

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE
DIRECTION NATIONALE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple Un But Une Foi

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

Année 1994

N° 10000

Etude des Facteurs Influençant la Participation des Femmes Enceintes aux Consultations Périnatales à Kolondiéba

THESE

Présentée et soutenue publiquement le1994
devant

L'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

Par

Mlle Assetou FOFANA
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

JURY

PRESIDENT : Professeur Sidi Yaya Simaga

MEMBRES : Docteur Sy, Aida Sow

Le Représentant de Save the Children/USA

DIRECTEUR : Professeur Abdel Karim Koumaré

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI ANNEE
UNIVERSITAIRE 1993-1994

ADMINISTRATION

DOYEN: ISSA TRAORE - PROFESSEUR
1er ASSESSEUR: BOUBACAR S.CISSE - PROFESSEUR
2ème ASSESSEUR: AMADOU DOLO - MAITRE DE CONFERANCE AGREGE
SECRETAIRE GENERAL: BAKARY CISSE - MAITRE DE CONFERENCE
CONSEILLER TECHNIQUE: BERNARD CHANFREAU - CHARGE DE COURS
ECONOME: MAMADOU DIANE - CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

M. ALiou BA	OPHTALMOLOGIE
M. Bocar SALL	ORTO- TRAUMATO.SECOURISME
M. Souleymane SANGARE	PNEUMO-PHTISIOLOGIE
M. Yaya FOFANA	HEMATOLOGIE
M. Mamadou L.TRAORE	CHIRURGIE GENERALE
M. Balla COULIBALY	PEDIATRIE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1- PROFESSEURS

M. Abdel Karim KOUMARE	Chef D.E.R.Chirurgie
M. Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
M. Abdou TOURE	Ortho- Traumatologie
M. Kalilou OUATTARA	Urologie

2- MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

M. Amadou DOLO	Gynéco- Obstétrique
M. Djibril SANGARE	Chirurgie Générale

3- MAITRES DE CONFERENCE

Mme SY Aida SOW	Gynéco- Obstétrique
M. Salif DIAKITE	Gynéco- Obstétrique

4- ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

M. Mamadou L.DIOMBANA	Stomatologie
M. Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
M. Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme DIANE F.S.DIABATE	Gynéco- Obstétrique
M. Abdoulaye DIALLO	Anesth.Réanimation
M. Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale
M. Sékou SIDIBE	Ortho.Traumatologie
M. A.K.TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

M. Abdoulaye K.DIALLO	Anesth.Réanimation
M. Mamadou TRAORE	Gynéco- Obstétrique
M. Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
M. Tièman COULIBALY	Ortho.Traumatologie
Mme TRAORE J.THOMAS	Ophtalmologie

5- ASSISTANTS

M. Nouhoun ONGOIBA	Anatomie.& Chirurg.Géné.
M. Ibrahim ALWATA	Ortho.Traumatologie
M. Sadio YENA	Chirurgie Générale

D.E.R.DE SCIENCES FONDAMENTALES

1- PROFESSEURS

M. Bréhima KOUMARE	Bactériologie-Virologie
M. Sinè BAYO	Anatomie Path.Histoembrio
M. Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique
M. Yeya T.TOURE	Biologie
M. Amadou DIALLO	Biologie Chef de D.E.R.
M. Moussa HARAMA	Chimie organique

2- MAITRE DE COFERENCE AGREGE

M. Ogobara DOUMBO	Parasitologie
-------------------	---------------

3- MAITRES DE CONFERENCE

M. Yénimégué A.DEMBELE	Chimie Organique
M. Massa SANOGO	Chimie Analytique
M. Bakary M.CISSE	Biochimie
M. Abdrahamane S.MAIGA	Parasitologie

4- MAITRES ASSISTANTS

M. Mahamadou CISSE	Biologie
M. Sekou F.M. TRAORE	Entomologie Médicale
M. Abdoulaye DABO	Malacologie Biolo.Animale
M. N'yenigué Simon KOITA	Chimie Organique
M. Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
M. Anatole TOUNKARA	Immunologie
M. Flabou BOUGOUDOOGO	Bactériologie
M. Amadou TOURE	Histoembryologie
M. Ibrahim I.MAIGA	Batériologie

5- ASSISTANT

M. Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
-------------------	-------------------

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1- PROFESSEURS

M. Abdoulaye Ag RHALY	Méd.Int.Chef D.E.R Méd
M. Aly GUINDO	Gastro Entérologie
M. Mamadou K.TOURE	Cardiologie
M. Mahamane MAIGA	Néphrologie
M. Ali Nouhoun DIALLO	Médecine Interne
M. Baba KOUMARE	Psychiatrie
M. Moussa TRAORE	Neurologie
M. Issa TRAORE	Radiologie
M. Mamadou M.KEITA	Pédiatrie
M. Eric PICHARD	Médecine Interne

2- MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

M. Toumani SIDIBE	Pédiatrie
-------------------	-----------

3- ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

M. Abdel Kader TRAORE	Méd Interne
M. Moussa Y.MAIGA	Gastro Entérologie
M. Boubacar DIALLO	Cardiologie
M. Dapa Ali DIALLO	Hémato Médecine Interne
M. Somita KEITA	Dermato-Leprologie
M. Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
M. Hamar A.TRAORE	Médecine Interne

4- ASSISTANTS

M. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
M. Saharé FONGORO	Néphrologie
M. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
M. Adama D KEITA	Radiologie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie

D.E.R.DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1- PROFESSEURS

M. Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
--------------------------	-------------

2- MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

M. Arouna KEITA	Matière Médicale
-----------------	------------------

3- MAITRES DE CONFERENCE

M. Boulkassoum HAIDARA	Législation
M. Ousmane DOUMBIA	Pharma.Chimi. Chef D.E.R.
M. Elimane MARIKO	Pharmacologie

4- MAITRES ASSISTANTS

M. Drissa DIALLO Matière Médicale
M. Alou KEITA Galénique

5- ASSISTANT

M. Abobacar I MAIGA Toxicologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1- PROFESSEUR

M. Sidi Yaya SIMAGA Santé Publique Chef D.E.R

2- MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

M. Moussa A. MAIGA Santé Publique

3- MAITRE DE CONFERENCE

M. Sanoussi KONATE Santé Publique

4- MAITRES ASSISTANTS

M. Bernard CHANFREAU Santé Publique
M. Jean Michel MOURILLE Santé Publique
M. Bocar G. TOURE Santé Publique
M. Sory I. KABA Santé Publique
M. Alain BRUAL Santé Publique

5- ASSISTANT

M. Massambou SACKO Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme CISSE A. GAKOU Galénique
M. N'Golo DIARRA Botanique
M. Boubou DIARRA Bactériologie
M. Salikou SANOGO Physique
M. Daouda DIALLO Chimie Générale et Min.
M. Bakary I. SACKO Biochimie
M. Yoro DIAKITE Maths
M. Sidiki DIABATE Bibliographie
M. Boubacar KANTE Galénique
M. Souleymane GUINDO Gestion
Mrs Sira DEMBELE Maths
M. Modibo DIARRA Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu
M. Nyamanto DIARRA Mathématiques
M. Moussa I DIARRA Biophysique
M. Mamadou Bakary DIARRA Cardiologie

PERSONNEL D'ENCADREMENT (STAGES & T.P.)

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Badi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine NIANAO	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I.MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chonpere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur BA Marie P.DIALLO	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I.Sogoninko
Docteur Mohamed TRAORE	Kati
Docteur Arkia DIALLO	P.M.I.Centrale
Docteur REZNIKOFF	I.O.T.A.
Docteur P.BOBIN	I.Marchoux
Docteur A.DELAYE	H.P.G.
Docteur N'DIAYE F.N'DIAYE	I.O.T.A.
Docteur Hamidou B.SACKO	H.G.T.
Docteur Hubert BALIQUE	C.T.MSSPA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	H.G.T.
Docteur Youssouf SOW	H.G.T.

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr G.GRAS	Hydrologie
Pr A.E.YAPO	Biochimie
Pr B.FAYE	Pharmacodynamie
Pr M. BADIANE	Pharmacie Chimique
Pr I.LO	Législation
Dr G.FARNARIER	Physiologie

DEDICACES

JE DEDIE CE TRAVAIL :

A mes grands parents

Plus particulièrement feu Kalifa, Madani, BaTièkoro, Boua, Ba Zoumana, Moiro Touré, Adama Diallo, Badiè Singaré Mamadou Fofana et Moudjè Sidibé

A mes oncles

Lafidji Touré, Tièba Konaté, Ba Drissa Traoré, Sory Diarra, et Amadou Thiéro

A mes tantes

Fanta Touré (dite Mama), et Massan Touré

A mes frères

Ibrahima Touré (dit Mafa) et Vieux Konaté

J'aurais voulu que vous soyez là parmi nous aujourd'hui pour partager cette joie tant voulue et attendue. Mais Dieu le tout puissant et très miséricordieux en a décidé autrement; que votre âme repose en paix. Amen.

A mon père Ba Moussa Fofana et à mes mères

Un de vos soucis majeurs est la réussite de vos enfants. Trouvez dans ce modeste travail la concrétisation de vos efforts et l'expression de notre profonde affection et toute notre reconnaissance. Que Dieu vous prête une longue et heureuse vie.

A mes oncles et tantes

vos soutien moral ne m'a jamais fait défaut durant mes années d'études. Toute notre profonde gratitude.

A mes frères et soeurs

Vous avez tous été de coeur avec moi. soyez en remerciés.

A mes cousins et cousines

vos sentiments humains ne m'ont pas manqué. Trouvez ici l'expression de ma profonde affection.

REMERCIEMENT

MES REMERCIEMENTS VONT :

Au personnel de S.C.F./U.S.A. et GROUPE PIVOT (SURVIE DE L'ENFANT) de Bamako et Kolondièba.

A Madame Michelle Poulton ex Directrice de S.C.F./U.S.A. au Mali

A Monsieur Peter Laugharn Directeur de S.C.F./U.S.A. au Mali
En acceptant de financer une partie de cette étude par votre projet, vous avez une fois de plus fait preuve de votre grande compréhension et de votre attachement à la recherche appliquée, au développement. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Au Docteur Fodé Doumbia, coordinateur du secteur de santé de Save The Children U.S.A. bureau Kolondièba. Grand merci pour votre aide.

Aux coordinateurs de zone, aux infirmières, aux superviseurs et aux animateurs familiaux. Singulièrement

- Au niveau de l'arrondissement central: M^{me} Kanté Fanta Fofana, Mariam Mariko, M^{me} Marie Berthé, Amadou Koné, Adama Traoré, Madou Koné, Issa Togola, Amadou Koné de boundio.

- Au niveau de l'arrondissement de Tousséguéla: Cheick Diabaté, Bembé Diallo, Ami Dabo, Kassum Koné, Amadou Keïta, M. Sissoko.

- Au niveau de l'arrondissement de Kébila: Diagassan, Daouda Cissé (dit David), Kadiatou Sow, Salif Traoré, Karim Kamissoko.

Au personnel du centre de santé et à tous les antennes de santé des arrondissements et villages du cercle de Kolondièba. Vous avez été le pilier de ce travail; votre courage et votre disponibilité nous ont impressionné. Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude, et toutes nos excuses pour vous avoir dérangé.

Je tiens à exprimer ma gratitude à tous ceux qui ont consacré leur temps et leurs efforts pour m'aider à faire le traitement informatique de la présente étude, et à m'exposer leurs vues; des remerciements sont particulièrement dûs aux personnes suivantes:

- Docteur Abdou Kadher Traoré dit Diop assistant chef de clinique à l'hôpital de Point G. et le Docteur Nouhoum Omgoïba (service de chirurgie B), grand merci pour vos conseils et suggestions.

- Docteur Belco Kodio, et M. Mohamed Maïga section informatique (santé publique) I.N.R.S.P., merci pour votre aide et soutien moral.

- M. Ibrahim Camara et Mme Soumaoro Fatim Diarra, section informatique (volet parrainage S.C.F./U.S.A.), grand merci pour votre aide.

M. Abibalahira Traoré (U.S.A.I.D.) merci pour la bonne collaboration

- M. Madou Diarra secrétariat S.C.F./U.S.A. bureau Bamako

- Docteur Seydou Doumbia, section informatique E.N.M.P.

Au personnel de l'E.N.M.P..
AU corps professoral de l'E.N.M.P.
A tous les étudiants de l'E.N.M.P.
A tous mes maîtres depuis le primaire jusqu'à l'hôpital.
AU Directeurs de l'E.N.M.P.
A la famille Sylla de Bagadadji.
Toute ma profonde reconnaissance.
A mes amies de toujours Fanta Amadou Traoré, Fatoumata
thiéro, Alima Traoré, Kadidia Ibrahim Touré.
Grand merci pour vos conseils et soutiens.
A tous mes camarades de promotion.
Que Dieu nous protège et nous donne une bonne chance.
Au personnel de la chirurgie B de l'hôpital de Point G.
Toute notre profonde gratitude.

A nos juges.

De bon coeur, vous avez accepté de juger ce travail.

Vos critiques seront les bienvenues et contribueront, nous
en sommes convaincus, à son amélioration, et à ouvrir de
nouvelles voies de recherche dans ce même domaine.

Nous vous en remercions infiniment et très
respectueusement.

Président

Notre Maître

Le professeur Sidi Yaya Simaga

Chef D.E.R.de Santé Publique; chargé de cours à l'E.N.M.P.du
mali.

Malgré vos multiples occupations vous avez accepté de
présider ce jury.

Par votre amour du métier, votre abord facile, votre
courtoisie, votre humilité, et votre sagesse vous avez été
pour nous un bon guide et un excellent maître.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

Le représentant de Save The Children U.S.A.

Vous nous avez maintes fois aidé pendant notre séjour à
Kolondièba. vous avez guidé nos pas au cours de cette
enquête en nous apportant vos précieux conseils et toute
l'honnêteté intellectuelle qui vous caractérise.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant malgré vos
multiples occupations de participer à ce jury. Veuillez
accepter ici modestement, l'expression de notre profonde
reconnaissance.

Notre maître

Le Docteur Mme Sy (Aïda Sow), Maître de conférence service
de Gynéco-Obstétrique

Vous êtes pour nous un exemple de conscience
professionnelle, de gentillesse et de simplicité. Vous avez
par votre amour du métier pu relever beaucoup de déficit. Nous
vous prions de trouver ici le témoignage de notre respect et
d'accepter nos chaleureux remerciements.

A notre Directeur de thèse

Le Professeur El Hadji Abdel Karim Koumaré

Agrégé d'anatomie et de chirurgie viscérale

Chef DER de Chirurgie, chargé de cours à l'E.N.M.P. du Mali.

Vous forcez l'admiration de tous par votre humanisme, vos
qualités de chercheur et de pédagogue, votre sens du travail
bien fait. Ces qualités font de vous une personnalité
internationale.

Nous gardons de vous votre rigueur scientifique, votre
dévouement, votre profond attachement à la recherche
appliquée, puisse ce travail qui est le votre être la
concrétisation de vos gigantesques efforts.

Que ce travail soit le témoignage de toute notre
reconnaissance et notre profonde gratitude.

Soyez en remercié.

SOMMAIRE

I - Introduction

II - Définition des termes et variables à mesurer

III - Rappel sur Kolondièba

IV - Méthodologie

V - Résultats

VI - Commentaires et Discussion

VII - Recommandations et Conclusion

Bibliographie

Annexes

Serment d'Hippocrate

LISTE DES ABREVIATIONS

S.C.F./U.S.A. = Save the Children Fund/United States of America.
I.C.P.M. = Infirmier Chef de Poste Médical
Cpré = consultation prénatale
Consult = consultation
PNB = Produit National Brut
A.T. = Accoucheuse Traditionnelle
ATF = Accoucheuse Traditionnelle Formée (qui a atteint un certain niveau de développement par l'instruction et l'éducation dans un premier passage)
ATR = Accoucheuse Traditionnelle Recyclée (qui a acquis une formation complémentaire après le premier passage)
EDS = Enquête Démographique et de Santé
CERPOD = Centre d'Etude et de Recherche sur la Population pour le Développement
OMS = Organisation Mondiale de la Santé (créée en 1948, Institution Spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique)
g = gramme
kg = kilogramme
m = mètre
MM = mortalité maternelle
CMDT = Compagnie Malienne de Développement Textile
CS = Centre de Santé
DRSP = Direction Régionale de Santé Publique
DCD = Décédé
Mar = Mari
Fem = Femme
saire = Secondaire
iaire = primaire
2^e Tri = deuxième trimestre
Accou = Accouchement
F.CFA = Franc CFA
Réf = Référence
L'échanti = L'échantillon
D.C.I. = Dénomination Commune Internationale
Femmes qui ont été vues = Femmes vues en consultation prénatale
Femmes qui n'ont pas été vues = Femmes non vues en consultation prénatale

I) INTRODUCTION

A la suite de multiples expériences et points de vue de plusieurs experts (une oeuvre collective) de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.)/Genève en 1990, on est arrivé à la conclusion suivante:

La mortalité maternelle (M.M.) dans les pays en voie de développement constitue une immense tragédie méconnue, car l'écart entre les pays riches et les pays pauvres est plus important que tout autre indicateur de santé publique. En effet le risque de mourir d'une grossesse en Afrique atteint 1000 décès pour 100000 naissances vivantes (25,35) alors que celui du Canada était de 2 décès pour 100000 accouchements en 1985 (25).

Des études ont montré que cette grande M.M. est surtout favorisée par la faible participation des femmes enceintes aux consultations prénatales (25).

Au Mali des études faites dans certains centres de santé de la capitale, Bamako (7,35) ont montré que la M.M. représente 25% des causes de décès des jeunes femmes, et que son taux est de 1009 pour 100000 accouchements.

Il est à signaler qu'à Bamako le taux de consultation prénatale était à la même période de 59,2% pour les femmes qui ont accouché dans les centres de santé (7,). Ce faible taux de consultation prénatale pourrait s'expliquer pour une grande part, par le coût de la première consultation qui a été évalué à 4730F CFA (13); coût non négligeable pour un pays dont le Produit National Brut (P.N.B.) par habitant est estimé à la même date à 5000F CFA par mois.

A ce jour, aucune étude n'a encore été publiée sur ce problème en zone rurale au Mali. Nous partons du postulat que la M.M. en milieu rural au Mali est très élevée, mais pour le prouver il faudrait une étude dont le coût serait très élevé aussi.

Notre hypothèse est que la M.M. en zone rurale est favorisée par la non fréquentation des femmes enceintes aux consultations prénatales.

L'objectif général de ce travail est donc d'étudier cette consultation prénatale dans une zone rurale du Mali relativement bien couverte sur le plan médical: Kolondièba.

L'intérêt de ce travail est qu'il permettra de proposer des solutions concrètes pour augmenter la fréquentation des consultations prénatales en vue d'abaisser la forte M.M.. Certaines de ces solutions pourront être appliquées peut être dans d'autres zones du Mali, voire ailleurs dans d'autres pays en voie de développement.

