56</sup> Aussi avons-nous défini une variable d'état matrimonial reflétant l'état de seule épouse, première épouse d'une union polygame et épouse ultérieure d'une union polygame. Enfin, nous avons inclus une mesure indiquant si la femme avait déjà eu un enfant décédé avant l'âge de 12 mois, cette expérience pouvant influencer les pratiques de santé maternelle ultérieures.

L'âge, le niveau d'études et l'emploi sont également liés au pouvoir et à la santé reproductive.<sup>3,23,32,45,52</sup> La recherche sur la dynamique du pouvoir conjugal laisse cependant entendre que la différence relative de statut entre un mari et une femme importe plus que les mesures absolues.<sup>31</sup> Nous avons par conséquent combiné les données relatives à ces trois indicateurs démographiques pour les femmes et pour leurs maris afin de créer des variables représentatives des différences entre les époux. Étant donné le faible nombre de ménages dans lesquels le mari et la femme ont tous deux été scolarisés (n=13), nous avons créé une unique catégorie indiquant une scolarisation égale pour représenter les ménages dans lesquels les deux partenaires avaient atteint un certain niveau d'études et ceux dont les deux partenaires n'avaient pas été scolarisés. Par souci d'uniformité, nous avons suivi la même catégorisation concernant les tendances d'emploi.

### Analyse

Pour notre analyse, nous avons limité l'échantillon aux ménages dans lesquels la femme indice, son mari et sa belle-mère avaient tous trois répondu aux questionnaires, soit un échantillon final de 317 ménages. Par rapport aux femmes des ménages dotés de données complètes, celles des ménages dans lequel le mari ou la belle-mère n'était pas présent sont plus susceptibles d'avoir été mariées plus tard (p=0,005), d'être plus âgées au moment de l'enquête (p=0,025) et d'être mariées en couple monogame (p<0,001).

Nous avons effectué des analyses de régression logistique bivariées afin d'examiner les associations non corrigées entre les variables indépendantes et chacune des quatre variables dépendantes, avec alpha 0,10 comme degré de signification. Après contrôle de colinéarité, nous avons inclus toutes les variables indépendantes révélées significatives dans les analyses bivariées dans des modèles de régression logistique multivariée. Pour chaque mesure de résultat, nous sommes partis d'un modèle complet et avons éliminé, une à une, les variables aux valeurs p corrigées non significatives les plus élevées. À chaque retrait, nous avons examiné les estimations bêta des facteurs restants. En cas de changement de 10% ou plus d'un coefficient bêta corrigé, la variable éliminée a été réintroduite dans le modèle pour correction des parasites. Le processus a été répété pour chaque résultat jusqu'à obtention du modèle le plus parcimonieux. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel STATA, version 12.

**TABLEAU 3. Rapports de cotes corrigés (et intervalles de confiance à 95%) de la régression logistique multivariée examinant la probabilité que les femmes aient bénéficié d'au moins quatre consultations prénatales lors de leur dernière grossesse, en fonction de caractéristiques sélectionnées**

| Caractéristique  | ≥4 consultations prénatales |
|--|-----------------------------|
| <b>Âge au premier mariage</b>  |                             |
| ≤15 (réf.)   | 1,00                        |
| 16-19 ans  | 0,42 (0,21-0,81)*           |
| ≥20 ans  | 0,05 (0,01-0,38)*           |
| Ne sait pas  | 0,21 (0,11-0,42)*           |
| <b>Parité</b>  |                             |
| 1 (réf.)   | 1,00                        |
| 2-3  | 3,31 (1,15-9,53)*           |
| 4-5  | 5,22 (1,73-15,71)*          |
| ≥6   | 2,63 (0,85-8,15)†           |
| <b>Plus grande perception par la belle-mère d'auto-efficacité de la femme indice</b> |                             |
|  | 1,34 (1,02-1,76)*           |

\*p<0,05. †p<0,10. N.B.: réf.=groupe de référence. Pour les indices, un rapport de cotes supérieur à 1 indique l'association de plus hauts niveaux de rapport du *construct* avec une probabilité accrue du résultat, par opposition aux rapports de cotes inférieurs à 1, signes d'association avec une probabilité moindre.

## RÉSULTATS

### Statistiques descriptives

Cinquante-quatre pour cent des femmes indices ont déclaré être la seule épouse de leur mari, 27% être la première épouse d'une union polygame et 19% être épouse ultérieure d'une union polygame (tableau 1, page 15). Plus de la moitié des femmes ont indiqué s'être mariées avant l'âge de 20 ans (54%) et une proportion similaire a dit avoir participé au choix du mari (55%). La grande majorité des femmes (87%) étaient déjà mères d'au moins un enfant au moment de leur dernier accouchement; la parité moyenne était de 2,9 naissances antérieures par femme (non indiqué). Un tiers des femmes ont déclaré avoir vécu le décès d'un enfant avant l'âge de 12 mois.