Les objectifs spécifiques:

Le travail permettra par une étude prospective et rétrospective à Kolondièba de:

- 1 déterminer la fréquence des consultations prénatales
- 2 déterminer les facteurs influençant cette fréquence
- 3 décrire les suites des grossesses suivies ou non en consultation prénatale.

II) DEFINITION DES TERMES ET VARIABLES A MESURER

La fréquence de la consultation prénatale (c.pré.) est le nombre de femmes enceintes qui consultent dans des centres de santé ou qui sont vues dans les villages par l'agent de Save The Children. L'enquête permet ainsi de déterminer le taux de c.pré. dans un centre de santé et/ou dans les villages; de déterminer le taux de chaque type de consultation en fonction de la qualification du personnel de santé impliqué; de déterminer la régularité des c.pré et le taux de non c.pré.

Le diagnostic de la grossesse a été basé sur l'interrogatoire de toutes les femmes en âge de procréer. Dans les zones qui ont été tirées au sort, toute femme de cet âge qui a eu un retard de règles d'au moins un mois a été retenue comme enceinte et suivie comme telle jusqu'à preuve du contraire. Pour déterminer la date des dernières règles on s'est basé sur le calendrier lunaire, grégorien, agricole ou sur les événements historiques.

Les facteurs qui ont été étudiés en raison de leur influence sur la consultation prénatale sont d'ordre médical, économique et social.

Les suites de grossesse ont été surtout étudiées par l'interrogatoire de la mère, pour savoir si la mère et l'enfant vont cliniquement bien à la fin de la grossesse

Concernant la qualification de la personne qui a vu les femmes pendant la consultation au cours de leur grossesse, nous avons enregistré la personne la plus qualifiée, chaque fois que la femme a été examinée par plus d'une personne.

Concernant les moyens de transport, chaque fois qu'il y a eu plusieurs moyens utilisés pour aller en consultation au cours d'un même trimestre, nous avons enregistré le moyen le plus moderne; quand au lieu de consultation et distance de déplacement nous avons pris celui de la dernière consultation en fonction des trimestres.

III) RAPPEL SUR KOLONDIÈBA

La ville de Kolondièba fut fondée vers 1800 par Gouanfla Koné, grand cultivateur et chasseur venu de Goukoro dans l'actuel arrondissement de Kadiana. La ville porte le nom du puits providentiel "kolondjè" (puits à eau claire) situé dans le bois sacré dont l'accès est de nos jours interdit aux étrangers. A la fin du 19ème siècle le cercle de Kolondièba était situé dans le royaume de l'Almamy Samory Touré. Les ex cantons de Foulala, du Gouantièdougou, du Sibirila, du Niené et du Yorobadougou ont fusionné en une subdivision rattachée à Bougouni en 1957 puis érigée en cercle en 1960.

Situé dans la troisième région administrative (région de Sikasso) à l'extrême sud du Mali, le cercle de Kolondièba compte cinq arrondissements qui sont

- l'arrondissement Central
- l'arrondissement de Fakola
- l'arrondissement de Kadiana
- l'arrondissement de Tousséguéla
- l'arrondissement de Kébila

Soit une population totale de 126361 habitants dont près de 27000 pour le central. (Suite au recensement général de 1987).

La superficie du cercle est de 8000 km² dont 3000 pour l'arrondissement central, avec une densité supérieure à 16 habitants au km². C'est une zone de forte concentration de population, comparée à celle de l'ensemble du Mali qui est de l'ordre de 6 habitants au km².

1 - LES LIMITES

Le cercle de Kolondièba est limité:

- au Nord et à l'Ouest par le cercle de Bougouni
- au Sud par la république de Côte d'Ivoire
- au Sud-Est par le cercle de Kadiolo
- à l'Est par le cercle de Sikasso

2 - LES INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES REGIONAUX:

Nous ne disposons pas de données concernant le cercle.

Le taux brut de Natalité = 44 pour 1000

Le taux brut de Mortalité Infantile = 115 pour 1000

Le taux d'Accroissement Naturel = 2,7% (d'après E.D.S.1987)

3 - LES INDICATEURS DE SANTE AU MALI:

D'après la D.R.S.P.de Sikasso en 1988:

Le nombre d'accouchements attendus est égal à 5% de la population totale.

Le nombre de femmes en âge de procréer représente 20,83 pour 100 de la population totale

D'après Mali Santé Publique numéro 1 de 1988:

La population ayant accès aux soins est égale à 15 pour 100.

Le taux de Mortalité Infantile est égal à 150 pour 1000.

La Morbidité par le paludisme est égale à 15 pour 100 de la Morbidité générale.

La Mortalité par le paludisme est égale à 13 pour 100 de la Mortalité générale.

4 - LES ETHNIES:

Les bambaras représentent le groupe ethnique majoritaire (plus de 90%) suivis des sénoufos et des peulhs. Au niveau de l'arrondissement central, il n'y a exclusivement que des bambaras et quelques peulhs sédentarisés.

5 - LA RELIGION ET LA CULTURE:

L'Islam est la principale religion; à cela il faut ajouter l'Animisme qui est beaucoup pratiqué. Il s'agit des "Djo", des buissons touffus, des collines, des grands arbres séculaires, des puits traditionnels qui sont les lieux de culte.

Les sacrifices en l'honneur des genies donnent lieu à de grandes manifestations appelées "dougouson" attendues avec enthousiasme vers la fin de la saison sèche.

6 - ETUDE PHYSIQUE

6-1 - L'hydrographie:

Le cercle de Kolondièba est arrosé par trois cours d'eau qui le traversent du Sud au Nord ce sont:

- le Bagoué qui détermine sa limite avec le cercle de Sikasso.
- le Kankélaba situé au Sud de Kolondièba
- le Bafing communément appelé Tiendagaba.

En dehors de ces cours d'eau, il existe une multitude de marigots et de mares.

6-2 - Le relief:

Le cercle est d'une manière générale plat, avec quelques collines dont l'altitude n'excède pas en moyenne 300 à 400 m et des bas fonds humides bordés par des terres fertiles.

6-3 - Le climat:

Le cercle de Kolondièba est situé dans la zone préguinéenne. On y distingue:

- une saison sèche et froide de Novembre à Février
- une saison chaude de Mars à Mai
- une saison humide et pluvieuse de Juin à Octobre.

Malgré tout il convient de noter l'existence d'une période de soudure se situant un peu avant l'hivernage jusqu'aux premières récoltes pendant laquelle l'alimentation est insuffisante. A cela il faut ajouter la rareté de l'eau avant les premières pluies. A cette période les puits sont à sec, les cours d'eau rares, les pompes à eau insuffisantes, obligeant souvent les femmes à se déplacer sur plusieurs kilomètres pour aller chercher de l'eau. Ce phénomène s'explique par le fait que situé sur l'isohyète 1500, la pluviosité a considérablement baissé depuis la grande sécheresse de 1972 (réf. rapport C.M.D.T./Bougouni). Cela favorisa d'une part l'exode rurale vers les villes, d'autre part le déplacement fréquent des peulhs avec leurs troupeaux vers les zones plus propices telle que la Côte d'Ivoire.

6-4 - La flore et la faune:

Les types de végétation les plus fréquentes sont la forêt claire au Sud, la savane boisée au Nord et au Nord - Est avec une forte végétation herbacée.

Ici aussi nous assistons au phénomène de déboisement (surtout dans les gros villages) obligeant les femmes à se déplacer de plus en plus loin pour chercher du bois.

La faune devient rare: quelques biches, des phacochères, des lapins et des oiseaux (outardes, pintades, perdreaux...).

7 - LES ACTIVITES ECONOMIQUES

C'est un cercle à économie agro pastorale. Les différentes spéculations agricoles sont des cultures de rente (coton, maïs, dâh, niébé,) et des cultures céréalières (riz, sorgho, arachide, fonio, igname, patate, pomme de terre...), cependant seulement 7% de la superficie est exploitée (d'après la C.M.D.T./Bougouni). L'élevage est pratiqué par presque toute la population. La pêche et la chasse sont insignifiantes. A cela il faut ajouter le ramassage du karité et du néré pratiqué exclusivement par les femmes.

IV) METHODOLOGIE

1. Taille de l'échantillon: nous sommes partis de la formule

$$N = 4 \frac{pq}{i^2}$$

N = nombre de femmes enceintes à prendre

p = taux de participation à la consultation prénatale = 15%
(d'après Mali Santé Publique numéro 1 de 1988).

q = 1 - p = 1 - 0,15

i = risque d'erreur = 0,05%

$$\text{Donc } N = 4 \frac{0,15 \cdot 0,85}{(0,05)^2} = 204 \text{ femmes enceintes au}$$

minimum que nous avons arrondi à 300 femmes enceintes. Ces 300 femmes ont été enregistrées au niveau des villages tirés au sort.

2. Mode de sondage: Partant des données du cercle disant que les femmes enceintes font 5% de la population (réf.rapport du Médecin)

2-1. L'échantillonnage a été effectué par quota en tenant compte de l'effectif cumulé de la population et en prenant 5% de la population. Nous avons choisi la ville de Kolondièba, les villages avec maternité rurale (dont 1/3 a été tiré au sort), les villages sans maternité rurale (dont 1/3 a été tiré au sort également).

2-2. Les villages (de Fakola et Kadiana) inaccessibles pendant l'hivernage ont été exclus de l'étude.

2-3. Dans la ville de Kolondièba, les concessions ont été numérotées, et un tirage au sort des numéros de concession a été effectué jusqu'à avoir le nombre de femmes nécessaires à l'échantillonnage.

3. Estimation de la taille de la population:

En absence d'ordinateur la population a été actualisée par des calculs faits manuellement et à partir de la formule

$$P_t = P_0 (1 + r)^t$$

P_t = la population en 1991

P₀ = la population de référence

r = le taux d'accroissement naturel; d'après E.D.S.1987 il est égal à 2,7%.

t = nombre d'année(s) écoulée(s) entre le calcul de la population de référence et l'année 1991.

Tableau No. 1. La taille théorique de l'échantillon en fonction des strates

STRATES	POPULATION	POURCENTAGE	TAILLE THEORIQUE L'ECHANTI
Kolondièba ville	7.013	7,3%	22
Maternités rurales	46.644	48,7%	146
Villages sans maternité	41.998	44%	132
TOTAL	95.655	100%	300

Au niveau des maternités rurales
 Tableau No. 2. la répartition de l'échantillon théorique en fonction des arrondissements.

ARRONDISSEMENTS	POPULATION DES FEMMES EN AGE DE PROCREER	POURCENTAGE	TAILLE THEORIQUE L'ECHANTI
Central	1.402	14,2%	21
Kébila	4.179	42,5%	62
Tousséguéla	1.546	15,8%	23
Fakola	2.712	27,5%	40
TOTAL	9.839	100%	146

Au niveau des villages sans maternité
 Tableau No. 3. la répartition de l'échantillon théorique en fonction des arrondissements.

ARRONDISSEMENTS	POPULATION DES FEMMES EN AGE DE PROCREER	POURCENTAGE	TAILLE THEORIQUE L'ECHANTI
Central	4.684	53,8%	71
Kébila	771	8,9%	12
Tousséguéla	1.113	12,8%	17
Fakola	2.136	24,5%	32
TOTAL	8.704	100%	132

Les résultats ci dessus obtenus ont été modifiés.

Compte tenu de la proportion et des différents objectifs qu'on veut atteindre, on a jugé que vingt deux femmes enceintes étaient peu suffisantes pour permettre une étude spécifique de la ville de Kolondiéba. nous avons augmenté ce chiffre au détriment de la strate avec maternité rurale.

Ainsi nous avons retenu les résultats suivants:

Tableau No. 4. le nombre de femmes retenues en fonction des strates

STRATES	NOMBRE DE FEMMES RETENUES
Kolondièba ville	65
Maternités rurales	98
Villages sans maternité	144
TOTAL	307

AU NIVEAU DES MATERNITES RURALES

Tableau No. 5. Le nombre de femmes à prendre en fonction des arrondissements

ARRONDISSEMENTS	POPULATION DES FEMMES EN AGE DE PROCREER	NOMBRE DE FEMMES A PRENDRE
Central	1.402	29
Kébila	4.179	41
Tousséguéla	1.546	28
TOTAL	7.127	98

AU NIVEAU DES VILLAGES SANS MATERNITE

Tableau No. 6. Le nombre de femmes à prendre en fonction des arrondissements

ARRONDISSEMENTS	POPULATION DES FEMMES EN AGE DE PROCREER	NOMBRE DE FEMMES A PRENDRE
Central	4.684	77
Kébila	771	27
Tousséguéla	1.113	40
TOTAL	6.568	144

Cette répartition a été faite pour concentrer nos études beaucoup plus dans les villages sans maternité qui constituent des zones défavorisées. A noter que chaque arrondissement est divisé en plusieurs secteurs et chaque secteur comporte plusieurs villages. Ainsi

le développement sectoriel est fonction de la présence des infrastructures scolaires et sanitaires ce qui nous permet de distinguer:

- des secteurs dits favorisés possédant au moins une infrastructure scolaire et sanitaire.
- des secteurs dits semi - favorisés dotés de l'une ou de l'autre seulement des infrastructures.
- des secteurs défavorisés ne possédant aucune des infrastructures déjà citées.

Dans le cadre de notre étude, nous nous sommes intéressés surtout à l'infrastructure sanitaire.

Tableau No. 7. Description de l'infrastructure sanitaire du cercle

ARRONDISSEMENTS	NBRE SECTEURS	NOMBRE DE VILLAGES	INFRASTRUCTURE SANITAIRE	VILLAGES	JOURS DE CONSULTATION PRENATALE
Central	11	71	1. Maternité 1. Dispensaire 1. Dispensaire + 1. Maternité	- Mena, Niakourazana - Toutiala - Kaara	Dimanche Vendredi Mardi Samedi
Kébila	6	34	1. Maternité 1. Dispensaire + 1. Maternité	- Dialakoro, Diaka Massala Bafaga Kébila	Non fonctionnelles Vendredi Lundi - Vendredi Vendredi Samedi
Tousséguéla	4	28	1. Maternité 1. Dispensaire + 1. Maternité	- Kolosso - Tousséguéla	Mercredi Lundi
Kadiana	6	41	1. Maternité 1. Dispensaire + 1. Maternité	- Mangalasso - Kadiana - Tiongui	Lundi
Fakola	5	32	1. Maternité 1. Dispensaire 1. Dispensaire + 1. Maternité	- Zéguéré - Farako - Fakola	Vendredi Lundi Vendredi
TOTAL	32	206	10 matrones et 7 infirmiers	17	

Il est à signaler que les jours de consultation prénatale dans les villages correspondent le plus souvent aux jours de foire. Cela est fait à l'avantage des femmes qui en allant au marché profitent pour faire la consultation. Ainsi au centre de santé de Kolondièba nous avons deux jours de c.pré: le Jeudi pour les femmes de Kolondièba ville, le Lundi (qui correspond au jour de foire) pour les femmes des villages périphériques.

RAPPEL SUR LE CENTRE DE SANTE DE KOLONDIÉBA ET LE BUREAU DE SCF/USA:

A Kolondiéba ville nous avons un centre de santé comprenant:

- un dispensaire
- une maternité
- un bloc opératoire
- deux pavillons d'hospitalisation
- un service social

Ayant comme personnel:

trois médecins dont un au centre de santé et les deux autres au compte de SCF/USA

un infirmier diplômé d'état appelé infirmier chef de poste médical (I.C.P.M.)

trois infirmières diplômées d'état dont une au centre de santé s'occupant de la pédiatrie, les deux autres au compte de SCF/USA chargées de faire l'une la nutrition, l'autre le planning familial.

- une sage femme
- un infirmier de laboratoire
- un technicien sanitaire
- un technicien de développement communautaire
- quatre infirmiers de santé
- des aides soignants
- deux matrones et une aide soignante au compte de la maternité

- une animatrice au compte de SCF/USA.

deux chauffeurs dont un au centre de santé et l'autre au compte SCF/USA chargé du transport de l'équipe mobile du Programme Elargi de Vaccination (P.E.V.)

- un administrateur (comptable)

- trois manoeuvres

Signalons qu'au niveau de chaque arrondissement nous avons un infirmier diplômé d'état (I.C.P.M.). Dans les autres secteurs:
- au niveau de chaque dispensaire nous avons un infirmier de premier cycle.

au niveau de chaque maternité rurale nous avons une matrone.

La logistique: elle est composée de deux véhicules Toyota hilux pour le centre de santé du cercle, une moto yamaha 100 pour chaque infirmier chef de poste médical (I.C.P.M.). Au niveau des arrondissements, une mobylette camico pour les infirmiers des dispensaires ruraux et des infirmiers chargés de la phase d'entretien du P.E.V.

Le projet SAVE THE CHILDREN USA joue un rôle important dans ce développement.

S.C.F./U.S.A.: création - activités et organisation

La FEDERATION/UNITED STATES OF AMERICA a vu le jour en 1932 à Westport, Connecticut, USA. Elle mène actuellement près de 40 programmes à travers le monde dont 10 en Afrique. Il intervient au Mali depuis Juillet 1986. Ses activités

ayant démarré d'abord au niveau de l'arrondissement central se sont progressivement étendues dans le reste du cercle de Kolondièba. Il a pour but:

- d'améliorer la protection sanitaire de la famille et de l'enfance dans un cadre rural et multisectoriel.
- de placer la population dans les meilleures conditions d'existence, en développant au niveau de la base des approches relatives aux différentes situations sanitaires et socio économiques.

S.C.F./U.S.A. s'est fixé comme objectifs:

- de former par l'éducation et l'instruction,
- de sensibiliser et d'informer par les différents moyens de communication la population de Kolondièba dans le cadre de la prévention, de la protection et de l'amélioration des conditions de vie; pourqu'à l'avenir elle puisse se prendre en charge face aux problèmes posés.

Du point de vue organisation le projet comporte 9 volets qui sont:

- Secteur agriculture
- Secteur alphabétisation (éducation/formation)
- Secteur administration
- Secteur animation féminine
- Secteur coordination
- Secteur financier (crédit/épargne et petites entreprises)
- Secteur hydraulique
- Secteur parrainage
- Secteur santé

Ainsi au niveau de chaque arrondissement il y a : un coordinateur de zone ; une infirmière d'état ou une sage femme chargée de faire les consultations prénatales et la sensibilisation dans les villages; des animateurs familiaux (A.F.) répartis entre les secteurs; un superviseur des A.F. une animatrice féminine.

A tout cela il faut ajouter le GROUPE PIVOT (suivie de l'enfant) qui est une branche de SAVE THE CHILDREN

A ce développement participe également:

la Compagnie Malienne de Développement Textile (C.M.D.T.) par la construction des routes, des ponts, des pompes à eau, la fourniture d'électricité à partir des excréments de vache etc... L'Energie Solaire par la fourniture d'électricité et de l'eau à partir des rayons solaires (bien que la plupart de ces robinets soient hors d'usage).

V) RESULTATS

ETUDE DES ACTIVITES DES MARIS.

Tableau I. Répartition des maris en fonction des principales occupations:

PRINCIPALE OCCUPATION DU MARI	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
Non applicable (femmes célibataires)	4	1,3%
Cultivateur	246	80,1%
Eleveur + Cultivateur	15	4,9%
Forgeron + Cultivateur	10	3,3%
Commerçant	9	2,9%
Autres	23	7,5%
TOTAL	307	100%

Sur ce tableau nous voyons que l'ensemble des cultivateurs représente 271/307 maris soit 88,3% des maris. Les quatres cas non applicables sont des célibataires soit 1,3%. Eleveur + cultivateur correspond à cultivateur avec prédominance élevage.

ETUDE DU NIVEAU D'INSTRUCTION DES MARIS

Tableau II. Répartition des femmes en fonction du niveau d'instruction des maris

NIVEAU D'INSTRUCTION DES MARIS	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
Non applicable (femmes non mariées)	4	1,3%
Ni scolarisé ni alphabétisé	197	64,2%
Alphabétisé	87	28,3%
Niveau primaire	14	4,6%
Niveau secondaire et supérieur	5	1,6%
TOTAL	307	100%

Plus de la moitié des hommes ne sont ni scolarisés ni alphabétisés soit 64,2%. La proportion de ceux qui ont dépassé le niveau primaire est de 1,6%; 28,3% sont alphabétisés.

ETUDE DU NIVEAU D'INSTRUCTION DE LA FEMME

Tableau III. Répartition des femmes en fonction de leur niveau d'instruction

NIVEAU D'INSTRUCTION	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
Ni scolarisée ni alphabétisée	272	88,5%
Alphabétisée en arabe	19	6,2%
Niveau primaire	14	4,6%
Niveau secondaire	2	0,7%
TOTAL	307	100%

Cette répartition nous montre que 272/307 de nos femmes soit 88,5% ne sont ni scolarisées ni alphabétisées.

ETUDE SUR L'AGE ACTUEL DE LA FEMME

Tableau IV. Répartition des femmes en fonction de leur âge au premier passage

AGE ACTUEL DE LA FEMME (en année)	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
14 - 18 ans	63	20,5%
19 - 23 ans	75	24,4%
24 - 28 ans	67	21,8%
29 - 33 ans	54	17,6%
Supérieur ou égale à 34 ans	48	15,7%
TOTAL	307	100%

Sur ce tableau nous voyons que 20,5% de nos femmes ont l'âge compris entre 14 et 18 ans. La plupart (soit 24,4%) ont l'âge compris entre 19 et 23 ans. Seulement 15,7% ont l'âge supérieur ou égale à 34 ans.

ETUDE SUR L'ARRONDISSEMENT DE RESIDENCE

Tableau V. Répartition des femmes de l'enquête en fonction de l'arrondissement de résidence.

ARRONDISSEMENTS	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 307	POPULATION DE LA ZONE	% PAR RAPPORT A LA POPULATION
Central	106	34,5%	28.718	0,3%
Kébila	68	22,2%	23.066	0,2%
Tousséguéla	68	22,2%	12.937	0,5%
Kolondiéba ville	65	21,1%	7.013	0,9%
TOTAL	307	100%	71.734	0,4%

Ce tableau nous montre qu'au total nous avons fait notre enquête sur 0,4% de l'ensemble de la population des 4 arrondissements.

ETUDE DES ANTECEDENTS MEDICAUX CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Tableau VI. Répartition des femmes enceintes en fonction des antécédents médicaux.

ANTECEDENTS MEDICAUX	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
Pas d'antécédent	127	41,4%
Oedème des membres inférieurs	4	1,3%
Ictère	139	45,3%
Goître	10	3,2%
Ictère + Goître	11	3,6%
Autres	16	5,2%
TOTAL	307	100%

Selon cette répartition 58,6% des femmes de l'enquête ont des antécédents médicaux.

ETUDE DES ANTECEDENTS DE PARITE

Tableau VII. Répartition des femmes en fonction de la parité.

PARITE	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
0 (Primipare)	44	14,3%
1 - 2	92	30%
3 - 4	66	21,5%
5 - 6	45	14,7%
7 - 8	40	13%
9 - 10	10	3,2%
11 - 12	8	2,6%
13 - 15	2	0,7%
TOTAL	307	100%

Si nous définissons une grande multiparité comme une femme ayant eu dans ses antécédents une parité supérieure ou égale à 6, alors nous pouvons dire que 26% de nos femmes sont de grandes multipares. 14,3% sont des primipares.

ETUDE SUR LES ANTECEDENTS D'ENFANTS VIVANTS

Tableau VIII. La répartition des femmes en fonction du nombre d'enfants vivants.

NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
0	72	23,5%
1 - 2	106	34,5%
3 - 4	80	26%
5 - 6	33	10,8%
7 - 8	14	4,6%
9 - 10	2	0,6%
TOTAL	307	100%

Sur ce tableau 72 femmes sur les 307 enquêtées n'ont pas d'enfants vivants (soit 23,5%); parmi lesquelles nous avons 44 primipares soit 14,3% de l'ensemble des femmes de l'enquête et 28 femmes (soit 9,2% de l'ensemble des femmes de l'enquête) n'ont pas d'enfants vivants après avoir contracté au moins une grossesse.

ETUDE SUR LES ANTECEDENTS D'ENFANTS DECEDES

Tableau IX. Répartition des femmes en fonction du nombre d'enfants décédés.

NOMBRE D'ENFANTS DECEDES	NOMBRE DE FEMMES	POUCENTAGE
Ne s'applique pas (primipares)	44	14,3%
0	95	31%
1 - 2	134	43,6%
3 - 4	27	8,8%
5 - 6	6	2%
7	1	0,3%
TOTAL	307	100%

A partir de cette répartition nous pouvons dire que dans les antécédents gynécologiques 168 mères sur 307 enquêtées ont eu au moins un enfant décédé soit 54,7%.

ETUDE DU NOMBRE DE FEMMES AYANT FAIT LA CONSULTATION PRENATALE PAR TRIMESTRE

Tableau X. Répartition des femmes en fonction de la première consultation prénatale et en fonction du trimestre de la grossesse.

TRIMESTRES	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
Non applicable (femmes qui n'ont pas été vues)	95	31%
1 ^{er} trimestre	23	7,5%
2 ^{ème} trimestre	122	39,7%
3 ^{ème} trimestre	67	21,8%
TOTAL	307	100%

Sur ce tableau seulement 7,5% des femmes enquêtées, ont commencé la consultation au 1^{er} trimestre. La plupart de nos femmes ont commencé la consultation au 2^{ème} trimestre soit 39,7%. Les femmes qui n'ont bénéficié d'aucune consultation prénatale représentent 31%.

ETUDE DES FEMMES QUI N'ONT BENEFICIE D'AUCUNE CONSULTATION
PRENATALE

Tableau XI 1. Répartition des femmes en fonction des signes fonctionnels chez les femmes qui n'ont pas fait de consultation prénatale.

SIGNES FONCTIONNELS DE LA GROSSESSE	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 95	% PAR RAPPORT A 307
Céphalées	2	2,1%	0,7%
oedème des membres inférieurs	5	5,3%	1,6%
vertiges	8	8,4%	2,6%
Douleur abdominale	15	15,8%	4,9%
Autres signes fonctionnels	22	23,1%	7,2%
Aucun signe	43	45,3%	14%
Sous-total	95	100%	31%
Non applicable (femmes qui ont été vues)	212	-	69%
TOTAL	307	-	100%

Les 52 femmes sur 95 soit 54,7% qui n'ont fait aucune consultation prénatale, présentaient certains troubles associés à la grossesse à notre passage, soit 17% de l'ensemble des femmes de l'enquête.

ETUDE DES MOTIFS DE NON CONSULTATION CHEZ LES FEMMES QUI N'ONT BENEFCIE D'AUCUNE VISITE PRENATALE.

Tableau XI 2. Répartition des femmes qui n'ont bénéficié d'aucune consultation prénatale selon les motifs.

MOTIFS NON CONSULTATION	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 95	%PAR RAPPORT A 307
Ignorance des modalités de consultation	27	28,4%	8,8%
Eloignement	22	23,2%	7,2%
Pauvreté	19	20%	6,3%
Attend agent	9	9,5%	2,9%
Grossesse cachée	6	6,3%	1,9%
Autres	12	12,6%	3,9%
Sous-total	95	100%	31%
Non applicable (femmes-qui ont été vues)	212	-	69
Total	307	-	100%

Sur les 95 femmes qui n'ont pas été vues 19 femmes soit 20% ont déclaré n'avoir pas été en consultation à cause de la pauvreté (manque d'argent pour acheter le carnet de consultation et/ou les médicaments); 27 femmes soit 28,4% ignoraient les modalités de consultation; pour 23,2% c'était à cause de l'éloignement.

Tableau XI 3. Répartition des femmes qui n'ont pas fait de consultation prénatale en fonction du type de traitement.

TRAITEMENTS	NOMBRE DE FEMMES	% par rapport à 95	% par rapport à 307
Pas de traitement	29	30,6%	9,5%
Traditionnel	48	50,5%	15,7%
Moderne	8	8,4%	2,6%
Moderne et traditionnel	10	10,5%	3,2%
Sous total	95	100%	31%
Non applicable (femmes qui ont été vues)	212	-	69%
Total	307	-	100%

Parmi les 95 femmes non vues en consultation 18 (soit 18,9%) ont fait d'elles même un traitement médical moderne, contre 58 (soit 61%) qui ont fait un traitement traditionnel; tandis que 29 femmes (soit 30,6%) n'ont pris aucun traitement.

ETUDE DU COUT TOTAL DES DEPENSES CHEZ LES FEMMES QUI N'ONT PAS FAIT DE CONSULTATION PRENATALE

Tableau XI 4. Répartition des femmes qui n'ont pas fait de consultation prénatale en fonction du coût total des traitements

COUT TOTAL DES DEPENSES	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 95	% PAR RAPPORT A 307
Non applicable (femmes qui n'ont pas fait de traitement)	29	30,5%	9,5%
Gratuit	44	46,3%	14,3%
50 - 500	10	10,6%	3,2%
850 - 3.000	6	6,3%	2%
3.500 - 20.150	6	6,3%	2%
Sous-total	95	100%	31%
Non applicable (femmes qui ont été vues)	212	-	69%
TOTAL	307	-	100%

Sur les 95 femmes qui n'ont pas été vues en consultation, 6 femmes (soit 6,3%) ont dépensé plus de 3.000 F CFA contre 44/95 soit 46,3% qui n'ont fait aucune dépense.

ETUDE SUR LA CONSULTATION PRENATALE DU 1^{er} TRIMESTRE

Tableau XII 1. Répartition des femmes en fonction des motifs de consultation prénatale.

MOTIFS CONSULTATION 1 ^{er} TRIMESTRE	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 212	% PAR RAPPORT A 307
Non applicable (femmes qui n'ont pas été vues au 1er trimestre)	187	88,2%	60,9%
Sur convocation	12	5,7%	3,9%
Douleur abdominale	5	2,4%	1,6%
Vomissements	3	1,4%	0,9%
Pour diagnostic de la grossesse	2	0,9%	0,7%
Par principe	2	0,9%	0,7%
Fièvre	1	0,5%	0,3%
Sous-total	212	100%	69%
Non applicable (femmes qui n'ont pas fait de consultation)	95	-	31%
TOTAL	307	-	100%

Sur les 25 femmes qui ont été vues au 1er trimestre, seulement 2 femmes soit 8% sont venues en consultation spontanément (par principe) ce qui représente 0,9% de l'ensemble des femmes vues en consultation.

Tableau XII 2. La répartition des femmes en fonction de la qualification du personnel médical qui a fait la consultation prénatale au 1^{er} trimestre

QUALIFICATION DU PERSONNEL QUI A FAIT LA CONSULTATION AU 1 ^{ER} TRIMESTRE	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 212	% PAR RAPPORT A 307
Non applicable (femmes qui n'ont pas été vues au 1 ^{er} trimestre)	187	88,2%	61%
Matrone	3	1,4%	1%
Infirmier	17	8%	5,5%
Sage-femme	5	2,4%	1,5%
Sous-total	212	100%	69%
Non applicable (femmes qui n'ont pas fait de consultation)	95	-	31%
TOTAL	307	-	100%

seulement 2,4% de nos femmes ont été vues par une sage femme au premier trimestre. Il est à noter que parmi les 25 femmes vues au 1^{er} trimestre, seules 23 femmes ont réellement fait la consultation les 2 autres n'ont fait qu'un traitement médical.

Tableau XII 3. Répartition des femmes en fonction du lieu de consultation prénatale au premier trimestre

LIEU DE CONSULTATION AU 1 ^{er} TRIMESTRE	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 212	% PAR RAPPORT A 307
Non applicable (femmes qui n'ont pas été vues au 1 ^{er} trimestre)	187	88,2%	60,9%
Case C.H.D.T.	3	1,4%	1%
Chez le chef de village	4	1,9%	1,3%
Chez l'agent de santé villageois	4	1,9%	1,3%
A la maternité rural	4	1,9%	1,3%
Au dispensaire	3	1,4%	1%
Au centre de santé de Kolondiéba	7	3,3%	2,2%
Sous-total	212	100%	69%
Non applicable (femmes qui n'ont pas fait de consultation)	95	-	31%
TOTAL	307	-	100%

Ce tableau nous montre que 5,2% des femmes ont été vues au village (dans une case); tandis que 6,6% des femmes qui ont fait la consultation ont été vues dans une structure sanitaire au 1^{er} trimestre.

Tableau XII 4. La répartition des femmes en fonction de la distance de déplacement pour aller en consultation prénatale au premier trimestre.

DISTANCE DEPLACEMENT	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 25	% PAR RAPPORT A 307
< 1Km	17	68%	5,5
1 - 4Km	2	8%	0,6%
5 - 15Km	4	16%	1,3%
16 - 49Km	2	8%	0,6%
Sous-total	25	100%	8%
Non applicable (celles qui n'ont pas fait de consultation)	282	-	92%
TOTAL	307	-	100%

La répartition en fonction de la distance de déplacement nous permet de voir que 92% des femmes venues à la consultation du 1^{er} trimestre ont parcouru moins de 16 km.

Tableau XII 5. Répartition des femmes en fonction du coût total des dépenses effectuées au 1^{er} trimestre

COÛT TOTAL DES DEPENSES AU 1ER TRIMESTRE (F CFA)	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 212	% PAR RAPPORT A 307
Non applicable (femmes qui n'ont pas fait de traitement au 1er trimestre)	102	48,1%	33,2%
0 (gratuit)	64	30,2%	20,8%
25 - 500	20	9,4%	6,5%
530 - 2.765	14	6,6%	4,6%
3.100 - 15.035	12	5,7%	3,9%
Sous-total	212	100%	69%
Non applicable (femmes qui n'ont pas fait de consultation)	95	-	31%
TOTAL	307	-	100%

sur les 212 femmes 166 femmes (soit 78,3%) n'ont rien dépensé pour leur grossesse au 1^{er} trimestre, tandis que 46 (soit 21,7%) ont dépensé entre 25F CFA et 15.035F CFA.

Tableau XII 6. Répartition des femmes en fonction des motifs de non consultation prénatale au 1^{er} trimestre

MOTIFS NON CONSULTATION AU 1ER TRIMESTRE	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 212	% PAR RAPPORT A 307
Non applicable (femmes qui ont été vues au 1er trimestre)	23	10,8%	7,5%
Grossesse cachée	48	22,6%	15,6%
Ignorance des modalités de consultation	47	22,2%	15,3%
Pauvreté	32	15,1%	10,4%
Eloignement	19	9%	6,2%
Attend agent	19	9%	6,2%
Ne sait pas grossesse	13	6,1%	4,2%
Autres	11	5,2%	3,6%
Sous-total	212	100%	69%
Non applicable (femmes qui n'ont pas fait la consultation)	95	-	31%
TOTAL	307	-	100%

19 femmes sur les 212 qui ont fait la consultation (soit 9%, ce qui représente 6,2% de l'ensemble des femmes), ont déclaré n'avoir pas été vues au 1^{er} trimestre parceque l'agent de santé (de SAVE THE CHILDREN) n'est pas venu.

ETUDE SUR LA CONSULTATION PRENATALE DU DEUXIEME TRIMESTRE

Tableau XIII 1. Répartition des femmes suivant le nombre de consultation prénatale au 2ème trimestre

NOMBRE DE CONSULTATION AU 2E TRIMESTRE	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 212	% PAR RAPPORT A 307
0 (femmes qui n'ont pas été vues au 2e trimestre)	78	36,8%	25,4%
1	79	37,3%	25,7%
2	39	18,4%	12,7%
3	14	6,6%	4,6%
4	2	0,9%	0,6%
Sous-total	212	100%	69%
Non applicable (femmes qui n'ont pas fait de consultation)	95	-	31
TOTAL	307	-	100%

La plupart des femmes qui ont été vues au 2ème trimestre, l'ont fait une seule fois soit 37,3%(par rapport à 212). Celles qui ont été vues 2 fois représentent 18,4% et celles qui ont été vues plus de 2 fois ne représentent que 7,5%. 36,8% (par rapport aux femmes qui ont fait la consultation durant leur grossesse) n'ont pas été vues au 2ème trimestre.

Tableau XIII 2. répartition des femmes en fonction de la qualification du personnel médical qui a fait la consultation prénatale au 2ème trimestre.

QUALIFICATION PERSONNEL QUI A FAIT LA CONSULTA- TION AU 2E TRIMESTRE	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 212	% PAR RAPPORT A 307
Non applicable (femmes qui n'ont pas été vues au 2e trimestre)	78	36,8%	25,4%
Infirmier	70	33%	22,8%
Matrone	41	19,3%	13,4%
Sage-femme	22	10,4%	7,1%
Ne sait pas	1	0,5%	0,3%
Sous-total	212	100%	69%
Non applicable (femmes qui n'ont pas fait de consultation)	95	-	31%
TOTAL	307	-	100%

Seulement 10,4% de nos femmes (par rapport à 212) ont été vues en consultation par une sage femme au 2ème trimestre.

Tableau XIII 3. La répartition des femmes en fonction des motifs de consultation prénatale au 2ème trimestre

MOTIFS CONSULTATION 2E TRIMESTRE	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 212	% PAR RAPPORT A 307
Non applicable (femmes qui n'ont pas été vues au 2e trimestre)	78	36,8%	25,4%
Sur convocation	55	26%	17,9%
Par principe	37	17,4%	12%
Douleur abdominale	14	6,6%	4,6%
Vomissements	7	3,3%	2,3%
Diagnostic de grossesse	3	1,4%	1%
Autres	18	8,5%	5,8%
Sous-total	212	100%	69%
Non applicable (femmes qui n'ont pas fait de consultation)	95	-	31%
TOTAL	307	-	100%

26% des femmes (par rapport à 212) sont venues en consultation sur convocation d'un agent de santé de passage dans le village (agent de SAVE THE CHILDREN) ou sur rendez vous donné lors de la consultation précédente. les 78 cas non applicables soit 36,8% (par rapport à 212) correspondent aux femmes qui n'ont pas consulté au 2ème trimestre.