L'âge moyen des femmes indices était de 25,2 ans et celui des maris de 36,5 ans (non indiqué); parmi les 175 couples dont les deux partenaires savaient leur âge, les maris avaient en moyenne 10 ans de plus que les femmes. Le

**TABLEAU 4. Rapports de cotes corrigés (et intervalles de confiance à 95%) de la régression logistique multivariée examinant la probabilité que les femmes aient bénéficié de leur première consultation prénatale pendant le premier trimestre de leur dernière grossesse, en fonction de caractéristiques sélectionnées**

| Caractéristique  | Première consultation prénatale pendant le 1er trimestre |
|--|--|
| <b>Différence de scolarisation</b>                             |  |
| Femme scolarisée, mari non scolarisé (réf.)                    | 1,00   |
| Scolarisation égale des deux                                   | 4,10 (1,15-14,62)*                                       |
| Mari scolarisé, femme non scolarisée                           | 2,55 (0,58-11,21)  |
| <b>Moindre valeur perçue des femmes</b>                        |  |
| Femme  | 1,45 (1,12-1,89)*  |
| Belle-mère   | 1,17 (0,90-1,51)   |
| <b>Attitudes plus positives à l'égard des centres de santé</b> |  |
| Femme  | 1,54 (1,17-2,01)*  |
| Mari   | 1,17 (0,90-1,52)   |

\*p<0,05. N.B.: réf.=groupe de référence. Pour les indices, un rapport de cotes supérieur à 1 indique l'association de plus hauts niveaux de rapport du *construct* avec une probabilité accrue du résultat, par opposition aux rapports de cotes inférieurs à 1, signes d'association avec une probabilité moindre.

niveau d'études est faible pour les hommes comme pour les femmes; pour 83% des couples, ce niveau est identique pour les deux partenaires. En revanche, les maris sont plus susceptibles d'être employés. Dans 33% des couples, seul le mari l'était, par rapport à 14% pour la femme seule.

Les femmes ont déclaré de faibles niveaux de soins de santé maternelle lors de leur dernière grossesse. Vingt-sept pour cent seulement avaient bénéficié d'au moins quatre consultations prénatales, 34% avait obtenu leur première consultation durant le premier trimestre, 22% avaient accouché en milieu médicalisé et 24% avaient obtenu des soins postnatals qualifiés dans les 48 heures suivant l'accouchement.

### Fréquence des consultations prénatales

Quatre variables sont associées à la fréquence des soins prénatals durant la dernière grossesse dans l'analyse non corrigée: l'âge de la femme indice au moment du premier mariage et sa parité, ainsi que l'opinion de la belle-mère concernant la conduite conjugale appropriée et l'auto-efficacité de sa belle-fille (tableau 2, page 16). Dans l'analyse corrigée, toutes les opinions sont significatives, sauf celle de la belle-mère concernant la conduite et la responsabilité conjugales (tableau 3, page 17). Par rapport aux femmes mariées à l'âge de 15 ans ou plus tôt, celles mariées plus tard ou qui ignoraient leur âge au moment du mariage présentent de moindres chances d'avoir bénéficié d'au moins quatre consultations prénatales (RC, 0,1–0,4). Les chances de soins prénatals plus fréquents augmentent avec la parité et culminent parmi les femmes dont la dernière maternité était leur quatrième ou cinquième (5,2). Enfin, les

chances d'avoir bénéficié d'au moins quatre consultations prénatales sont associées positivement avec la perception supérieure de leur auto-efficacité par leur belle-mère (1,3).

### Moment de la première consultation prénatale

Le fait d'avoir obtenu sa première consultation prénatale durant le premier trimestre de la grossesse est associé, au niveau bivarié, avec le niveau d'études, la perception qu'ont les femmes et les belles-mères de la valeur de la femme et les attitudes des trois groupes de répondants à l'égard des structures de santé (tableau 2). Dans le modèle complet corrigé, seules les associations avec le niveau d'études, les perceptions des femmes quant à leur valeur et leurs attitudes positives à l'égard des structures de santé demeurent significatives (tableau 4, page 17). Par rapport aux femmes plus instruites que leur mari, celles scolarisées au même niveau ont plus de chances d'avoir bénéficié de soins prénatals précoces (RC, 4,1). Il en va de même pour les femmes dont les réponses reflètent une moindre valeur sociale perçue de la femme (1,5) et pour celles dont les cotes révèlent des attitudes plus positives à l'égard des services de santé (1,5).

### Accouchement médicalisé

Dans les analyses non corrigées, l'accouchement médicalisé est associé à l'état matrimonial des femmes et à leur âge au moment du mariage, à leur différence d'âge et d'emploi par rapport au mari et à leur auto-efficacité perçue (tableau 2). Il est aussi associé à l'accord des belles-mères avec les pratiques traditionnelles, à leur attitude positive à l'égard de la structure de santé et à leur perception de la différence de pouvoir décisionnel entre leur fils et leur belle-fille. Dans le modèle corrigé, quatre facteurs seulement restent indépendamment associés à l'accouchement médicalisé (tableau 5). Par rapport aux femmes qui gagnaient le seul salaire du couple, les femmes dont le mari était le seul employé présentent de moindres chances d'avoir accouché en milieu médicalisé (RC, 0,4). Le fait d'avoir une belle-mère dont la cote d'indice révèle un plus grand accord avec les pratiques traditionnelles et culturelles concernant la grossesse et l'accouchement est également associé négativement à l'accouchement médicalisé (0,7). En revanche, l'accouchement médicalisé est associé positivement aux meilleures perceptions des femmes de leur auto-efficacité et à la perception par les belles-mères d'une plus grande différence de pouvoir de décision entre leur fils et leur belle-fille (1,8 et 1,6, respectivement).