Tableau XIII 4. La fréquence des femmes à la consultation prénatale du 2ème trimestre en fonction de l'âge de la grossesse.

AGE DE LA GROSSESSE AU 2E TRIMESTRE	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 212	% PAR RAPPORT A 307
Non applicable (femmes qui n'ont pas été vues au 2e trimestre)	78	36,8%	25,4%
4	16	7,6%	5,2%
5	45	21,2%	14,6%
6	73	34,4%	23,8%
Sous-total	212	100%	69%
Non applicable (femmes qui n'ont pas fait de consultation)	95	-	31%
TOTAL	307	-	100%

La plupart des femmes ont été vues au 6ème mois de leur grossesse au 2ème trimestre, soit 34,4% (par rapport à 212); seulement 7,6% étaient au 4ème mois de leur grossesse.

Tableau XIII 5. La répartition des femmes en fonction du lieu de consultation prénatale au 2ème trimestre

LIEU CONSULTATION 2E TRIMESTRE	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 212	% PAR RAPPORT A 307
Non applicable (femmes qui n'ont pas été vues au 2e trimestre)	78	36,8%	25,4%
Case C.M.D.T.	9	4,2%	2,9%
Chez le chef de village	16	7,6%	5,2%
Chez l'agent de santé villageois	15	7,1%	4,9%
Maternité rurale	45	21,2%	14,7%
Dispensaire	13	6,1%	4,2%
Centre de santé	36	17%	11,7%
Sous-total	212	100%	69%
Non applicable (femmes non vues)	95	-	31%
TOTAL	307	-	100%

Au total 44,3% de nos femmes (par rapport à 212) ont été vues dans une structure sanitaire contre 18,9% qui ont été vues en dehors d'une formation sanitaire.

Tableau XIII 6. Répartition des femmes en fonction du moyen de déplacement utilisé pour aller à la consultation prénatale du 2ème trimestre

MOYEN DE DEPLACEMENT 2E TRIMESTRE	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 212	% PAR RAPPORT A 307
Non applicable (femmes qui n'ont pas été vues au 2e trimestre)	78	36,8%	25,4%
Pied	120	56,5%	39%
Vélo	11	5,2%	3,6%
Mobylette	2	1%	0,7%
Auto	1	0,5%	0,3%
Sous-total	212	100%	69%
Non applicable (femmes non vues)	95	-	31%
TOTAL	307	-	100%

Sur ce tableau, plus de la moitié des femmes soit 56,5% (par rapport à 212) ont fait le déplacement à pied.

Tableau XIII 7. Répartition des femmes en fonction de la distance de déplacement effectué pour aller en consultation prénatale au 2ème trimestre

DISTANCE DEPLACEMENT 2E TRIMESTRE	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 212	% PAR RAPPORT A 307
Non applicable (femmes qui n'ont pas été vues au 2e trimestre)	78	36,8%	25,4%
< 1 Km	89	42%	29%
1 - 5 Km	13	6,1%	4,2%
> 5 Km	32	15,1%	10,4%
Sous-total	212	100%	69%
Non applicable(femmes qui n'ont bénéficié d'aucune consultation)	95	-	31%
TOTAL	307	-	100%

Cette répartition nous permet de voir que 15,1% de nos femmes (par rapport à 212) ont parcouru plus de 5 km au 2ème trimestre.

Tableau XIII 8. Répartition des femmes en fonction du coût total des dépenses effectuées au 2ème trimestre

DEPENSE TOTALE AU 2E TRIMESTRE EN F CFA	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 212	% PAR RAPPORT 307
Non applicable (femmes qui n'ont pas fait de traitement au 2e tri)	78	36,8%	25,4%
0 (gratuit) .	27	12,7%	8,7%
25 - 500	24	11,3%	7,8%
525 - 1.500	30	14,2%	9,8%
1.525 - 3.000	30	14,2%	9,8%
3.025 - 5.000	14	6,6%	4,6%
> 5.000	9	4,2	2,9%
Sous-total	212	100%	69%
Non applicable(femmes qui n'ont fait aucune consultation)	95	-	31%
TOTAL	307	-	100%

Au 2ème trimestre 4,2% de nos femmes (par rapport à 212) ont dépensé plus de 5000F CFA (frais de déplacement, frais d'achat du carnet de consultation, frais de traitement).

Tableau XIII 9. Répartition des femmes en fonction du motif de non consultation prénatale au 2ème trimestre

MOTIFS NON CONSULTATION AU 2E TRIMESTRE	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 212	% PAR RAPPORT A 307
Non applicable (femmes qui ont été vues au 2e trimestre)	134	63,2%	43,6%
Pauvreté	22	10,4%	7,2%
Ignorance des modalités	19	9%	6,2%
Eloignement	10	4,7%	3,3%
Attend agent	10	4,7%	3,3%
Grossesse cachée	9	4,3%	2,9%
Autres	6	2,8%	1,9%
Ne sait pas grossesse	2	0,9%	0,6%
Sous-total	212	100%	69%
Non applicable (femmes qui n'ont bénéficié d'aucune consult)	95	-	31%
TOTAL	307	-	100%

15,1% des femmes (par rapport à 212) n'ont pas été vues à cause du manque de ressource (soit pour le transport car le lieu de consultation est trop loin, soit impossibilité de payer le carnet de consultation, la carte de vaccination et/ou les médicaments s'ils sont prescrits).

ETUDE SUR LA CONSULTATION PRENATALE DU TROISIEME TRIMESTRE

Tableau XIV 1. Répartition des femmes en fonction du nombre de consultation prénatale effectuée au 3ème trimestre

NOMBRE DE CONSULTATION AU 3E TRIMESTRE	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 212	% PAR RAPPORT A 307
0 (femmes qui n'ont pas été vues au 3e trimestre)	56	26,4%	18,2%
1	44	20,7%	14,3%
2	45	21,2%	14,7%
3	37	17,4%	12%
4	16	7,5%	5,2%
5	8	3,8%	2,6%
6	4	2%	1,3%
7	2	1%	0,7%
Sous-total	212	100%	69%
Non applicable (femmes non vues)	95	-	31%
TOTAL	307	-	100%

Au total 73,6% de nos femmes (par rapport à 212) ont été vues en consultation au moins une fois au 3ème trimestre.

Tableau XIV 2. Répartition des femmes en fonction de la qualification du personnel médical qui a fait la consultation prénatale au 3ème trimestre

QUALIFICATION PERSONNEL QUI A FAIT LA CONSULTATION AU 3E TRIMESTRE	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 212	% PAR RAPPORT A 307
Non applicable (femmes qui n'ont pas été vues au 3e trimestre)	56	26,4%	18,2%
Aide soignante	8	3,8%	2,6%
Matrone	63	29,7%	20,5%
Infirmier	62	29,2%	20,2%
Sage-femme	21	9,9%	6,8%
Médecin	2	1%	0,7%
Sous-total	212	100%	69%
Non applicable (femmes qui n'ont pas fait de consultation)	95	-	31%
TOTAL	307	-	100%

Seulement 9,9% (par rapport à 212) ont été vues par une sage femme au 3ème trimestre ce qui représente 6,8% de l'ensemble des femmes de l'enquête.

Tableau XIV 3. La fréquence des femmes qui ont été vues pendant leur grossesse au 3ème trimestre en fonction du motif

MOTIFS CONSULTATION 3E TRIMESTRE	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 212	% PAR RAPPORT A 307
Non applicable (femmes qui n'ont pas fait de consult au 3 ^e trimest)	56	26,4%	18,2%
Sur convocation	95	44,8%	30,9%
Par principe	33	15,6%	10,7%
Autres	19	8,9%	6,2%
Douleur abdominale	7	3,3%	2,3%
Vomissement	2	1%	0,7%
Sous-total	212	100%	69%
Non applicable (femmes qui n'ont pas bénéficié de consultation)	95	-	31%
TOTAL	307	-	100%

15,6% des femmes (par rapport à 212) ont été vues au 3ème trimestre par principe spontanément.

Tableau XIV 4. Répartition des femmes en fonction de l'âge de la grossesse à la dernière consultation prénatale au 3ème trimestre

AGE DE LA GROSSESSE AU 3E TRIMESTRE	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 212	% PAR RAPPORT A 307
Non applicable (femmes qui n'ont pas été vues au 3e trimestre)	56	26,4%	18,2%
7	24	11,3%	7,8%
8	57	26,9%	18,6%
9	74	34,9%	24,1%
10	1	0,5%	0,3%
Sous-total	212	100%	69%
Non applicable (femmes qui n'ont pas bénéficié de consultation)	95	-	31%
TOTAL	307	-	100%

11,3% des femmes (par rapport à 212) ont arrêté la consultation au 7ème mois de leur grossesse soit 7,8% de l'ensemble des femmes de l'enquête.

Tableau XIV 5. Répartition des femmes en fonction du lieu de consultation prénatale au 3ème trimestre

LIEU CONSULTATION 3E TRIMESTRE	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 212	% PAR RAPPORT A 307
Non applicable (femmes qui n'ont pas été vues au 3e trimestre)	56	26,4%	18,2%
Case C.M.D.T.	7	3,3%	2,3%
Chez le chef de village	12	5,7%	3,9%
Chez l'agent de santé villageois	4	1,9%	1,3%
Maternité rurale	44	20,8%	14,3%
Dispensaire	20	9,4%	6,5%
Centre de santé	69	32,5%	22,5%
Sous-total	212	100%	69%
Non applicable (femmes qui n'ont pas bénéficié de consultation)	95	-	31%
TOTAL	307	-	100%

Sur ce tableau nous constatons que sur les 156 femmes vues en consultation au 3ème trimestre 69 ont été vues au centre de santé (soit 44,2%) ce qui représente 32,5% (par rapport aux 212 qui ont fait la consultation prénatale).

Tableau XIV 6. Répartition des femmes en fonction du moyen de déplacement utilisé pour aller en consultation prénatale au 3ème trimestre

MOYEN DE DEPLACEMENT 3E TRIMESTRE	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 212	% PAR RAPPORT A 307
Non applicable (femmes qui n'ont pas été vues au 3e trimestre)	56	26,4%	18,2%
Pied	139	65,6%	45,3%
Vélo	11	5,2%	3,6%
Mobylette	5	2,3%	1,6%
Automobile	1	0,5%	0,3%
Sous-total	212	100%	69%
Non applicable (femmes qui n'ont bénéficié d'aucune consultation)	95	-	31%
TOTAL	307	-	100%

Plus de la moitié des femmes soit 65,6% (par rapport à 212) ont effectué le déplacement à pied.

Tableau XIV 7. Répartition des femmes en fonction de la distance de déplacement au 3ème trimestre

DISTANCE DE DEPLACEMENT AU 3E TRIMESTRE	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 212	% PAR RAPPORT A 307
Non applicable (femmes qui n'ont pas été vues au 3e trimestre)	56	26,4%	18,2%
< 1 Km	88	41,5%	28,6%
1 - 14 Km	54	25,5%	17,6%
Supérieure ou égale à 15 km	14	6,6%	4,6%
Sous-total	212	100%	69
Non applicable (femmes qui n'ont bénéficié d'aucune consult.)	95	-	31%
TOTAL	307	-	100%

41,5% (par rapport à 212) ont fait un déplacement de moins de 1 km au 3ème trimestre.

Tableau XIV 8. Répartition des femmes en fonction du coût total des dépenses effectuées au 3ème trimestre

COÛT TOTAL DES DEPENSES AU 3E TRIMESTRE	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 212	% PAR RAPPORT A 307
Non applicable (femmes qui n'ont pas fait de traitement au 3e Trim)	56	26,4%	18,2%
0 (gratuit)	52	24,5%	16,9%
100 - 1.200	39	18,4%	12,7%
1.300 - 2.405	24	11,3%	7,8%
2.500 - 4.000	25	11,8%	8,2%
> 4.000	16	7,6%	5,2%
Sous-total	212	100%	69%
Non applicable (femmes qui n'ont bénéficié d'aucune consultation)	95	-	31%
TOTAL	307	-	100%

Au 3ème trimestre 7,6% de nos femmes (par rapport à 212) ont dépensé plus de 4000F CFA.

Tableau XIV 9. Répartition des femmes qui n'ont pas été vues au 3ème trimestre en fonction du motif

MOTIFS NON CONSULTATION 3E TRIMESTRE	NOMBRE DE FEMMES	% PAR RAPPORT A 212	% PAR RAPPORT A 307
Non applicable (femmes qui ont fait la consultation au 3e trimestre)	156	73,6%	50,8%
Attend agent	21	9,9%	6,9%
Autres	12	5,7%	3,9%
Ignorance des modalités de consul	9	4,2%	2,9%
Eloignement	9	4,2%	2,9%
Pauvreté	5	2,4%	1,6%
Sous-total	212	100%	69%
Non applicable (femmes qui n'ont bénéficié d'aucune consultation)	95	-	31%
TOTAL	307	-	100%

9,9% de nos femmes (par rapport à 212) n'ont pas été vues en consultation prénatale parcequ attendaient l'arrivée de l'agent de santé (de SAVE THE CHILDREN) dans le village.

Tableau XIV 10. Répartition des femmes de l'enquête en fonction du nombre total de consultation prénatale effectuée durant la grossesse

NOMBRE DE CONSULTATION	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
0	95	31%
1	68	22,1%
2	39	12,7%
3	35	11,4%
4	25	8,1%
5	19	6,2%
6	15	4,9%
7	7	2,3%
8	3	1,0%
9	1	0,3%
TOTAL	307	100%

Sur les 212 femmes qui ont fait la consultation, 107 femmes soit 50,47% ont fait moins de 3 consultations.

ETUDE DE L'ACCOUCHEMENT

Tableau XV 1. LA répartition des femmes en fonction de la durée du travail

DUREE DU TRAVAIL EN JOUR	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
Non applicable (femme DCD avant accouchement)	1	0,3%
< 1j	280	91,2%
1j	12	3,9%
2j	6	2%
3j	5	1,6%
> 3j	3	1%
TOTAL	307	100%

sur ce tableau 4,6% de l'ensemble de nos femmes ont eu une durée de travail de plus de 1 jour.

Tableau XV 2. Répartition des femmes en fonction de la qualification du 1er personnel médical contacté pendant l'accouchement

QUALIFICATION 1ER PERSONNEL MEDICAL PENDANT L'ACCOUCHEMENT	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
Non applicable (femmes qui n'ont pas été assistées à l'accou)	148	48,2%
Accoucheuse traditionnelle	81	26,4%
Hygiéniste	1	0,3%
Aide soignante	15	4,9%
Matrone	49	16%
Infirmier	12	3,9%
Sage femme	1	0,3%
TOTAL	307	100%

Ce tableau nous montre que 48,2% des femmes n'ont bénéficié d'aucune assistance (d'un personnel médical) pendant accouchement.

Tableau XV 3. Répartition des femmes en fonction du 2ème personnel médical contacté pendant l'accouchement

QUALIFICATION 2E PERSONNEL MEDICAL AVANT L'ACCOUCHEMENT	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
Non applicable (femmes non vues par un 2 ^e personnel médical)	296	96,4%
Hygiéniste	2	0,6%
Aide soignante	1	0,4%
Matrone	3	1%
Infirmier	2	0,6%
Médecin	3	1%
TOTAL	307	100%

Ce tableau nous montre que 3,6% des accouchements ont nécessité l'intervention d'un 2ème personnel de santé.

Tableau XV 4. Répartition des femmes en fonction du premier personnel médical contacté après accouchement (durant les 7 jours qui suivent l'accouchement)

QUALIFICATION LE PERSONNEL MEDICAL APRES L'ACCOUCHEMENT	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
Non applicable (femmes non vues par un personnel méd après accou)	195	63,5%
Femme DCD avant accouchement	1	0,3%
Accoucheuse traditionnelle	88	28,7%
Hygiéniste	1	0,3%
Matrone	13	4,2%
Infirmier	6	2%
Sage-femme	3	1%
TOTAL	307	100%

Ce tableau nous montre que 28,7% ont été vues par une accoucheuse traditionnelle après accouchement. Cela correspond aux femmes qui ont accouché à domicile. Il est à noter que pour les femmes qui ont accouché à domicile en général, elles accouchent seules ensuite elles font appel à quelqu'un d'autre. Par ailleurs il faut signaler que 63,5% des femmes de l'enquête n'ont été vues par aucun personnel de santé après accouchement.

Tableau XV 5. Répartition des femmes en fonction du moyen de déplacement empreinté à l'accouchement

MOYEN DE DEPLACEMENT AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
Pas de déplacement	232	75,6%
Pied	57	18,6%
Vélo	6	1,9%
Mobylette	8	2,6%
Automobile	4	1,3%
TOTAL	307	100%

Ce tableau nous montre que 75,6% n'ont pas fait le déplacement, elles ont accouché sur place (à domicile ou dans un hameau de culture).

Tableau XV 6. Répartition des femmes en fonction de la distance parcourue pour l'accouchement

DISTANCE DEPLACEMENT AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT EN KM	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
Non applicable(pas de déplacem)	232	75,5%
< 1 Km	52	16,9%
1 - 7 Km	15	5%
> 8 Km	8	2,6%
TOTAL	307	100%

2,6% de nos femmes ont parcouru plus de 8 km pour l'accouchement.

Tableau XV 7. Répartition des femmes selon l'âge de la grossesse à l'accouchement

AGE DE LA GROSSESSE A L'ACCOUCHEMENT	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
7	8	2,6%
8	2	0,6%
9	294	95,8%
10	3	1%
TOTAL	307	100%

D'après l'interrogatoire de nos femmes 2,6% ont fait un accouchement prématuré.

Tableau XV 8. Répartition des enfants en fonction de leur présentation à l'accouchement

PRESENTATION DE L'ENFANT A L'ACCOUCHEMENT	NOMBRE DE	POURCENTAGE
Céphalique	279	90,6%
Siège	24	7,8%
Ne sait pas	3	1%
Transversale	1	0,3%
Non applicable (femme DCD avant l'accouchement)	1	0,3%
TOTAL	308	100%

D'après les déclarations des femmes 8,1% des naissances étaient une présentation de siège ou transversale.

Tableau XV 9. Répartition des femmes en fonction du lieu d'accouchement

LIEU ACCOUCHEMENT	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
Non applicable (femme DCD avant accouchement)	1	0,3%
Hameau de culture	2	0,7%
A domicile	230	74,9%
En cours de route	2	0,7%
Maternité rurale	20	6,5%
Au centre de santé	50	16,2%
Hôpital	2	0,7%
TOTAL	307	100%

Ce tableau nous fait voir qu'il y a eu 23,4% d'accouchements au niveau d'une formation sanitaire contre 74,9% d'accouchements à domicile.

Tableau XV 10. Répartition des femmes selon le mode d'accouchement

MODE DE L'ACCOUCHEMENT	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
Non applicable (femme DCD avant accouchement)	1	0,3%
Césarienne	2	0,7%
Expression externe	40	13%
Spontané	264	86%
TOTAL	307	100%

Au cours de l'enquête il y a eu 42 accouchements dystociques (soit 13,7%), dont 2 césariennes.