### Soins postnatals

Comme pour l'accouchement médicalisé, les chances non corrigées que les femmes aient bénéficié de soins postnatals dans les 48 heures suivant l'accouchement sont associées à leur âge au moment du mariage, à la différence d'âge par rapport au mari, à la différence d'emploi par rapport au mari et à leur auto-efficacité perçue (tableau 2). De plus, les attitudes positives des femmes et des belles-mères à l'égard de la structure de santé, de même que l'accord des belles-

**TABLEAU 5. Rapports de cotes corrigés (et intervalles de confiance à 95%) de la régression logistique multivariée examinant la probabilité que les femmes aient accouché en milieu médicalisé lors de leur dernière grossesse, en fonction de caractéristiques sélectionnées**

| Caractéristique  | Accouchement médicalisé |
|--|-------------------------|
| <b>Âge au premier mariage</b>  |                         |
| ≤15 ans (réf.)   | 1,00                    |
| 16–19 ans  | 1,13 (0,53–2,41)        |
| ≥20 ans  | 0,35 (0,10–1,49)        |
| Ne sait pas  | 0,50 (0,22–1,11)†       |
| <b>État matrimonial</b>  |                         |
| Seule épouse (réf.)  | 1,00                    |
| Première épouse  | 0,59 (0,29–1,22)        |
| Autre épouse   | 1,41 (0,68–2,94)        |
| <b>Différence d'emploi</b>   |                         |
| Femme employée, mari non employé (réf.)  | 1,00                    |
| Situation d'emploi égale   | 0,66 (0,30–1,47)        |
| Mari employé, femme non employée   | 0,40 (0,16–0,98)*       |
| <b>Plus grand accord de la belle-mère avec les pratiques traditionnelles et culturelles</b>          | 0,70 (0,52–0,94)*       |
| <b>Plus grande auto-efficacité perçue de la femme</b>  | 1,82 (1,31–2,54)*       |
| <b>Plus grand pouvoir décisionnel du fils, par rapport à la belle-fille, perçu par la belle-mère</b> | 1,64 (1,18–2,26)*       |

\*p<0,05. †p<0,10. N.B.: réf.=groupe de référence. Pour les indices, un rapport de cotes supérieur à 1 indique l'association de plus hauts niveaux de rapport du *construct* avec une probabilité accrue du résultat, par opposition aux rapports de cotes inférieurs à 1, signes d'association avec une probabilité moindre.

mères à l'égard des pratiques traditionnelles et leur perception de la différence de pouvoir décisionnel entre leur fils et leur belle-fille, sont associés aux soins postnatals au niveau bivarié. Quatre de ces associations demeurent significatives dans le modèle corrigé (tableau 6). Le plus grand accord de la belle-mère avec les pratiques traditionnelles est associé négativement à l'obtention de soins postnatals par sa belle-fille (RC, 0,7). Cependant, si la belle-mère croit que son fils jouit d'un plus grand pouvoir décisionnel que sa belle-fille, l'association avec ce résultat est positive (1,4). Les cotes des femmes sur les indices représentant des attitudes plus positives à l'égard des services de santé locaux et une meilleure perception d'auto-efficacité sont également associées positivement à l'obtention de soins postnatals (1,4 et 1,6, respectivement).

## DISCUSSION

Dans cette étude, nous avons collecté des données parallèles auprès des femmes du Mali rural, de leurs maris et de leurs belles-mères pour obtenir de riches perspectives contextuelles au sein des couches d'influence qui façonnent la santé maternelle dans la région. Nos résultats indiquent que les facteurs et *constructs* pertinents varient considérablement sur les quatre résultats de santé maternelle, bien que les tendances des associations laissent deviner les mécanismes et les processus profonds qui régissent la dynamique du pouvoir au sein de la famille.

En particulier, nos résultats révèlent l'influence des belles-mères dans la détermination des tendances des soins de santé maternelle. Les associations négatives entre le plus grand accord des belles-mères avec les pratiques traditionnelles, d'une part, et, d'autre part, l'accouchement médicalisé et l'obtention de soins postnatals laissent entendre que la décision de recourir aux soins de santé modernes médicalisés relève – du moins en partie – du domaine de la belle-mère. Les opinions propres des femmes concernant les pratiques traditionnelles sont sans effet sur les soins qu'elles reçoivent. Les belles-mères convaincues de l'efficacité de ces pratiques jugent peut-être les soins médicalisés comme inutiles ou même préjudiciables, au point qu'elles découragent leurs belles-filles de recourir aux soins de prestataires qualifiés. Dans la formation de ces croyances et opinions, les belles-mères se réfèrent peut-être à leur propre expérience des soins de santé maternelle: si elles n'ont elles-mêmes pas bénéficié de soins de santé modernes, elles peuvent être moins susceptibles de les estimer importants pour leurs belles-filles.