Tableau XV 11. Répartition des femmes en fonction du coût de l'accouchement

COUT ACCOUCHEMENT	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
Non applicable (femme DCD avant accouchement)	1	0,3%
0	21	6,8%
50 - 500	151	49,2%
550 - 1.000	96	31,3%
> 1.000	38	12,4%
TOTAL	307	100%

Selon ce tableau 6,8% de nos femmes n'ont rien payé à l'accouchement; 56% ont payé une somme inférieure à 550F.CFA et 87,3% ont payé une somme inférieure à 1005F.

Tableau XV 12. Répartition des naissances en fonction du sexe de l'enfant

SEXE ENFANT	NOMBRE DE	POURCENTAGE
Non applicable (femme DCD avant accouchement)	1	0,3%
Feminin	136	44,2%
Masculin	171	55,5%
TOTAL	308	100%

Il faut noter qu'une femme a donné naissance à des jumeaux; ce qui fait qu'au total on a 308 naissances. Parmi ces 308 naissances 171 (soit 55,5%) étaient de sexe masculin et 44,2% de sexe féminin.

Tableau XV 13. Répartition des enfants en fonction du poids de naissance

POIDS DE NAISSANCE	NOMBRE DE	POURCENTAGE /308	POURCENTAGE/ceux qui ont été pesés
Non applicable (femme DCD avant accouchement)	1	0,3%	-
Non pesés	243	78,9%	-
< 2 Kg	2	0,7%	2/64= 3,1%
2 - 2,4 Kg	3	1%	3/64= 4,7%
2,5 - 3 Kg	25	8,1%	25/64= 39,1%
> 3 Kg	34	11%	34/64= 53,1%
TOTAL	308	100%	-

D'après le carnet de consultation des mères, plus de 3/4 des enfants n'ont pas été pesés à la naissance (soit 78,9%). Parmi les 64 enfants qui ont été pesés, 5 enfants (soit 7,8%) ce qui représente 1,7% de l'ensemble des naissances, ont moins de 2,5 kg poids.

Tableau XV 14. Répartition des enfants en fonction de la taille à la naissance

TAILLE DE L'ENFANT	NOMBRE DE	POURCENTAGE /308	% PAR RAPPORT AUX ENFANTS MESURES
Non applicable (femme DCD avant accouchement)	1	0,3%	-
Non mesurés	264	85,7%	-
41 cm à 49 cm	29	9,4%	29/43= 67,5%
50 cm à 53 cm	14	4,6%	14/43= 32,5%
TOTAL	308	100%	-

D'après le carnet de consultation des mères, seulement 43 enfants parmi les 308 naissances (soit 14%) ont été mesuré à la naissance.

Tableau XV 15. Répartition des femmes en fonction de la durée d'hospitalisation après accouchement.

DUREE HOSPITALISATION EN JOUR	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE	% PAR RAPPORT A CELLES HOSPITALI 1 jour ou plus
Non applicable (femme DCD avant accouchement)	1	0,3%	-
Non applicable (femmes qui n'ont pas été hospitalisées)	233	75,9%	-
< 1j	20	6,5%	-
1j	24	7,9%	24/53= 45,3%
2j	20	6,5%	20/53= 37,7%
3j	4	1,3%	4/53= 7,6%
> 3j	5	1,6%	5/53= 9,4%
TOTAL	307	100%	

2,9% de nos femmes ont fait plus de 2 jours d'hospitalisation.

Tableau XV 16. Répartition des mères en fonction des signes fonctionnels ou plaintes après accouchement

PLAINTES OU SIGNES FONCTIONNELS APRES ACCOUCHEMENT	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
Non applicable (femme DCD avant accouchement)	1	0,3%
Métrorragie	1	0,3%
Perte blanche	3	1%
Fièvre	5	1,6%
Douleur abdominale	8	2,6%
"Enflure du sein"	8	2,6%
Autres	29	9,5%
Aucun signe fonctionnel	252	82,1%
TOTAL	307	100%

D'après l'interrogatoire de nos femmes 17,6%, présentaient des signes fonctionnels après l'accouchement.

Tableau XVI 1. Répartition des femmes en fonction du moyen de transport disponible dans la famille

MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
Ne possède aucun moyen de transport	45	14,6%
Vélo	123	40,1%
Charette	9	2,9%
Charette + vélo	77	25,1%
Mobylette	5	1,6%
Mobylette + vélo	6	2%
Mobylette + charette	12	3,9%
Mobylette + Charette + vélo	29	9,5%
Automobile + vélo	1	0,3%
TOTAL	307	100%

Ce tableau nous fait voir que 14,6% n'ont aucun moyen de transport dans la famille tandis que 40,1% ont seulement un vélo dans la famille.

Tableau XVI 2. Répartition des femmes de l'enquête en fonction du moyen de transport disponible dans la famille et du lieu d'accouchement

MOYEN TRANSPORT	PAS DE MOYEN	VELO	CHARETTE	MOBYLETTE	VELO	VELO	CHARETTE	MOBYLETTE/CHARETTE	AUTO	TOTAL
LIEU ACCOUCHEMENT					CHARETTE	MOBYLETTE	MOBYLETTE	VELO	VELO	
Non applicable (femmes DCD avant l'accouchement)	0	1		0	0	0	0	0	0	1
Hameau de culture	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Domicile	33	94	59	8	3	4	7	22	0	230
En cours de route	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2
Maternité rurale	1	11	6	0	0	0	1	1	0	20
Centre de santé	9	16	10	1	2	1	4	6	1	50
Hôpital	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
TOTAL	45	123	77	9	5	6	12	29	1	307
% accouchement domicile	33/45 = 73,3%	94/103 = 91,2%	59/77 = 76,6%	8/9 = 88,9%	3/5 = 60%	4/6 = 66,6%	7/12 = 58,3%	22/29 = 75,8%	0/1 = 0%	230/307 = 74,9%

Parmi les 72 femmes qui ont accouché dans une structure sanitaire 12 femmes (soit 16,7%) ne disposaient d'aucun moyen de transport en famille.

Sur les 230 accouchements à domicile 33 (soit 14,3%) ne disposaient d'aucun moyen de transport en famille.

Tableau XVI 3. Répartition des femmes en fonction du type de traitement de la mère après accouchement

TYPE TRAITEMENT MERE APRES ACCOUCHEMENT	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
Non applicable (femmes DCD avant accouchement)	1	0,3%
Pas de traitement	50	16,3%
Traditionnel	208	67,8%
Moderne	14	4,6%
Moderne + traditionnel	34	11%
TOTAL	307	100%

Au total 48 femmes ont eu un traitement moderne (soit 15,6%) dont 5 femmes (soit 1,6%) ont fait une automédication.

Tableau XVI 4. Répartition des femmes en fonction de la nature du médicament moderne utilisé après accouchement

MEDICAMENTS MODERNES (MERE)	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
Non applicable (femmes qui n'ont pas fait de traitement moderne)	259	84,4%
Médicaments hors de la politique des médicaments essentiels	39	12,7%
Fer	5	1,6%
Chloroquine	2	0,7%
Antibiotique orale	1	0,3%
Antibiotique injectable	1	0,3%
TOTAL	307	100%

12,7% des femmes enceintes ont utilisé en plus de la chloroquine et des antibiotiques, des médicaments qui ne sont pas en D.C.I. et qui ne sont pas sur la liste des médicaments autorisés dans la politique des médicaments essentiels.

Donc 12,7% ont eu des médicaments non essentiels
contre 2,9% qui ont eu des médicaments essentiels.

Tableau XVI 5. Répartition des femmes en fonction du coût du traitement moderne reçu après accouchement

COÛT TRAITEMENT MODERNE MERE EN F CFA	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
Non applicable (femmes qui n'ont pas fait de traitement moderne)	259	84,4%
100 - 1.000	11	3,6%
1.100 - 2.000	7	2,2%
2.100 - 4.000	15	4,9%
> 4.000	15	4,9%
TOTAL	307	100%

Sur ce tableau 9,8% des femmes ont dépensé plus de 2000F CFA en traitement moderne après accouchement.

Tableau XVI 6. Répartition des femmes en fonction du coût du traitement traditionnel après accouchement

COÛT TRAITEMENT TRADITIONNEL MERE EN CFA	NOMBRE DE	POURCENTAGE
Non applicable (femmes qui n'ont pas fait de traitement tradition)	65	21,2%
Gratuit	239	77,9%
1.500	1	0,3%
2.775	1	0,3%
9.000	1	0,3%
TOTAL	307	100%

Sur 242 femmes qui ont eu un traitement traditionnel, 3 ont payé soit 1,2%.

Tableau XVI 7. Répartition des femmes évacuées en fonction des motifs

MOTIFS D'EVACUATION	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
Non applicable (femmes qui n'ont pas été évacuées)	297	96,8%
Hémorragie du 3ème trimestre	1	0,3%
Travail prolongé	3	1%
Dytocie osseuse	1	0,3%
Présentation transversale	1	0,3%
Rétention placentaire	1	0,3%
Douleur abdominale intense après accouchement	3	1%
TOTAL	307	100%

Parmi les 10 évacuations, 6 ont été faites au cours de la grossesse et pendant accouchement (soit 60%) ce qui représente 1,9% de l'ensemble des femmes; 4 ont été faites après accouchement (soit 40%) ce qui représente 1,3% de l'ensemble des femmes.

Tableau XVI 8. Répartition des femmes évacuées en fonction du lieu de réception

LIEU DE RECEPTION DES EVACUEES	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
Non applicable (pas d'évacuation)	297	96,7%
Arrondissement	2	0,7%
Cercle	7	2,3%
Région	1	0,3%
TOTAL	307	100%

Au cours de notre enquête, il y a eu au total 3,3% d'évacuations (qui ont été dirigées soit vers l'arrondissement, le centre de santé de Kolondièba, ou vers l'hôpital régional de Sikasso).

Tableau XVI 9. Répartition des femmes en fonction du coût total des dépenses effectuées pour la mère du début de la grossesse à l'accouchement

COUT TOTAL DES DEPENSES	NOMBRE DE FEMMES	POURCENTAGE
0 (aucune dépense)	7	2,3%
100 - 500	43	14
501 - 2.500	119	38,8%
2.501 - 7.500	90	29,3%
7.501 - 32.500	44	14,3%
> 32.500	4	1,3%
TOTAL	307	100%

Au total 15,6% de nos femmes ont dépensé durant toute la grossesse jusqu'à accouchement plus de 7500F CFA chacune.

ETUDE EN FONCTION DES ARRONDISSEMENTS

Tableau XVII 1. Répartition des femmes en fonction de l'arrondissement de résidence et du nombre de consultation prénatale

NOMBRE DE CONSULT	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	TOTAL DE CONSULT	EFFECTIF TOTAL	% TOTAL DE CONSULT PAR RAPPORT AU NOMBRE SUIVI	% 0 CONSULT PAR RAPPORT NOMBRE SUIVI
ARRONDISSEMENTS														
Central	28	24	11	11	10	12	4	4	2	-	78	106	$\frac{78}{106} = 73,5\%$	$\frac{28}{106} = 26,5\%$
Kolondièba	7	3	19	13	9	4	6	3	-	1	58	65	$\frac{58}{65} = 89,2\%$	$\frac{7}{65} = 10,8\%$
Tousséguéla	22	29	4	6	2	3	1	-	1	-	46	68	$\frac{46}{68} = 67,6\%$	$\frac{22}{68} = 32,4\%$
Kébila	38	12	5	5	4	-	4	-	-	-	30	68	$\frac{30}{68} = 44,1\%$	$\frac{38}{68} = 55,9\%$
Total	95	68	39	35	25	19	15	7	3	1	212	307	$\frac{212}{307} = 69\%$	$\frac{95}{307} = 31\%$

Ce tableau nous montre que 58 femmes sur 65 femmes enquêtées (soit 89,2%) ont fait la consultation à Kolondièba; tandis qu'à Kébila seulement 30/68 femmes soit 44,1% ont fait la consultation. Le test de probabilité montre que la différence est significative (P=0,01).

Tableau XVII 2. La fréquence des mort-nés, d'enfants vivants de décès (dans les 5 premiers mois) en fonction de l'arrondissement et du nombre de naissances

ARRONDISSEMENTS	KOLONDIÉBA VILLE	CENTRAL	KEBILA	TOUSSEGUELA	TOTAL
ETAT ENFANT					
Non applicable (femme DCD)	0	1	0	0	1
Enfants mort-nés	2	4	2	1	9
Enfants décédés	12	8	7	7	34
Enfants vivants	51	93	59	61	264
Total	65	106	68	69	308
% décès-mort-nés	$\frac{14}{65} = 21,5\%$	$\frac{13}{106} = 12,3\%$	$\frac{9}{68} = 13,3\%$	$\frac{8}{69} = 11,6\%$	$\frac{44}{308} = 14,3\%$

Ici nous avons un taux de 21,5% de mort-nés et décès à Kolondiéba, contre 13,3% de mort-nés et décès à Kébila. Le test de probabilité montre que la différence n'est pas significative ($P=0,18$).

Tableau XVII 3. La fréquence des mort-nés en fonction du nombre de femmes qui ont été vues pendant la grossesse et de l'arrondissement de résidence

ARRONDISSEMENTS	NOMBRE DE FEMMES QUI ONT CONSULTE	NOMBRE DE MORT NES	NOMBRE DE FEMMES SUIVIES	% DES FEMMES QUI ONT CONSULTE	% MORT NES/ FEMMES CONS
CENTRAL	78	5	106	$\frac{78}{106} = 73,5\%$	$\frac{5}{78} = 6,4\%$
KOLONDIÈBA	58	2	65	$\frac{58}{65} = 89,2\%$	$\frac{2}{58} = 3,4\%$
Fousséguéla	46	1	68	$\frac{46}{68} = 67,6\%$	$\frac{1}{46} = 2,1\%$
Kébila	30	2	68	$\frac{30}{68} = 44,1\%$	$\frac{2}{30} = 6,6\%$
Total	212	10	307	$\frac{212}{307} = 69\%$	$\frac{10}{212} = 4,7\%$

A Kolondièba nous avons 3,4% de mort-nés tandis que à Kébila nous avons 6,6% de mort-nés.

Tableau XVII 4. Fréquence de mort-nés et décédés (dans les 5 premiers mois) en fonction du nombre de femmes qui ont été vues pendant la grossesse et de l'arrondissement de résidence

ARRONDISSEMENTS	NOMBRE DE FEMMES QUI ONT CONSULTE	NOMBRE DE MORT NES ET DCD	NOMBRE DE FEMMES SUIVIES	% DES FEMMES QUI ONT CONSULTE	%MORT NES DCD/aux femmes consul
Central	78	13	106	$\frac{78}{106} \cdot 100 = 73,5\%$	$\frac{13}{78} \cdot 100 = 16,6\%$
Kolondièba	58	14	65	$\frac{58}{65} \cdot 100 = 89,2\%$	$\frac{14}{58} \cdot 100 = 24,1\%$
Tousséguéla	46	8	68	$\frac{46}{68} \cdot 100 = 67,6\%$	$\frac{8}{46} \cdot 100 = 17,3\%$
Kébila	30	9	68	$\frac{30}{68} \cdot 100 = 44,1\%$	$\frac{9}{30} \cdot 100 = 30\%$
Total	212	44	307	$\frac{212}{307} \cdot 100 = 69\%$	$\frac{44}{212} \cdot 100 = 20,7\%$

A Kolondièba nous avons 24,1% de mort-nés - décédés, tandis qu'à Kébila nous avons 30%, et dans l'Arrondissement Central ce taux est de 16,6% (par rapport au nombre de femmes qui ont été vues). Dans tous les cas le test de probabilité montre que la différence n'est pas significative. Que se soit entre Kolondièba et Kébila ($P=0,65$); que se soit entre Kébila et l'Arrondissement Central ($P=0,22$).

Tableau XVII 5. Répartition des femmes en fonction du niveau d'instruction et de l'arrondissement de résidence.

ARRONDISSEMENTS	KOLONDIÉBA	CENTRAL	KEBILA	TOUSSEGUÉLA	TOTAL	POURCENTAGE
NIVEAU D'INSTRUCTION DE LA FEMME						
Secondaire	2	0	0	0	2	0,6%
Primaire	5	2	3	4	14	4,6%
Medersa	2	0	0	0	2	0,6%
Lettree en arabe	5	7	1	4	17	5,6%
Non scolarisée et non alphabétisée	51	97	64	60	272	88,6%
Total	65	106	68	68	307	100%
% d'illettrée	78,4%	91,5%	94,1%	88,2%		-

ETUDE EN FONCTION DU NOMBRE DE CONSULTATION

Tableau XVIII 1. Répartition des femmes en fonction du nombre de consultation prénatale et du lieu d'accouchement

LIEU ACCOUCHEMENT	NON APPLICABLE FEMME DCD	HAMEAU CULTURE	DOMICILE	EN COURS DE ROUTE	MATERNITE RURALE	CENTRE de SANTE	HOPITAL	TOTAL	%ACCOU DANS STRUCT SANITAIR
NOMBRE DE CONSULTATION									
0	-	1	91	0	1	2	0	95	3,1%
1	1	1	63	0	0	3	0	68	4,4%
2	0	0	23	1	2	13	0	39	38,5%
3	0	0	21	1	2	11	0	35	37,1%
4	0	0	13	0	4	8	0	25	48%
5	0	0	8	0	6	4	1	19	57,9%
6	0	0	8	0	2	5	0	15	46,7%
7	0	0	3	0	1	2	1	7	57,1%
8	0	0	0	0	2	1	0	3	100%
9	0	0	0	0	0	1	0	1	100%
Total	1	2	230	2	20	50	2	307	23,4%

L'ensemble des femmes qui ont accouché dans une structure sanitaire représente 72 sur 307 enquêtées soit 23,4%. Par ailleurs parmi les 95 femmes qui n'ont bénéficié d'aucune consultation prénatale, seulement 3 femmes (soit 3,1%) ont accouché dans une structure sanitaire. Sur les 70 femmes qui ont fait plus de 3 consultations, 38 femmes (soit 54,3%) ont accouché dans une structure sanitaire. Le test de probabilité montre que la différence est hautement significative ($P=10^{-9}$). Donc plus les femmes font des consultations prénatales, plus elles accouchent dans une structure sanitaire.

Tableau XVIII 1b. Répartition des femmes en fonction du nombre de consultation prénatale et du lieu d'accouchement dans une structure sanitaire

NOMBRE DE CONSULTATION	0	1-3	+3
STRUCTURES SANITAIRES			
Maternité Rurale	1	4	15
Centre de Santé	2	27	21
Hôpital	0	0	2
Total	3	31	38
Effectif Total	95	142	70
% accouchement dans une structure sanitaire	$3/95 = 3,15\%$	$31/142 = 21,8\%$	$38/70 = 54,2\%$

Tableau XVIII 2. Répartition des naissances en fonction du nombre total de consultation prénatale et de l'état des enfants à la fin de l'enquête

NOMBRE DE CONSULTATION	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	effectif
ETAT ENFANT											
Non applicable (femme dcd)	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Enfants mort-nés	2	1	2	2	0	0	1	1	0	0	9
Enfants décédés	10	11	4	7	2	0	0	0	0	0	34
Enfants vivants	83	56	33	26	23	19	14	6	3	1	264
Total	95	69	39	35	25	19	15	7	3	1	308
% mort nés décès enf	12/95 =12,6	13/69 =18,8	6/39 = 15,4	9/35 =25,7	2/25 = 8	0/19 = 0	1/15 = 6,6	1/7 14,2	0/3 = 0	0/1 = 0	44/308 = 14,2

Ce résultat nous montre que les femmes qui ont moins de 4 consultations, ont un pourcentage de mort-nés décès d'enfants supérieur (40 mort-nés décès sur 238 naissances soit 16,8%) par rapport aux femmes qui ont fait 4 consultations et plus (4 mort-nés décès sur 70 naissances soit 5,7%). La probabilité est à la limite ($P=0,06$).

Tableau XVIII 3. Répartition des femmes en fonction du nombre de consultation prénatale et des moyens de transport disponibles dans la famille

MOYEN DE TRANSPORT	PAS DE MOYEN	VELO	CHARETTE	MOBYLETTE	VELO CHARETTE	VELO MOBYLETTE	CHARETTE MOBYLETTE	VELO CHARETTE MOBYLETTE	VELO AUTO	TOTAL
NOMBRE DE CONSULT										
0	14	42	4	1	20	1	3	10	0	95
1	10	31	2	0	17	1	2	5	0	68
2	10	13	1	0	10	1	2	2	0	39
3	1	16	0	1	10	1	1	5	0	35
4	3	9	2	1	4	1	2	2	1	25
5	3	6	0	0	6	1	0	3	0	19
6	1	5	0	0	5	0	2	2	0	15
7	2	1	0	1	3	0	0	0	0	7
8	0	0	0	1	2	0	0	0	0	3
9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	45	123	9	5	77	6	12	29	1	307

Sur ce tableau, le(s) moyen(s) de transport disponible(s) dans la famille ne semble(nt) pas avoir une influence nette sur le nombre de consultation prénatale.

Tableau XVIII 4. Répartition des femmes en fonction des strates et du nombre de consultation prénatale

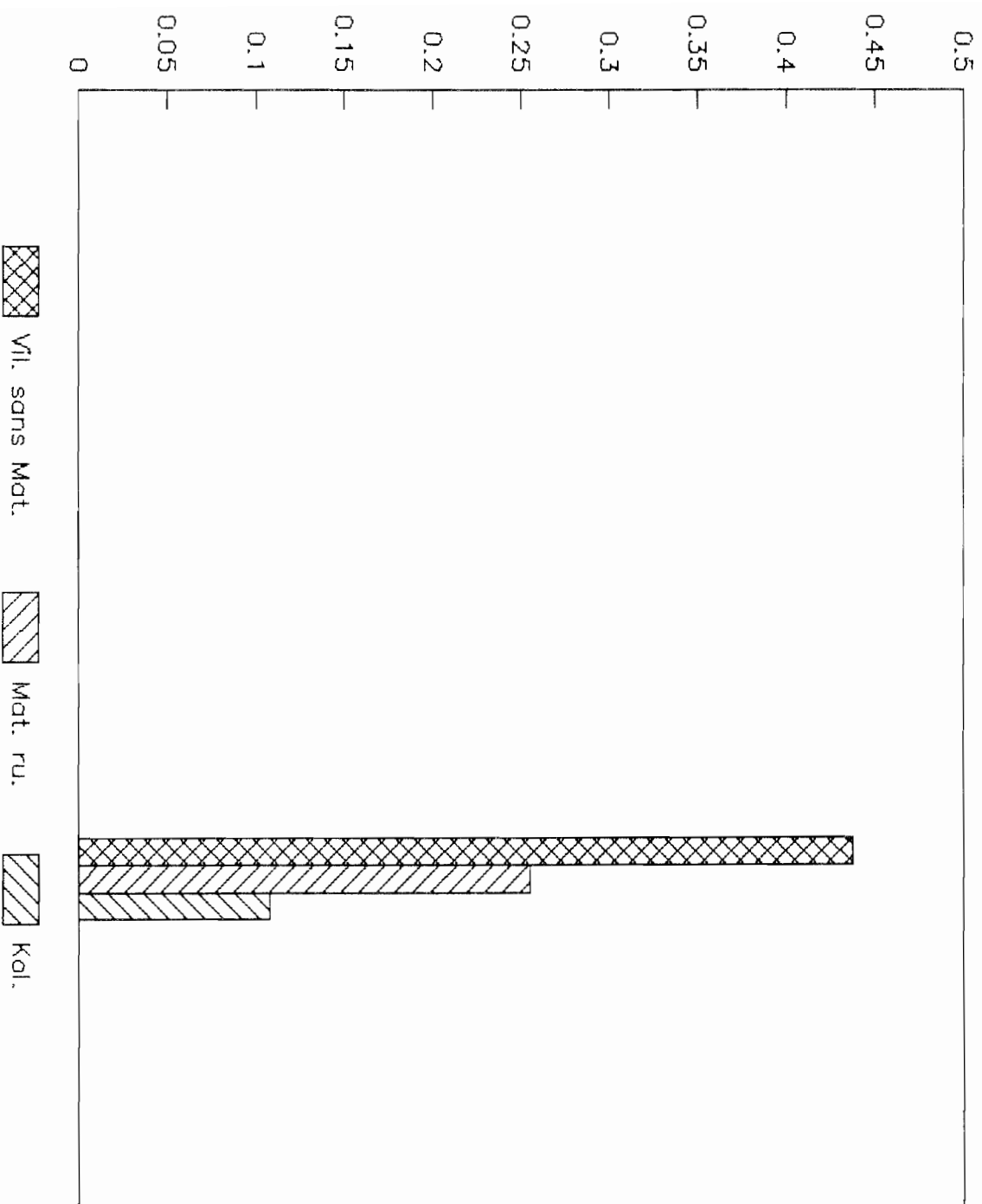
STRATES	KOLONDIÉBA	MATERNITES RURALES	VILLAGES SANS MATERNITE	TOTAL
NOMBRE DE CONSULTATION				
0	7	25	63	95
1	3	20	45	68
2	19	7	13	39
3	13	11	11	35
4	9	10	6	25
5	4	11	4	19
6	6	7	2	15
7	3	4	0	7
8	0	3	0	3
9	1	0	0	1
Total	65	98	144	307
% 0 consult	7/65= 10,8%	25/98= 25,5%	63/144= 43,7%	95/307= 30,9%

Le pourcentage de non consultation prénatale (0 consult) nous montre que :

- dans les villages sans maternité 63 femmes sur 144 (soit 43,7%) n'ont pas fait la consultation prénatale.
- dans les villages avec maternité rurale 25 femmes sur 98 (soit 25,5%) n'ont pas fait la consultation prénatale.
- à Kolondiéba 7 femmes sur 65 (soit 10,8%) n'ont pas fait la consultation. Dans tous les cas le test de probabilité est significatif ou est à la limite. Que se soit entre les Villages Sans Maternité et Kolondiéba ville ($P= 0,00049$); que se soit entre les Maternités Rurales et Kolondiéba ville ($P= 0,05$); ou entre les Villages Sans Maternité et les Maternités Rurales ($P= 0,04$).

% 0 Consultation en Fonction

des Strates



ETUDE SUR LES STRATES

Tableau XIX 1. Répartition des femmes en fonction du lieu d'accouchement et des strates

STRATES	KOLONDIÉBA	MATERNITES RURALES	VILLAGES SANS MATERNITE	TOTAL
LIEUX ACCOUCHEMENT				
Non applicable (femme dcé avant accouchement)	0	0	1	1
Hameau de Culture	1	0	1	2
Domicile	17	75	138	230
En cours de Route	2	0	0	2
Maternité Rurale	0	20	0	20
Centre de Santé	44	2	4	50
Hôpital	1	1	0	2
Total	65	98	144	307
% accouchement en structure sanitaire	45/65= 69,2%	23/98= 23,5%	4/144= 2,8%	72/307= 23,4%

Ce tableau nous montre que dans les villages sans maternité, seulement 2,8% des accouchements ont lieu dans une structure sanitaire; tandis que dans les villages avec maternité rurale ce taux est de 23,5%; à Kolondiéba il est de 69,2% donc plus élevé. Dans tous les cas le test de probabilité montre que la différence est hautement significative:

Entre Kolondiéba et les Maternités Rurales $P=0,0002$

Entre Kolondiéba et les Villages Sans Maternité $P= 10^{-9}$

Entre les Maternités Rurales et les Villages Sans Maternité $P=10^{-9}$.

% Accouch. ds une Struc. Sanit.

en Fonct. des Strates

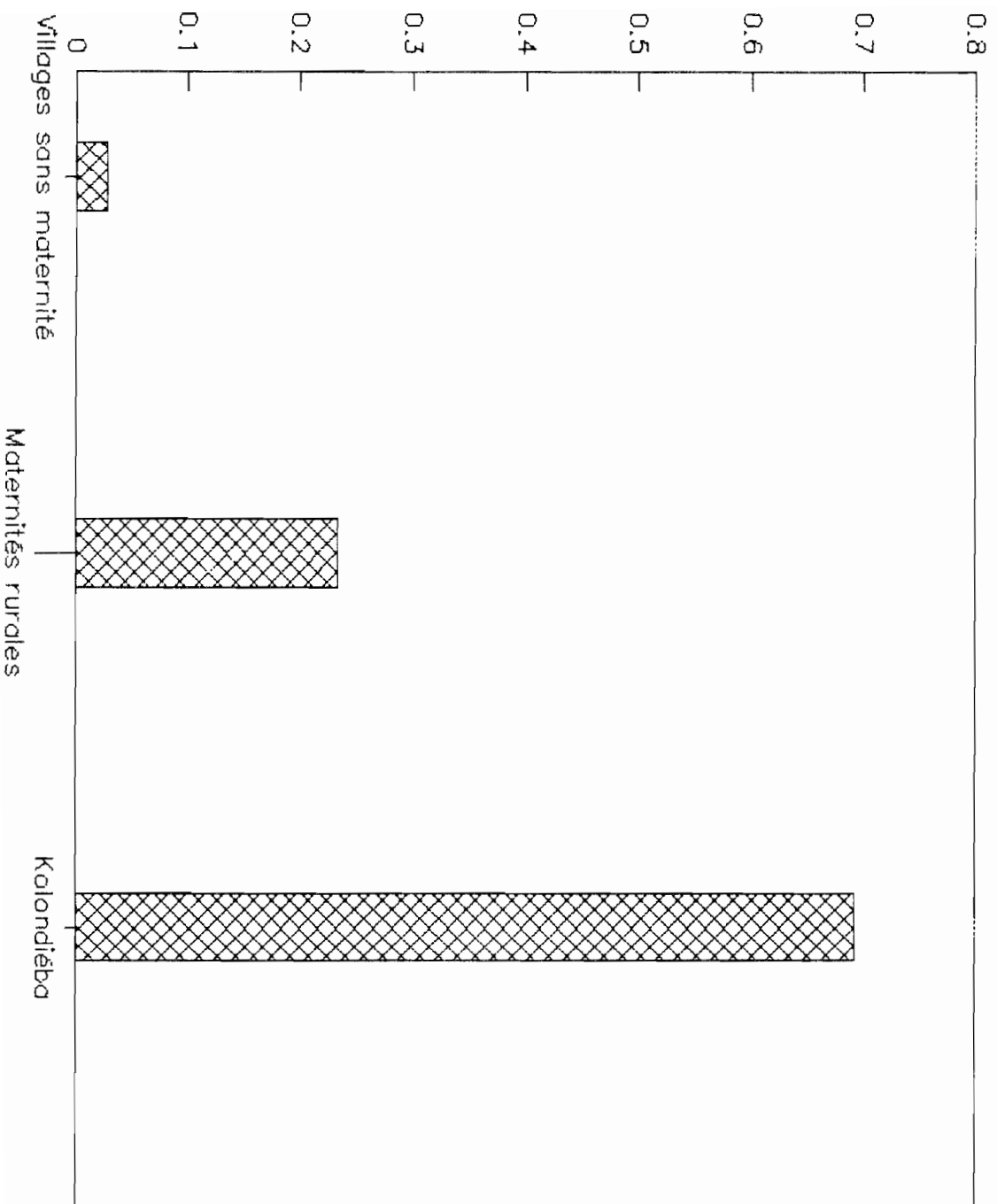


Tableau XIX 2. Répartition des enfants mort-nés et vivants en fonction des strates

STRATES	KOLONDIÉBA	MATERNITES RURALES	VILLAGES SANS MATERNITE	TOTAL
ISSUE DE LA GROSSESSE				
Non applicable (femme DCD)	0	0	1	1
Enfants mort-nés	2	2	5	9
Enfants vivants	63	96	139	298
Total	65	98	145	308
% mort-nés	2/65= 3,1%	2/98= 2%	6/145= 4,1%	3,2%

Ce tableau nous fait voir qu'il y a plus de mort-nés dans les villages sans maternité (soit 4,1%). Cette proportion est de 3,1% à Kolondiéba; elle est plus faible dans les villages avec maternité rurale (soit 2%). Dans tous les cas le test de probabilité montre une différence non significative ($P > 0,05$).

Tableau XIX 3. Répartition des enfants mort nés décédés (dans les 5 premiers mois) vivants en fonction des strates

STRATES	KOLONDIÉBA	MATERNITES RURALES	VILLAGES SANS MATERNITE	TOTAL
ETAT DES ENFANTS				
Non applicable (femme DCD)	0	0	1	1
Mort-nés	2	2	5	9
Enfants DCD	12	4	18	34
Enfants vivants	51	92	121	264
Total	65	98	145	308
% mort-nés décès	14/65= 21,5%	6/98= 6,1%	24/145= 16,5%	14,3%

L'étude de la répartition des mort-nés et décès en fonction des naissances montre qu'il y a eu 6,1% de mort-nés et décès dans les zones avec maternité rurale; 16,5% au niveau des villages sans maternité et 21,5% à Kolondiéba.

Le test de probabilité montre une différence significative entre Kolondiéba et les Maternités rurales ($P=0,01$); et entre les Maternités rurales et les Villages Sans Maternité ($P=0,03$).

% Mort-nés décès enfants par rapport aux strates

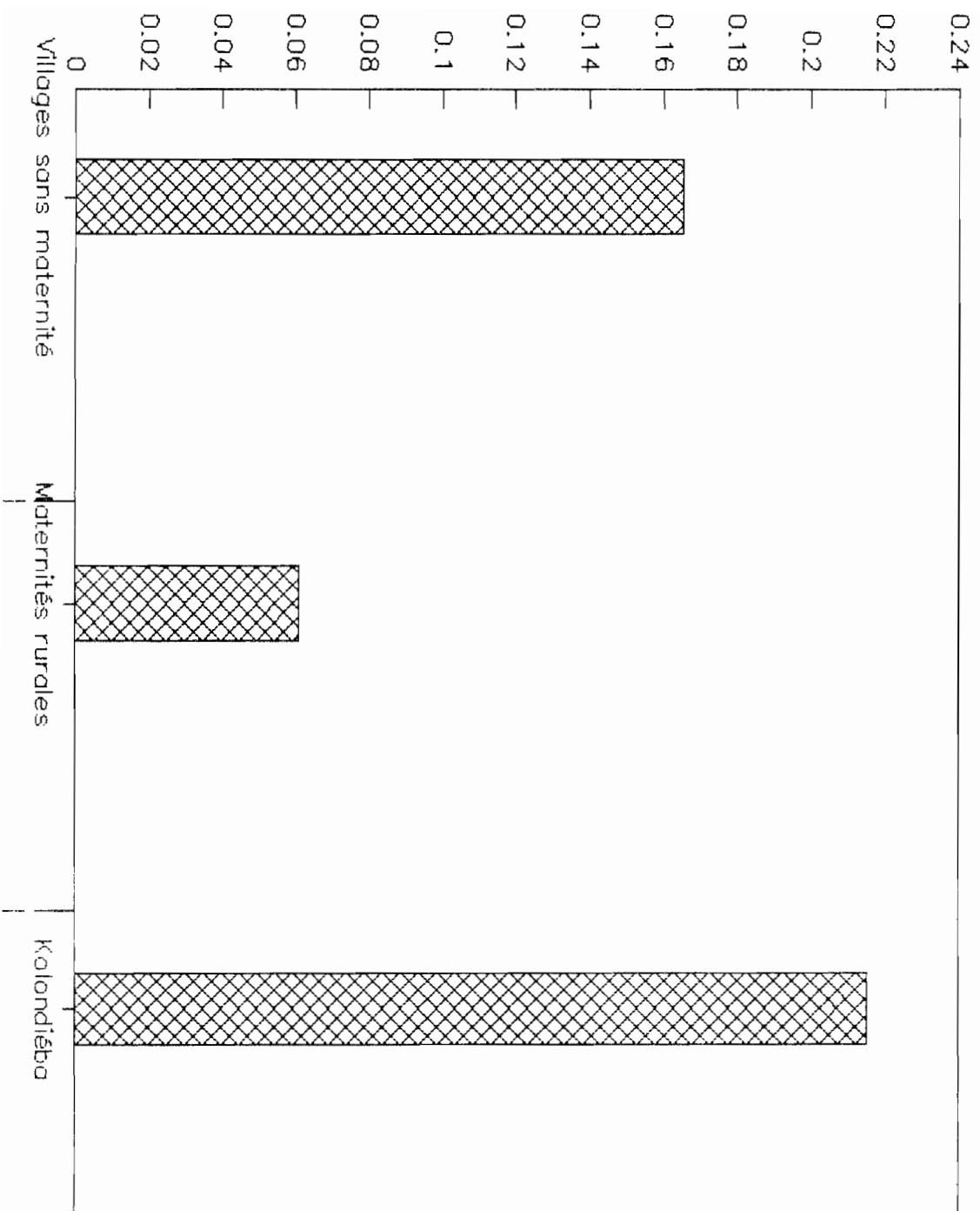


Tableau XIX 4. Répartition des enfants vivants mort nés et décédés (dans les 5 premiers mois) en fonction du niveau d'instruction des femmes.

NIVEAU D'INSTRUCTION DES FEMMES	NI ALPHABETISEE NI SCOLARISEE	ALPHABETISEE EN ARABE	NIVEAU PRIMAIRE	NIVEAU SECONDAIRE	TOTAL
ISSUE GROSSESSE					
Non applicable (femme DCD)	1	0	0	0	1
Enfants mort-nés	9	0	0	0	9
Enfants DCD	30	2	2	0	34
Enfants vivants	233	17	12	2	264
Total	273	19	14	2	308
% mort-nés décès	10/273= 14,6%	2/19= 10,5%	2/14=14,3	0/2= 0%	44/308=14,3

En ce qui concerne cette répartition le taux de mort-nés décès est plus élevé chez les femmes ni scolarisées ni alphabétisées soit 14,6%.