La perception d'une belle-mère quant à l'équilibre du pouvoir décisionnel entre son fils et sa belle-fille s'est aussi avérée liée à l'accouchement médicalisé et à l'obtention de soins postnatals. Dans les ménages où la belle-mère estime que son fils contrôle davantage les décisions du couple, concernant notamment le lieu de l'accouchement et le nombre d'enfants désiré, la femme indice s'est avérée avoir plus de chances d'avoir accouché en milieu médicalisé et d'avoir obtenu des soins postnatals opportuns. Ces résultats, inattendus, révèlent la complexité des processus

**TABLEAU 6. Rapports de cotes corrigés (et intervalles de confiance à 95%) de la régression logistique multivariée examinant la probabilité que les femmes aient bénéficié de soins postnatals qualifiés dans les 48 heures suivant l'accouchement, en fonction de caractéristiques sélectionnées**

| Caractéristique  | Soins postnatals obtenus dans les 48 heures suivant l'accouchement |
|--|--|
| <b>Âge au premier mariage</b>  |  |
| ≤15 ans (réf.)   | 1,00   |
| 16–19 ans  | 0,99 (0,48–2,07)   |
| ≥20 ans  | 0,91 (0,28–2,94)   |
| Ne sait pas  | 0,51 (0,20–1,28)   |
| <b>Différence d'âge</b>  |  |
| –5–9 ans (réf.)  | 1,00   |
| ≥10 ans  | 1,32 (0,65–2,67)   |
| Ne sait pas  | 0,83 (0,36–1,90)   |
| <b>Différence d'emploi</b>   |  |
| Femme employée, mari non employé (réf.)  | 1,00   |
| Situation d'emploi égale   | 0,83 (0,38–1,82)   |
| Mari employé, femme non employée   | 0,46 (0,19–1,09)†  |
| <b>Plus grand accord de la belle-mère avec les pratiques traditionnelles et culturelles</b>          | 0,71 (0,53–0,94)*  |
| <b>Attitudes plus positives de la femme à l'égard des centres de santé</b>                           | 1,40 (1,03–1,89)*  |
| <b>Plus grande auto-efficacité perçue de la femme</b>  |  |
| Femme  | 1,63 (1,20–2,22)*  |
| Mari   | 1,18 (0,87–1,61)   |
| <b>Plus grand pouvoir décisionnel du fils, par rapport à la belle-fille, perçu par la belle-mère</b> | 1,40 (1,03–1,90)*  |

\* $p < 0,05$ . † $p < 0,10$ . N.B.: réf.=groupe de référence. La différence d'âge est obtenue par soustraction de l'âge de la femme de celui de son mari. Pour les indices, un rapport de cotes supérieur à 1 indique l'association de plus hauts niveaux de rapport du *construct* avec une probabilité accrue du résultat, par opposition aux rapports de cotes inférieurs à 1, signes d'association avec une probabilité moindre.

décisionnels. Une explication possible est que les belles-mères qui estiment, dans une plus grande mesure, que les décisions de fécondité et de procréation reviennent aux hommes sont peut-être moins susceptibles d'intervenir et d'imposer leurs propres points de vue. Par contre, celles qui estiment que ces questions relèvent davantage du domaine des femmes peuvent affirmer la domination que leur donne leur rang et exiger un accouchement plus traditionnel. Cette interprétation présume cependant que les maris acceptent davantage les soins de santé médicalisés modernes, et cette question doit être approfondie.

De plus, la perception qu'ont les belles-mères d'une plus grande auto-efficacité de leurs belles-filles est associée positivement à l'obtention du nombre recommandé de consultations prénatales et à l'accouchement médicalisé. Une belle-mère qui appuie et croit en l'auto-efficacité supérieure de sa belle-fille peut être signe de normes de genre plus équitables au sein du ménage et d'une confiance et d'une communication meilleures entre les femmes. À son tour, la perception d'une auto-efficacité supérieure de la part des femmes elles-mêmes s'est avérée associée positivement à l'accouchement médicalisé et à l'obtention de soins postnatals. D'autres études font aussi état d'associations positives entre l'auto-efficacité et l'adoption de comportements de santé préventifs.<sup>41,44</sup> La promotion de l'auto-efficacité implique l'enseignement de compétences et la levée



des obstacles perçus. Par exemple, les programmes qui encouragent leurs participants à pratiquer la communication entre les partenaires et à discuter et remettre en question les attitudes et les normes problématiques se révèlent propices à l'auto-efficacité et au changement de comportement.<sup>57</sup> Mieux encore, les programmes qui abordent ces questions de genre et de dynamique du pouvoir parmi les femmes actuellement en âge de procréer ont le potentiel de faire changer les attitudes et les normes concernant les rôles et les décisions au sein du ménage, et d'améliorer ainsi le vécu des générations féminines futures.