Tableau XIX 5. Répartition des enfants vivants mort nés et décédés (dans les 5 premiers mois) en fonction du niveau d'instruction des maris.

NIVEAU D'INSTRUCTION MARI	NON APPLICABLE (femme non mariée)	NI SCOLARISE NI ALPHABETISE	ALPHABETISE	ECOLE PRIMAIRE	NIVEAU SECONDAIRE ET SUPERIEUR	TOTAL
ISSUE GROSSESSES						
Non applicable (femme gcd avant accou)	-	-	1	-	-	1
Enfants mort nés	0	8	1	0	0	9
Enfants DCD	2	22	9	1	0	34
Enfant vivant	2	167	77	13	5	264
TOTAL	4	197	88	14	5	308
% mort-nés décès	2/4= 50%	30/197= 15,2%	11/88= 12,5%	1/14= 7,1%	0/5= 0%	44/308 = 14,3%

Nous constatons sur ce tableau que pour les maris de niveau secondaire et supérieur il n'y a ni décès ni mort-nés.

Tableau XIX 6. Répartition des femmes en fonction du nombre de consultation prénatale et de leur niveau d'instruction

NOMBRE DE CONSULTATION	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	TOTAL	% 0 consult
Niveau d'instruction fem												
Ni scolarisée ni alphabétisée	90	59	35	32	19	17	11	6	3	0	272	90/272=33,1%
Alphabétisée en arabe	3	4	3	3	3	2	1	0	0	0	19	3/19= 15,8%
Niveau primaire	2	5	0	0	3	0	3	0	0	1	14	2/14= 14,3%
Niveau s ^{aire}	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	0/2= 0
Total	95	68	39	35	25	19	15	7	3	1	307	95/307=30,9%

Concernant cette répartition, nous constatons que le taux de non consultation prénatale est beaucoup plus élevé chez les femmes ni scolarisées ni alphabétisées par rapport aux autres groupes (soit 33,1%). Mais dans tous les cas le test de probabilité montre que la différence n'est pas significative.

Tableau XIX 7. Répartition des femmes en fonction du nombre de consultation prénatale et du niveau d'instruction des maris

NOMBRE DE CONSULTATION	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	TOTAL	% 0 consult
NIVEAU D'INSTRUCTION MAR												
Non applicable (femme non mariée)	2	0	0	0	1	0	0	1	0	0	4	2/4= 50%
Ni scolarisé ni alphabétisé	61	50	22	19	15	13	11	6	0	0	197	61/197= 31%
Alphabétisé	28	16	14	11	6	5	4	0	2	1	87	28/87= 32,2%
Niveau primaire	3	1	3	4	2	1	0	0	0	0	14	3/14= 21,4%
Niveau secondaire et supérieur	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	5	1/5= 20%
Total	95	68	39	35	25	19	15	7	3	1	307	95/307=30,9%

Le pourcentage de non consultation (0 consultation) est moins élevé chez les femmes dont les maris ont un niveau secondaire ou supérieur par rapport aux autres groupes Mais il faut signaler qu'elles ne sont que 5 femmes.

Tableau XIX 8. Répartition des femmes en fonction du nombre de consultation prénatale et de la profession du mari

NOMBRE DE CONSULTATION	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	TOTAL	% 0 consult
PROFESSION												
Non applicable (femmes célibataires)	2	0	0	0	1	0	0	1	0	0	4	2/4= 50%
Commerçant	1	1	2	1	2	0	1	1	0	0	9	1/9= 11,1%
Cultivateur	78	62	30	28	17	15	9	4	2	1	246	78/246=31,7%
Cultivateur Eleveur	7	1	1	2	1	1	2	0	0	0	15	7/15= 46,7%
Cultivateur Forgeron	3	2	0	2	1	1	1	0	0	0	10	3/10= 30%
Autres	4	2	6	2	3	2	2	1	1	0	23	4/23= 17,4%
Total	95	68	39	35	25	19	15	7	3	1	307	95/307=30,9%

Cette répartition nous montre une prédominance de non consultation prénatale chez les filles mères (femmes célibataires) soit un taux de 50%; mais elle ne sont qu'aux nombre de 4. Ce pourcentage est beaucoup plus faible pour les femmes dont les maris sont des commerçants (soit 11,1%); mais elles ne sont que 9.

Tableau XIX 9. Répartition des naissances en fonction du nombre de consultation prénatale et de l'issue de la grossesse

NOMBRE DE CONSULTATION PRENATALE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	TOTAL
ISSUE DE LA GROSSESSE											
Non applicable (femme DCD)	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Enfants mort-nés	2	1	2	2	0	0	1	1	0	0	9
Enfants vivants	93	67	37	33	25	19	14	6	3	1	298
Total	95	69	39	35	25	19	15	7	3	1	308
% mort-nés	2/95 2,1%	2/69 2,9%	2/39 5,1%	2/35 5,7%	0/25 0	0/19 0	1/15 6,7%	1/7 14,3%	0/3 0	0/1 0	10/308 3,2%

Les femmes qui ont moins de 4 consultations ont un pourcentage de mort-nés plus élevé (8 mort-nés sur 238 naissances soit 3,4%) que chez les femmes ayant fait 4 consultations et plus (2 mort-nés sur 70 naissances soit 2,8%). Le test de probabilité montre une différence non significative (P=1).

ETUDE DES CONSULTATIONS POSTNATALES

10 femmes sur 307 enquêtées ont été suivies en consultation postnatale. Toutes ont été vues par les agents de Save The Children U.S.A. lors de leur passage dans les villages. Donc aucune femme dans les zones de l'enquête ne s'est déplacée pour aller faire la consultation postnatale systématique même à Kolondiéba ville. Le seul motif de non consultation postnatale systématique est d'après les femmes l'ignorance de l'intérêt de la consultation postnatale en l'absence de signes pathologiques.

VI) COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

L'analyse des résultats de notre étude nous amène à faire des rapprochements avec d'autres résultats et/ou à donner des explications sur certains résultats de l'étude.

1- De l'étude des activités des maris:

Les résultats obtenus dans les zones de l'enquête ont montré une prédominance de la classe paysanne, soit 88,3%; tandis qu'à Sanakoroba qui est également une zone rurale ce taux est de 80,11% soit 318 maris cultivateurs sur 393 (13). Le test de probabilité montre une différence significative ($P = 0,008$).

2- De l'étude sur le niveau d'instruction des maris:

Notre enquête a révélé que plus de la moitié des hommes ne sont ni scolarisés ni alphabétisés, d'après E.D.S Haute Vallée Bamako 1990 (4), le même phénomène existe en milieu urbain avec 58,4% de maris analphabètes surtout chez les cultivateurs éleveurs à Bamako et 54,9% d'analphabètes dans la Haute Vallée. Mais cette statistique doit être prise avec prudence, car beaucoup de femmes ignorent le niveau d'instruction précis de leur mari et parfois il faut faire appel à d'autres personnes en absence du mari.

3- De l'étude sur le niveau de scolarisation ou d'alphabétisation de la femme:

88,5% de l'ensemble de nos femmes sont illettrées, tandis qu'en 1986, B. Kanè (13) a constaté 100% de femmes analphabètes à Sanakoroba. Le test de probabilité montre une différence significative $P < 0,0001$. Ce phénomène peut s'expliquer par le fait qu'il y a eu une certaine évolution dans l'instruction des femmes en milieu rural de 1986 à 1991.

Cet analphabétisme est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain, si nous nous référons sur E.D.S. Haute Vallée Bamako (4) qui a montré que:

- A Bamako 299 femmes sur 503 enquêtées (soit 59,4%) sont illettrées.

Le test de probabilité est de: $P < 0,001$

- Dans la Haute Vallée 162 femmes sur 284 enquêtées sont illettrées (soit 57%). Ici aussi le test de probabilité est de: $P < 0,001$.

4- De l'état matrimonial des femmes:

Les célibataires ne représentent qu'une faible proportion de l'ensemble des femmes enquêtées (soit 1,3%). Cela se rencontre aussi en milieu urbain (4); à Bamako il y avait 2% seulement de célibataires et dans la Haute Vallée 1,4%. Dans

tous les cas le test de probabilité donne une différence non significative.

5- De l'étude de la taille de la femme:

11,7% de l'ensemble de nos femmes ont une taille inférieure ou égale à 1,5m tandis que 88,3% de nos femmes ont une taille supérieure à 1,5m. Nous n'avons pas trouvé d'étude Malienne sur le même sujet.

6- De l'étude générale sur la pesée de la femme:

Cette étude nous montre que 126 femmes sur 307 enquêtées (soit 41%) n'ont pas été pesées au cours de la grossesse. Parmi ces 126 femmes 95 (soit 75,4%; ce qui représente 30,9% de l'ensemble des femmes), n'ont bénéficié d'aucune consultation prénatale; les 31 femmes qui ont fait la consultation prénatale n'ont pas été pesées. Cela peut s'expliquer par le fait que la plupart des pèse personnes sont hors d'usage aussi bien pour les maternités rurales que pour les agents de Save The Children.

7- De l'antécédent des avortements:

Nous avons à notre disposition peu d'information sur les circonstances de ces avortements. Par ailleurs pour la majeure partie des cas la définition de l'avortement n'est pas évidente.

8- De l'étude des troubles associés à la grossesse:

Au cours de notre enquête 72 sur 307 femmes (soit 23,4%) ont fait un oedème des membres inférieurs pendant la grossesse.

9- Du nombre de femmes vues en consultation prénatale par Save The Children:

Au cours de notre étude nous n'avons eu que 25,4% des consultations faites par Save The Children. Cela parce que - Save The Children ne fait plus de consultation prénatale dans les villages où il y a une structure sanitaire (au niveau du secteur de Base), de même que dans les zones situées non loin de Kolondièba (dans un rayon de moins de 6km). Dans ces localités leur rôle se limite à la sensibilisation des femmes.

- Les femmes des villages situés loin des structures sanitaires qui se déplacent d'elles mêmes pour aller en consultation ailleurs, ne sont pas en contact direct avec Save The Children. Elles y sont cependant encouragées par l'institution.

10- De l'étude de la consultation à notre passage:

Au début de l'enquête 44,6% des femmes enceintes avaient commencé la consultation prénatale. Les résultats obtenus pendant l'étude ont montré qu'au total 69% des femmes de l'enquête ont fait la consultation prénatale. Le test de probabilité montre une différence significative: $P=0,001$. Cela peut avoir plusieurs raisons entre autre notre étude a pu influencer le comportement de ces femmes enceintes.

11- De l'étude de la première consultation en fonction du trimestre de la grossesse:

Seulement 7,5% des femmes enquêtées ont commencé la consultation au premier trimestre. Cela s'explique par le fait que certaines femmes cachent leur grossesse au début soit par timidité soit par pudeur ou par superstition. D'autres au contraire ne se rendent compte qu'elles sont enceintes qu'après plusieurs mois d'aménorrhée. Par contre certaines ignorent le moment où commence la consultation prénatale (c'est à dire à quel âge de la grossesse faut il commencer la consultation en absence ou en présence d'une anomalie).

D'après B.Kanè (12) sur 393 femmes vues en consultation; seulement 28 (soit 7,12%) l'ont commencé au premier trimestre. Pour S. Berthé(1) le même phénomène existe en milieu urbain; il a trouvé 15,07% de femmes vues au début de la grossesse. Le calcul de la probabilité P n'a pas été fait, car les données de S.Berthé sont en pourcentage.

12- De l'étude des motifs de consultation au premier trimestre:

Les 5,7% de femmes qui sont venues en consultation sur convocation, correspondent aux femmes à qui il a été donné un rendez vous après leur premier passage, ou celles qui ont été vues par l'agent de Save The Children. Ce dernier à son arrivée dans le village, convoque toutes les femmes enceintes (qui ont été déjà averties de son arrivée) pour faire la consultation.

13- De l'étude sur la fréquence des pesées

a-Au 2ème trimestre:

104 femmes sur 134 qui ont fait la consultation au deuxième trimestre, ont été pesées (soit 77,6%) ce qui représente 49% de l'ensemble des femmes qui ont bénéficié d'au moins une consultation.

b-Au 3ème trimestre:

128 femmes sur les 156 (venues à la consultation au 3ème trimestre) ont été pesées soit 82%, ce qui représente 60,4% par rapport à 212.

$P=0,75$. Donc la fréquence de la pesée ne semble pas varier entre le 2ème et le 3ème trimestre.

14- De l'étude sur le lieu de consultation au troisième trimestre:

Sur ce tableau nous voyons que la plupart des femmes ont été vues au centre de santé au 3ème trimestre. Cela s'explique par le fait que les femmes des villages situés non loin de Kolondièba profitent de la foire (de Kolondièba ville chaque lundi) pour venir en consultation au centre de santé.

15- De l'étude de la qualification du personnel médical ayant fait la consultation au troisième trimestre:

Les 2 femmes qui ont été vues par un médecin au 3ème trimestre souffraient l'une d'hémorragie abondante (placenta praevia), l'autre de tuberculose pulmonaire. Il est à signaler que la première a été adressée par la sage femme au médecin de Kolondièba, et la 2ème est partie d'elle même voir le médecin de Sikasso après plusieurs traitements sans succès.

16- De l'étude sur la fréquence de nos femmes à la consultation prénatale:

- 212 femmes sur 307 enquêtées (soit 69%) ont été suivies en consultation prénatale au cours de leur grossesse; ce qui est peu différent du taux de Bamako qui est de 81 sur 127 soit 64% (13). $P=0,4$ donc non significative.

- Concernant le nombre de consultation; 70 femmes sur 212 femmes vues en consultation ont fait plus de 4 consultations prénatales (soit 33,01%); tandis qu'en 1986 B Kanè (12) à Sanankoroba a trouvé que seulement 41 femmes sur 393 femmes vues en consultation (soit 10,4%) ont fait plus de 4 consultations.

Le test de probabilité montre une différence significative: $P=0,0026$. Cela pourrait être dû à un meilleur encadrement à Kolondièba, ou à une évolution favorable en zone rurale.

17- De l'étude générale sur la qualification du personnel médical chargé de faire la consultation:

Au cours de notre étude nous avons constaté que très peu de femmes sont vues en consultation par une sage femme. Cela est dû au fait qu'on a plus de matrones et d'infirmiers de premier cycle dans le cercle de Kolondièba que de sages femmes. En effet il n'y a officiellement qu'une sage femme pour tout le cercle de Kolondièba; contre 2 infirmiers d'Etat, 11 infirmiers de premier cycle et 12 matrones.

18- De l'étude générale sur les moyens de transport empreintés pour aller en consultation:

Au cours des trois trimestres plus des 3/4 des femmes vues en consultation, ont effectué le déplacement à pied; parfois sur de longue distance; cela s'explique par le fait que dans le cercle de Kolondièba il n'y a pas de véhicule de transport régulier entre les villages.

19- Il faut mettre un accent particulier sur le fait:

qu'aucune de nos femmes n'a subi un bilan d'analyse pendant la grossesse (le bilan prénatale).

20- De l'étude générale sur le nombre de femmes qui ont consulté en fonction des trimestres:

Sur 212 femmes qui ont fait la consultation, 23 femmes (soit 10,8%) ont été vues au 1^{er} trimestre; 134 femmes (soit 63,2%) ont été vues au 2^{ème} trimestre; 156 femmes (soit 73,6%) ont été vues au 3^{ème} trimestre. La différence est hautement significative (entre le 1^{er} et le 2^{ème} trimestre; entre le 1^{er} et le 3^{ème} trimestre): $P = 10^{-9}$. Cela démontre une progression de la fréquence à la consultation prénatale en fonction de l'évolution de la grossesse.

21- De l'étude des femmes en fonction de la qualification du 1^{er} personnel médical contacté pendant accouchement:

Le tableau XV 2, nous montre que 48,2% des femmes de l'enquête n'ont bénéficié d'aucune assistance par un personnel médical pendant l'accouchement. Par contre d'après E.D.S.(4) il a été trouvé que:

- A Bamako près de 1% des naissances n'a bénéficié d'aucune assistance à l'accouchement, les mères de 55% des naissances ont accouché avec l'assistance d'un personnel qualifié (sage femme ou infirmier).

- Dans la Haute Vallée 2% des naissances n'ont bénéficié d'aucune assistance à l'accouchement, 76% des femmes ont été assistées par une sage femme ou un infirmier,(4). Dans les 2 cas la différence est hautement significative: $P=10^{-9}$. Ce qui démontre qu'en milieu urbain l'assistance à l'accouchement par un personnel qualifié est beaucoup plus élevée qu'en milieu rural.

22- De l'étude des femmes en fonction de la qualification du 1^{er} personnel médical contacté après accouchement:

88 femmes sur 307 enquêtées (soit 28,7%) ont contacté une A.T. après accouchement. Cela s'explique par le fait qu'en général l'A.T. n'est appelée qu'après l'accouchement de la femme; sauf en cas de problèmes (allongement de la durée du travail, hémorragie abondante, etc...) ou lorsque l'A.T. est une proche parente de la femme.

Dans le cas où l'A.T. est appelée après l'accouchement son rôle se limite à la ligature et section du cordon, à la toilette de l'enfant et au soin ombilical.

23- Du problème de l'accouchement à domicile sans l'assistance d'un personnel médical s'explique par plusieurs raisons:

- Le problème de tarification de l'accouchement; qui varie entre 250 et 300 F.CFA par accouchement destinée au renouvellement de la caisse dans les villages où il n'y a que l'A.T.F.; 500 F.CFA dans les structures sanitaires et 5000 F.CFA en cas de césarienne au centre de santé.

- Le problème de superstition et de manque de confiance à certains personnels de santé. En effet il est une croyance populaire selon laquelle un accouchement difficile est synonyme d'infidélité de la femme envers son mari. Aussi on allait jusqu'à obliger la femme à dévoiler le nom de son amant (c'est à dire le nom du père illégitime de l'enfant) certaines femmes sous l'effet de la douleur mentaient en donnant un nom fictif). Ce qui posait certains problèmes sociaux.

24- De l'étude des femmes en fonction de la durée du travail pendant accouchement:

Les durées de travail signalées dans cette étude sont très criticables, car ce sont des durées subjectives sans aucun critère médical objectif, or il ya souvent un faux travail. Mais il faut signaler que 91,2% des femmes de l'enquête ont signalé avoir une durée de travail de moins de 24 heures.

25- De l'étude de l'âge de la grossesse à l'accouchement:

D'après l'interrogatoire des femmes de l'enquête le pourcentage de prématuré et de dépassement de terme a été de 4,2%; à noter que nos femmes ont beaucoup de peine à donner l'âge de leur grossesse.

26- De l'étude des femmes selon qu'elles ont fait une métrorragie avant l'accouchement:

Sur les 307 femmes 13 déclarent avoir saigné pendant le 3ème trimestre avant accouchement soit 4,2% de l'ensemble des femmes de l'enquête.