Étonnamment, les femmes qui avaient une moindre opinion de la valeur féminine présentent plus de chances d'avoir bénéficié de soins prénatals précoces. Dans le contexte nataliste de la société malienne, les femmes qui se font une idée faible de leur valeur sont peut-être plus susceptibles de percevoir la maternité comme une responsabilité de la femme et un déterminant essentiel de son statut social. Si les soins prénatals sont perçus comme favorables à un accouchement sain, il se peut que, pour ces femmes, le recours précoce aux soins fasse partie intégrante de leur rôle de femme.<sup>32</sup> Une recherche approfondie concernant le lien entre le comportement de santé maternelle et la perception que se fait la femme de la valeur féminine devra être entreprise pour valider et cerner davantage cette association inattendue.

Les attitudes des femmes à l'égard de leur structure de santé locale influencent aussi leur recours aux soins de santé maternelle. Bien que certaines attitudes ne soient pas nécessairement indicatrices de la dynamique du pouvoir, le fait que les opinions des femmes influencent l'utilisation des services, même après correction de tous autres facteurs, laisse entendre qu'elles jouissent d'un certain contrôle sur leur recours aux soins de santé personnelle. Aussi les centres de santé doivent-ils s'efforcer d'améliorer la qualité de leurs services et de sensibiliser les femmes à l'étendue et à la qualité des services qu'ils leur proposent. L'investissement dans la qualité exigera plus que l'obtention de meilleurs équipements et l'assurance de meilleurs stocks: notre échelle reflète davantage les perceptions des femmes quant à la manière dont elles y sont traitées, la qualité générale du service et l'information reçue. Cette observation est conforme à celles relevées dans différents contextes, où il apparaît que le manque de respect et les abus subis dans les structures de santé influencent le comportement de recours aux soins.<sup>33,58-61</sup>

Ensemble, nos observations laissent entendre la nécessité d'interventions ciblant divers intéressés à différents niveaux. Les décisions de recours aux soins de santé maternelle ne semblent pas prises au seul niveau individuel ou dyadique. Les valeurs et les opinions des autres membres de la famille, de même que le contexte socioculturel plus large, semblent jouer un rôle important. À la lumière de ces résultats, CARE USA et CARE Mali ont mis au point une formule d'interventions, comprenant le conseil des couples sur les soins prénatals et la planification de la naissance, des services de soins prénatals et d'accouche-

ment ouverts aux hommes pour encourager l'engagement masculin, et des rencontres avec la famille étendue afin d'impliquer les autres décideurs (belles-mères ou beaux-frères, notamment) dans la planification des soins de la grossesse et de l'accouchement. Des groupes d'action communautaire ont également été formés pour renforcer l'acceptabilité de normes sociales changeantes et accroître la responsabilité communautaire par rapport à la santé des femmes enceintes. En agissant ainsi sur plusieurs fronts au sein de la communauté, cet ensemble d'interventions vise à résoudre le problème des normes socioculturelles dominantes qui influencent négativement les comportements et les résultats de santé maternelle, aux côtés d'interventions de renforcement de services plus traditionnels dans les structures de santé.

### Limites

Notre étude présente plusieurs limites. Son plan transversal ne nous a pas permis de déterminer la causalité. L'autodéclaration de toutes les données introduit le risque de biais de rappel et de désirabilité sociale. Les ménages compris dans les analyses représentent de plus un sous-ensemble de l'échantillon initial, limitant dès lors le caractère généralisable des résultats. Cela dit, étant donné que l'un des axes principaux de l'étude était d'explorer l'influence des autres membres de la famille, la restriction aux ménages dans lesquels la belle-mère pouvait être interviewée était indispensable. D'autres études prévoyant les comparaisons de dynamique du pouvoir entre les ménages avec et sans belle-mère et explorant l'influence d'autres membres du ménage seraient utiles à l'éclaircissement des tendances.

Compte tenu de nos tailles d'échantillon limitées—concernant en particulier le faible nombre de femmes mariées à un âge plus avancé—, l'association observée entre l'âge au moment du mariage et les consultations prénatales fréquentes doit être interprétée avec prudence. Cette observation semble contredire les conclusions d'études antérieures, selon lesquelles le mariage à un âge plus avancé favoriserait la scolarisation des femmes,<sup>32</sup> leur conférant dès lors un plus grand soutien social, de meilleures compétences de négociation et une meilleure appréciation de l'importance des services de santé reproductive.<sup>30,32</sup>

À noter aussi, notre mesure d'obtention de soins postnatals durant les 48 heures suivant l'accouchement ne reflète peut-être pas un comportement de recours intentionnel. Ainsi, les femmes accouchées en milieu médicalisé ont vraisemblablement obtenu — ou présumé avoir obtenu — un contrôle post-partum par défaut. Les études à venir devront élaborer d'autres mesures des soins postnatals mieux aptes à cerner l'élément d'intention dans le recours aux soins post-partum.

Le nombre réduit de questions relatives à chaque construct a limité la cohérence interne des indices, comme le reflètent les faibles coefficients de fiabilité alpha de Cronbach. Les études futures devront incorporer les interviews cognitives et la recherche qualitative en profondeur aux

fins de l'élaboration des questions et définitions d'échelle, de l'identification de nouvelles questions à inclure et de la validation systématique des échelles pour vérifier qu'elles capturent véritablement les constructs pertinents. Enfin, cette analyse exploratoire ne se concentre que sur les variables individuelles et de ménage. Elle ne tient donc pas compte des facteurs de niveau communautaire associés aux indicateurs de santé reproductive dans d'autres études, tels que l'accessibilité des structures de santé,<sup>8,15,62</sup> l'exposition aux médias,<sup>9,36,45,52</sup> le niveau d'études moyen de la communauté<sup>8,37</sup> et les normes communautaires.<sup>37</sup> La recherche à venir devra se pencher sur les effets combinés aux trois niveaux.

## Conclusion

Malgré le caractère profondément patriarcal de la société malienne, il semble que les femmes—âînées, en particulier—exercent une influence sur les décisions de santé maternelle. Dans cette analyse, les perspectives et les opinions des maris n'émergent comme prédicteurs indépendants dans aucun des modèles finaux. D'autres études antérieures ont indiqué que les opinions et les attitudes des maris influencent la fécondité et la procréation.<sup>4,7,10,36,63</sup> Peu mesurent cependant les multiples et complexes constructs du pouvoir, et encore moins l'influence combinée des belles-mères et des maris. Nos résultats laissent entendre que l'influence des belles-mères éclipe peut-être le rôle des hommes dans les décisions de santé maternelle dans certaines sociétés.

La lente progression de l'Afrique subsaharienne vers l'objectif de réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles laisse entendre un besoin de programmes et de politiques qui reconnaissent l'influence de facteurs de niveau familial, sociétal et culturel. Dans les sociétés patriarcales à faible égalité sexuelle surtout, la dynamique du pouvoir intrafamilial doit être considérée. Cette étude contribue à la littérature existante par son observation que les femmes du Mali ne contrôlent pas de manière indépendante leurs propres décisions de santé maternelle: les normes sociales, les prescriptions de genre et les hiérarchies intrafamiliales entravent les comportements préventifs et ceux de recours aux soins de santé. Il n'est cependant

plus à démontrer que les constructs de genre, pas plus que la dynamique familiale, ne sont statiques.<sup>31,64</sup> Étant donné les profondes implications pour la santé et les droits, il existe un besoin critique d'interventions factuelles bien conçues, aptes à produire un équilibre plus équitable du pouvoir au sein des ménages et au niveau communautaire.

## RÉFÉRENCES

- Gribble J et Haffey J, *Reproductive Health in Sub-Saharan Africa*, Washington, DC: Population Reference Bureau, 2008.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Achieving Millennium Development Goal 5: Target 5A and 5B on Reducing Maternal Mortality and Achieving Universal Access to Reproductive Health*, Genève: OMS, 2009.
- Hogan MC et al., Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5, *Lancet*, 2010, 375(9726):1609–1623.
- Konaté MK, Djibo A et Djiré M, *The Impact of Family Planning on the Lives of New Contraceptive Users in Bamako*, Research Triangle Park, NC, USA: Centre d'Études et de Recherche sur la Population pour le Développement et Family Health International, 1998.
- Castle S et al., A qualitative study of clandestine contraceptive use in urban Mali, *Studies in Family Planning*, 1999, 30(3):231–248.
- Pulerwitz J, Gortmaker SL et DeJong W, Measuring sexual relationship power in HIV/STD research, *Sex Roles*, 2000, 42(7/8): 637–660.
- Adamu YM et Salihu HM, Barriers to the use of antenatal and obstetric care services in rural Kano, Nigeria, *Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 22(6):600–603.
- Gage AJ, Barriers to the utilization of maternal health care in rural Mali, *Social Science & Medicine*, 2007, 65(8):1666–1682.
- Chapagain M, Conjugal power relations and couples' participation in reproductive health decision-making: exploring the links in Nepal, *Gender, Technology and Development*, 2006, 10(2):159–189.
- Ying C, Li Y et Hui H, The impact of husbands' gender equity awareness on wives' reproductive health in rural areas of China, *Obstetrical & Gynecological Survey*, 2011, 66(2):103–108.
- Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et EngenderHealth, *Obstetric Fistula Needs Assessment Report: Findings from Nine African Countries*, New York: UNFPA et EngenderHealth, 2003.
- Mumtaz Z et Salway SM, Gender, pregnancy and the uptake of antenatal care services in Pakistan, *Sociology of Health & Illness*, 2007, 29(1):1–26.
- Syed U et al., Care-seeking practices in South Asia: using formative research to design program interventions to save newborn lives, *Journal of Perinatology*, 2008, 28(Suppl. 2):S9–S13.
- AbouZahr C et Wardlaw T, *Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements, and Missed Opportunities: An Analysis of*

**TABLEAU ANNEXE 1. Proportion de variance expliquée par la première composante et coefficient de fiabilité alpha de Cronbach, par type de répondant**

|  | Femmes                 |                   | Maris                  |                   | Belles-mères           |                   |
|--|------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|
|  | Proportion de variance | Alpha de Cronbach | Proportion de variance | Alpha de Cronbach | Proportion de variance | Alpha de Cronbach |
| Pratiques traditionnelles et culturelles                           | 0,266                  | 0,352             | 0,261                  | 0,245             | 0,241                  | 0,323             |
| Valeur des femmes  | 0,362                  | 0,608             | 0,298                  | 0,524             | 0,346                  | 0,597             |
| Conduite et responsabilité conjugales                              | 0,278                  | 0,294             | 0,286                  | 0,301             | 0,267                  | 0,335             |
| Attitudes à l'égard de la structure de santé                       | 0,317                  | 0,672             | 0,299                  | 0,681             | 0,313                  | 0,706             |
| Auto-efficacité perçue de la femme indice                          | 0,548                  | 0,582             | 0,451                  | 0,373             | 0,501                  | 0,501             |
| Différence de pouvoir décisionnel perçue entre le mari et la femme | 0,318                  | 0,397             | 0,307                  | 0,358             | 0,301                  | 0,425             |
| Confiance et respect du ménage perçus†                             | 0,515                  | 0,762             | na                     | na                | na                     | na                |

†Sur la base des perceptions des femmes seulement. N.B.: na=non disponible

- Trends, Levels and Differentials*, 1990–2001, Genève: OMS et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2003.
15. van den Broek NR et al., Reproductive health in rural Malawi: a population-based survey, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2003, 110(10):902–908.
  16. OMS, *Pour une grossesse à moindre risque: le rôle capital de l'accoucheur qualifié, Une déclaration conjointe OMS, ICM, FIGO*, Genève: OMS, 2004.
  17. Singh S et al., *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*, New York: Guttmacher Institute et UNFPA, 2009.
  18. Lincetto O et al., Antenatal Care, dans: Lawn J et Kerber K, réds., *Opportunities for Africa's Newborns: Practical Data, Policy and Programmatic Support for Newborn Care in Africa*, Cape Town, South Africa: WHO, 2006, pp. 51–62.
  19. OMS, *WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care*, Genève: OMS, 2010.
  20. Gabrysch S et al., The influence of distance and level of care on delivery place in rural Zambia: a study of linked national data in a geographic information system, *PLoS Medicine*, 2011, 8(1):e1000394.
  21. Buor D et Bream K, An analysis of the determinants of maternal mortality in Sub-Saharan Africa, *Journal of Women's Health*, 2004, 13(8):926–938.
  22. Nabukera SK et al., Use of postpartum health services in rural Uganda: knowledge, attitudes, and barriers, *Journal of Community Health*, 2006, 31(2):84–93.
  23. Magadi MA, Madise NJ et Rodrigues RN, Frequency and timing of antenatal care in Kenya: explaining the variations between women of different communities, *Social Science & Medicine*, 2000, 51(4):551–561.
  24. Stephenson R et al., Contextual influences on modern contraceptive use in Sub-Saharan Africa, *American Journal of Public Health*, 2007, 97(7):1233–1240.
  25. Babalola S et Fatusi A, Determinants of use of maternal health services in Nigeria—looking beyond individual and household factors, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2009, 9, 43.
  26. Banque mondiale, *World Development Report 2012: Gender Equality and Development*, Washington, DC: Banque internationale pour la reconstruction et le développement et Banque mondiale, 2011.
  27. Jensen R et Thornton R, Early female marriage in the developing world, *Gender and Development*, 2003, 11(2):9–19.
  28. Boye AK et al., Marriage law and practice in the Sahel, *Studies in Family Planning*, 1991, 22(6):343–349.
  29. Bankole A et Singh S, Couples' fertility and contraceptive decision-making in developing countries: hearing the man's voice, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(1):15–24.
  30. Beegle K, Frankenberg E et Thomas D, Bargaining power within couples and use of prenatal and delivery care in Indonesia, *Studies in Family Planning*, 2001, 32(2):130–146.
  31. Blanc AK, The effect of power in sexual relationships on sexual and reproductive health: an examination of the evidence, *Studies in Family Planning*, 2001, 32(3):189–213.
  32. Riley NE, Gender, power, and population change, *Population Bulletin*, 1997, 52(1):1–48.
  33. The Prevention of Maternal Mortality Network, Barriers to treatment of obstetric emergencies in rural communities of West Africa, *Studies in Family Planning*, 1992, 23(5):279–291.
  34. Bloom SS, Wypij D et Das Gupta M, Dimensions of women's autonomy and the influence on maternal health care utilization in a north Indian city, *Demography*, 2001, 38(1):67–78.
  35. Amnesty International, *Giving Life, Risking Death: Time for Action to Reduce Maternal Mortality in Burkina Faso*, London: Amnesty International, 2010.
  36. Agha S et Carton TW, Determinants of institutional delivery in rural Jhang, Pakistan, *International Journal for Equity in Health*, 2011, 10.1186/1475-9276-10-31, consulté le 12 février 2012.
  37. DeRose LF et Ezeh AC, Decision-making patterns and contraceptive use: evidence from Uganda, *Population Research and Policy Review*, 2010, 29(3):423–439.
  38. Hindin MJ et Muntifering CJ, Women's autonomy and timing of most recent sexual intercourse in Sub-Saharan Africa: a multi-country analysis, *Journal of Sex Research*, 2011, 48(6):511–519.
  39. Pulerwitz J et Barker G, Measuring attitudes toward gender norms among young men in Brazil, development and psychometric evaluation of the GEM scale, *Men and Masculinities*, 2008, 10(3):322–338.
  40. Cui Y et al., Effect of married women's beliefs about gender equity on their use of prenatal and delivery care in rural China, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2010, 111(2):148–151.
  41. Boer H et Mashamba MT, Gender power imbalance and differential psychosocial correlates of intended condom use among male and female adolescents from Venda, South Africa, *British Journal of Health Psychology*, 2007, 12(Pt. 1):51–63.
  42. Mason KO et Smith HL, Husbands' versus wives' fertility goals and use of contraception: the influence of gender context in five Asian countries, *Demography*, 2000, 37(3):299–311.
  43. Kadir MM et al., Do mothers-in-law matter? Family dynamics and fertility decision-making in urban squatter settlements of Karachi, Pakistan, *Journal of Biosocial Science*, 2003, 35(4):545–558.
  44. Pettifor AE et al., Sexual power and HIV risk, South Africa, *Emerging Infectious Diseases*, 2004, 10(11):1996–2004.
  45. Haque SE et al., Reproductive health care utilization among young mothers in Bangladesh: Does autonomy matter? *Women's Health Issues*, 2012, 22(2):e171–e180.
  46. Becker S, Fonseca-Becker F et Schenck-Yglesias C, Husbands' and wives' reports of women's decision-making power in Western Guatemala and their effects on preventive health behaviors, *Social Science & Medicine*, 2006, 62(9):2313–2326.
  47. Simkhada B, Porter MA et van Teijlingen ER, The role of mothers-in-law in antenatal care decision-making in Nepal: a qualitative study, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2010, 10.1186/1471-2393-10-34, consulté le 12 juin 2012.
  48. Banque mondiale, *Reproductive Health at a Glance: Mali*, Washington, DC: Banque mondiale, 2011.
  49. U.S. Department of State, 2010 Human Rights Report: Mali, Washington, DC: U.S. Department of State, 2011.
  50. Organisation for Economic Co-operation and Development Centre, Social institutions and gender index: Mali, 2012, <<http://genderindex.org/country/mali>>, site consulté le 21 mars 2012.
  51. Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI), *Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006*, Calverton, MD, USA: CPS/DNSI et Macro International, 2007.
  52. Kaggwa EB, Diop N et Storey JD, The role of individual and community normative factors: a multilevel analysis of contraceptive use among women in union in Mali, *International Family Planning Perspectives*, 2008, 34(2):79–88.
  53. Yoder PS, Guèye M et Konaté M, *The Use of Family Planning Methods in Mali: The How and Why of Taking Action*, Calverton, MD, USA: ICF Macro, 2011.
  54. Al-Krenawi A, Women of polygamous marriages in primary health care centers, *Contemporary Family Therapy*, 1999, 21(3):417–430.
  55. Gibson MA et Mace R, Polygyny, reproductive success and child health in rural Ethiopia: why marry a married man? *Journal of Biosocial Science*, 2007, 39(2):287–300.
  56. Bove R et Valeggia C, Polygyny and women's health in Sub-Saharan Africa, *Social Science & Medicine*, 2009, 68(1):21–29.
  57. DiClemente RJ et al., Efficacy of an HIV prevention intervention for African American adolescent girls: a randomized controlled trial, *Journal of the American Medical Association*, 2004, 292(2):171–179.
  58. Family Care International (FCI), *Care-Seeking During Pregnancy*,

*Delivery, and the Postpartum Period: A Study in Homabay and Migori Districts, Kenya*, New York: FCI, 2003.

59. Kruk ME et al., Women's preferences for place of delivery in rural Tanzania: a population-based discrete choice experiment, *American Journal of Public Health*, 2009, 99(9):1666–1672.

60. Bowser D et Hill K, *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis*, Washington, DC: USAID, 2010.

61. van Eijk AM et al., Use of antenatal services and delivery care among women in rural western Kenya: a community based survey, *Reproductive Health*, 2006, 10.1186/1742-4755-3-2, consulté le 17 mars 2012.

62. Overbosch GB et al., Determinants of antenatal care use in Ghana, *Journal of African Economies*, 2004, 13(2):277–301.

63. Bankole A, Desired fertility and fertility behaviour among the Yoruba of Nigeria: a study of couple preferences and subsequent fertility, *Population Studies*, 1995, 49(2):317–328.

64. Char A, Saavala M et Kulmala T, Influence of mothers-in-law on young couples' family planning decisions in rural India, *Reproductive Health Matters*, 2010, 18(35):154–162.

### **Remerciements**

Les auteurs remercient CARE Mali, en particulier l'équipe du *Projet Espoir*, pour leur contribution à la collecte des données et à la mise en œuvre du projet. Merci à Benjamin Schwartz, directeur de l'unité Health Equity Unit de CARE USA, pour la révision et le soutien technique. Et merci à Henriette Bulambo et Elizabeth Swedo, stagiaires d'Emory University, pour leur assistance et participation à l'assurance de qualité tout au long de la collecte des données. Cette recherche a bénéficié du soutien de la Tides Foundation, avec l'assistance financière de Google. Les auteurs déclarent l'absence de tous conflits d'intérêts potentiels quant à la création intellectuelle ou la publication de cet article.

**Coordonnées de l'auteur:** *darcy.white@emory.edu*