27- De l'étude sur le lieu d'accouchement:

Le tableau XV 9 nous montre que le nombre d'accouchements à domicile est très élevé (soit 75%); selon M.Kassambara (13), le même phénomène existe en milieu urbain; sur 127 femmes il y a eu 14 accouchements à domicile soit 11%. Cependant nous voyons qu'il existe un grand écart entre le taux constaté en milieu rural (presque les 3/4 des femmes de notre enquête

ont accouché à domicile) et le taux trouvé en milieu urbain (presque 1/9 des femmes ont accouché à domicile). Le test de probabilité montre une différence hautement significative: $P= 10^{-9}$

28- De l'étude des naissances en fonction du nombre d'enfants vivants et de mort-nés:

Sur 307 accouchements 9 ont donné des mort-nés soit 2,9%, tandisqu'en milieu urbain (14) on a retrouvé 1,5% de mort-nés. Le test de probabilité montre une différence à la limite.

29- De l'étude du poids de l'enfant à la naissance:

Le tableau (XV 13) nous montre que la proportion des enfants non pesés est élevée soit 78,9%. Cela est dû au fait que la plupart des accouchements ont été faits à domicile, d'autre part au niveau des maternités rurales beaucoup de pèse bébés sont hors d'usage.

30- De l'étude de la taille des enfants à la naissance:

Sur ce tableau (XV 14) nous constatons que la plupart des enfants (plus des 3/4) n'ont pas été mesurés à la naissance. Cela parce que seul au centre de santé de Kolondiéba ville, les enfants sont mesurés à la naissance; tandisque dans les autres structures sanitaires (dispensaires et maternités ruraux) les enfants ne sont pas mesurés.

L'explication donnée par les personnels est qu'ils ne disposent pas de matériels adéquats pour la mensuration. Il faut signaler cependant qu'ils ont un mètre ruban pour prendre la hauteur utérine (au cours de la consultation prénatale). Ce mètre ruban peut servir aussi à la prise de la taille des enfants à la naissance.

31- De l'étude des femmes selon qu'elles ont fait la consultation postnatale:

Si nous définissons la consultation postnatale comme étant le nombre d'accouchées vues au moins une fois au cours des 42 jours après accouchement (sans tenir compte des femmes qui étaient hospitalisées pour accouchement ou des femmes qui ont été évacuées pour un problème lié à l'accouchement), nous pouvons dire que 10 seulement des femmes de l'enquête (soit 3,2%) ont bénéficié d'une consultation postnatale et cela lors du passage des agents de santé de Save The Children U.S.A..

32- De l'étude sur les mortalités maternelles survenues au cours ou à la fin de la grossesse:

Deux femmes sur les 307 soit 0,7% des femmes sont décédées.

L'une est décédée par suite d'une hémorragie abondante (placenta praevia) au centre de santé de Kolondièba. L'autre est décédée trois jours après accouchement à domicile; elle souffrait d'une tuberculose pulmonaire mal soignée. Par ailleurs ce petit nombre ne permet pas de fixer le taux de mortalité maternelle.

33- De l'étude sur les évacuations:

Parmi les dix (10) évacuations (soit 3,3% de l'ensemble des femmes de l'enquête):

Une venait de Kolondièba ville et a été évacuée à l'hôpital régional de Sikasso pour présentation transversale de l'enfant.

Une venait du secteur de base de Kaara. Elle a été évacuée vers le centre de santé de Kolondièba pour dystocie osseuse. Les huit (8) autres venaient des villages. Elles ont toutes été évacuées vers le centre de santé de Kolondièba (sur conseil des accoucheuses traditionnelles formées).

34- De l'étude comparative des trois (3) strates en fonction du nombre de mort nés et décès d'enfants dans les 5 premiers mois:

Dans les maternités rurales couvertes par Save The Children U.S.A. le taux de mort nés et décès d'enfants dans les 5 premiers mois est de 6,1% alors que ce taux est de 21,5% dans la ville de Kolondièba. Le calcul de probabilité montre que la différence est significative: $P=0,01$.

VII) RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION

Les rencontres de Nairobi (1987) de Paris (1988) et Niamey (1989), ainsi que des publications dans des journaux médicaux tel " The Lancet " (14; 15), ont permis une prise de conscience des états sur le taux élevé de mortalité maternelle. Il en a résulté l'élaboration d'une stratégie globale en vue d'une maternité sans risque. A cet effet une priorité est désormais reconnue à la protection de la santé maternelle et infantile.

A partir de l'analyse des résultats de notre étude, nous avons cherché à identifier les différents problèmes qui entravent cette stratégie au Mali et particulièrement dans le cercle de Kolondièba.

L'analyse de cette situation nous permet de proposer certaines solutions en fonction des différents problèmes posés.

1- L'insuffisance des structures sanitaires:

Il y a lieu d'encourager les populations à créer des structures de santé locales, surtout dans les villages plus isolés (avec notamment la participation de la communauté elle même) d'une part; d'autre part créer au niveau de chaque village une case de consultation prénatale et d'accouchement.

2- L'insuffisance d'agents de santé officiels:

Il convient d'encourager et de motiver les agents de santé par une bonne et régulière rémunération. Le gouvernement doit par ailleurs prendre des dispositions urgentes pour l'accroissement de l'effectif des agents de santé officiels (il n'y a qu'un médecin et une sage femme pour tout le cercle de Kolondièba).

En raison du nombre élevé de la population du cercle et de la distance entre le centre de santé et certaines localités, chaque arrondissement doit être doté d'une sage femme.

3- L'absence de crédibilité de certaines matrones et accoucheuses traditionnelles :

Il convient de former et de recycler les accoucheuses traditionnelles; perfectionner les matrones par des séances de recyclage et de supervision fréquentes sur place.

- L'institution systématique dans toutes les structures sanitaires de la pesée et de la mensuration des bébés.

- Le port de gants ou de plastics "Sada Diallo" au moment de l'accouchement. Le sida et les M.S.T.(maladies sexuellement transmissibles) constituant aujourd'hui un problème crucial sur le plan santé publique; il est nécessaire d'ajouter au

contenu de la trousse des représentants de la santé dans les villages (accoucheuses traditionnelles, matrones) une paire de gants ou de plastics "Sada Diallo" en y associant un flacon d'eau de javel en vue de la stérilisation des gants ou plastics.

4- Le coût " élevé" des prestations:

Dans ce cas l'utilisation stricte des médicaments en D.C.I. est indispensable.

5- L'insuffisance de moyens de transport:

Il convient de doter les maternités et les dispensaires ruraux les plus éloignés du centre de santé, d'un véhicule ou tout au moins d'une charette équipée de coussins beaucoup plus commode que le vélo.

6- La pauvreté et l'analphabétisme de la population:

* Il faudrait en plus des presse karités et des jardins communautaires (subventionnés par Save The Children U.S.A.), créer des centres de couture, de teinture, de filage, des foyers améliorés pour alléger leur charge et diminuer à la fois le phénomène de déboisement.

* Mettre en place au niveau des villages un centre d'éducation pour la santé, des femmes en âge de procréer. Ces centres doivent être dirigés par des infirmiers, des matrones et/ou des accoucheuses traditionnelles. Le rôle de ces agents de santé ne doit pas se limiter seulement à la consultation prénatale, aux soins et/ou à l'assistance à l'accouchement. Ils doivent également participer à la sensibilisation, à la formation et à l'éducation des femmes dans les villages. Au cours de ces formations les femmes doivent apprendre à faire certaines choses indispensables à la santé familiale et au bon déroulement de la grossesse:

- Elles doivent apprendre à déterminer l'âge de la grossesse à partir de la date des dernières règles, tout en se basant sur le calendrier grégorien; les mois lunaires; les dates agricoles; les fêtes religieuses ou les dates des événements.

- Elles doivent comprendre le bien fondé des consultations pré et postnatales et le moment où elles ont lieu.

- Elles doivent apprendre à reconnaître certaines anomalies physiologiques et pathologiques de la grossesse.

- Elles doivent apprendre à déceler les anomalies qui nécessitent une consultation prénatale.

- Elles doivent également apprendre les petits gestes qui soulagent pendant la grossesse tels que surélever les jambes avec un coussin ou des piles de pagnes au repos surtout en cas de varice ou d'oedème fugace des membres inférieurs; adapter le décubitus latéral gauche à partir du 3ème trimestre pour permettre une bonne oxygénation du fœtus; avoir une alimentation équilibrée etc...

- Elles doivent savoir quelles sont les femmes qui doivent impérativement accoucher dans une formation sanitaire spécialisée comme le centre de santé (les anciennes césarisées, les femmes de taille inférieure à 1,5m, les femmes qui ont un antécédent d'accouchement difficile; de mort-nés les grandes multipares les primipares trop jeunes etc...).

-Elles doivent être informées des pratiques et coutumes néfastes pour la mère ou l'enfant (des accouchements à domicile et sans aucune forme d'assistance; des accouchements en cours de route ou dans un hameau de culture; la section du cordon ombilical avec un couteau ou une lame à usage multiple non stérilisé(e); l'utilisation de la potasse et du beurre de karité pour le soin ombilical; l'absence de bandage ombilical. Dans ce dernier cas on peut utiliser comme bande une étoffe blanche tissée et très fine.

Ces formations seront complétées par l'utilisation des moyens audio visuels qui sont les cassettes magneto, les radios libres animées par les jeunes villageois; les panneaux et banderoles placés à l'entrée des villages et sur les lieux de rassemblement public ("fèrè"). Pour cela il convient d'organiser dans les villages des spectacles tels les théâtres "kotèba" servant à la fois de moyen de distraction et d'information. Toutes ces campagnes ont pour but, la sensibilisation, l'information, et le recyclage des masses en vue du développement communautaire.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Berthé, S.
Contribution à l'étude des grossesses à haut risque à Bamako (Approche épidémiologique).
Thèse de Médecine, Bamako, 1983, N° 9.
- 2 - Boury - Heyler, J.(Cl.); Cohen, J.
Abregés de physiologie gynécologique.
Masson.
- 3 - C.E.R.P.O.D.(Centre d'Etude et de Recherche sur la Population pour le Développement).
Enquête Démographique et de Santé (E.D.S.) au Mali.
Institut du Sahel, Bamako, 1987, 187P.
- 4 - C.E.R.P.O.D.
Enquête Démographique et de Santé (E.D.S.) au Mali.
Haute Vallée - Bamako, Novembre 1990, 101 P.
- 5 - C.I.E.(Centre International de l'Enfance).
Seminaire sur la réduction de la mortalité maternelle dans les pays en développement.
Château de Longchamp, Paris, 3-7 Octobre 1988.
- 6 - Conable, B.B.
La mortalité sans risques: forum mondial de la santé.
O.M.S.(Organisation Mondiale de la Santé), Genève, 1987,
vol.8.N° 2, 164-170.
- 7 - Djilla, B.
Contribution à l'étude de la mortalité maternelle au cours de la gravido puerpéralité à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako (Mali) sur 10 ans (1979-1988).
Thèse de Médecine, Bamako, 1989, N° 54.
- 8 - Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (Mali). Recensement général de la population et de l'habitat du 1er au 14 Avril 1987.
Résultats provisoires, Bamako, Mali, 1991.
- 9 - Direction Nationale de la Santé Publique.
Rapports annuels des services de santé, de 1972 à 1989.
- 10 - E.N.M.P.(Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie).
Evaluation Sanitaire de la zone C.M.D.T.
Evaluation Epidémiologique, Projet Mali Sud II, Bamako, 1985, 31P.
- 11 - Hart (R.H.), Belsey (M.A.), Tarino (E.).
L'intégration des services de santé maternelle et infantile dans les soins de santé primaire. Considérations pratiques.
O.M.S., Genève, 1991

- 12 - Kanè, B.
Contribution à l'étude des grossesses à risque élevé en zone rurale (dans l'arrondissement de sanakoroba).
Thèse de Médecine, 1986, N° 23.
- 13 - Kassambara, M.
Evaluation d'un centre de santé maternelle et infantile en milieu urbain (appliquée à la commune VI du district de Bamako).
Thèse de Médecine, Bamako, 1989, N° 15.
- 14 - Lansac, J./ Lecomte, P.
Gynécologie pour le praticien, 3ème édition, SIMEP.
- 15 - Mahler, H.
The safe motherhood initiative: a call to action.
Lancet 1: 668-670.
- 16 - Mahler, H.
Conférence sur la mortalité sans risque.
NAIROBI, Organisation Mondiale de la Santé, 1987.
- 17 - Mangay - Maglacas, A. & Pizurki, H.
Les accoucheuses traditionnelles dans sept pays.
Etude de cas sur leur formation et leur utilisation.
Cahier de santé publique, 1983, N° 75, 232 P.
- 18 - Oakley, P.
Engagement communautaire pour le développement sanitaire, analyse des principaux problèmes; O.M.S., Genève 1989, 85 P.
- 19 - O.M.S.
L'hôpital du district dans les zones rurales et urbaines.
rapport d'un groupe d'étude de l'O.M.S. sur les fonctions des hôpitaux de premier recours, Genève: 1992, 87 P.
- 20 - O.M.S./FIGO.
Santé de la femme et maternité sans risque: le rôle de l'obstétricien et du gynécologue. Compte rendu d'un atelier précongrès, organisé par le groupe spécial mixte.
O.M.S./FIGO, Rio de Janeiro, 12 au 20 Octobre 1988.b.
Document NHO/MCH/.
- 21 - O.M.S.
Eléments essentiels des soins obstétricaux au premier niveau de recours; Genève, 1992, 71 P.
- 22 - O.M.S.
L'agent de santé communautaire. Edition révisée.
Guide d'action, guide de formation, guide d'adaptation.
O.M.S., Genève, 1981, 43-98.

- 23 - O.M.S.
Mortalité maternelle: soustraire les femmes à l'engrenage fatal.
Chronique O.M.S., Genève, 1986, 40, 5, 193-202.
- 24 - O.M.S./Confédération Internationale des Sages Femmes/
Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.
La santé maternelle et la sage femme: perspective mondiale. Rapport d'un atelier collectif pré-congrès
La Haye, Pays Bas, 21-27 Août 1987. O.M.S., Unité de la Santé Maternelle et Infantile, Division de la Santé de la Famille, Genève, 1988, WHO/MCH/875. Distr: Générale.
- 25 - Rayton, E. / Armstrong, S.
Prévention des décès maternels.
O.M.S., Genève, 1990, 231 P.
- 26 - Rifkin, S.B.
Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile, planification familiale.
O.M.S., Genève, 1990; 43 P.
- 27 - Sangaré, M.
Utilisation des médicaments dans le cercle de Niono.
Thèse de Pharmacie, Bamako, 1989, N° 8, 99P.
- 28 - Seguy, B./ Bandet, J.H.
Révision accélérée en obstétrique. 2ème édition, Maloine S.a éditeur. Paris.
- 29 - Sebag, S.
Grossesse et naissance.
Thèse de Médecine Faculté Pitié Salpêtrière, 5 Juin 1987.
Université Pierre et Marie Curie, Paris 6.
- 30 - Sissoko, M.
Approche épidémiologique de la mortalité maternelle liée à la gravido puerpéralité à Bamaka, de 1975 à 1979.
Thèse de Médecine, Bamako, 1980 N° 27.
- 31 - S.C.F./ U.S.A.
Rapport d'évaluation de l'enquête agro - économique de Kolondièba 1990.
- 32 - S.C.F./ U.S.A.
Rapport d'activités semi - annuel.
Kolondièba, Mali, Juillet 1990.
- 33 - Tarino, E. / Creese, A.
La santé pour tous d'ici l'an 2000.
A mi - chemin, le point de la situation dans divers pays.
O.M.S., Genève, 1991.

34 - Tounaire, M.
Physiologie de la grossesse.
Masson.

35 - Traoré, A.
Etude des complications obstétricales et de la mortalité
maternelle à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré.
Etude prospective de Juillet 1988 à Septembre 1989.
Thèse de Médecine, Bamako, 1989, N° 46.

36 - U.N.I.C.E.F. (FISE = Fond International de Secours à
l'Enfance).
Femmes et enfants au Mali, une analyse de situation, Paris,
1989, 251 P.

ANNEXES

CORRESPONDANCE ENTRE LE CALENDRIER LUNAIRE ET LE CALENDRIER GREGORIEN

Année 1991 :

18 Février au 17 Mars - sounkalo makono
18 Mars au 16 Avril - sounkalo
17 Avril au 16 Mai - selifitinikalo
17 Mai au 14 Juin - selifourantièkalo
15 Juin au 14 Juillet - selibakalo
15 Juillet au 13 Août - djomènèkalo;sanyèlèma
14 Août au 11 Septembre - domba makono
12 Septembre au 11 Octobre - maouloud(dombakalo)
12 Octobre au 9 Novembre - lassirifolo
10 Novembre au 9 Décembre - lassiritiamantiè

Année 1992 :

10 Décembre 1991 au 7 Janvier - lassirilaban
8 Janvier au 6 Février - radjaba makono
7 Février au 5 Mars - sounkalo makono(radjaba)
6 Mars au 3 Avril - sounkalo
4 Avril au 3 Mai - selifitinikalo
4 Mai au 2 Juin - selifourantièkalo
3 Juin au 1er Juillet - selibakalo
2 Juillet au 31 Juillet - djomènèkalo;sanyèlèma
1 Août au 29 Août - domba makono
30 Août au 28 Septembre - maouloud(dombakalo)
29 Septembre au 27 Octobre - lassirifolo
28 Octobre au 26 Novembre - lassiritiamantiè
27 Novembre au 25 Décembre - lassirilaban

Année 1993

26 Décembre 1992 au 24 Janvier - radjaba makono
25 Janvier au 22 Février - sounkalo makono(radjaba)
23 Février au 24 Mars - sounkalo
25 Mars au 22 Avril - selifitinikalo
23 Avril au 22 Mai - selifourantièkalo
23 Mai au 20 Juin - selibakalo

LES DATES AGRICOLES

Janvier - fin des récoltes = firawawa
Février - moment des grands vents = kounko dibi
Mars - période des mangues = koni-koni
Avril - période des mangues chaleur = tarani
Mai - début de semence fonio = taraba
Juin - ramassage karité début semence céréales = wariyèbè

Juillet - ramassage karité désherbage = kerimayon
Août - tio-tio = djiwoyo
Septembre - 22 kalo, kabaworokalo = kerifamba
Octobre - école wilikalo tigakari, finikan wati = guarissa
Novembre - période froid, début récolte céréales koribo =
djifing
Décembre - froid, nyo labè wati = kounkodiè

AUTRES ACTIVITES

Mars - Avril: ramassage bois et néré
Mai - :préparation champ, labour
Mai - Août: ramassage karité
Juin - Juillet: semis
Août - Septembre: travaux champêtres, désherbage
Octobre - Décembre: récolte et abattage
Janvier - Février: commercialisation

FICHE DE RECUEIL DES DONNEES: LE QUESTIONNAIRE

E.N.M.P.
Save The Children U.S.A

N^o Dossier
N^o Enquête

ETUDE DES FACTEURS INFLUENÇANT LA PARTICIPATION
DES FEMMES ENCEINTES AUX CONSULTATIONS PRENATALES

I- Les renseignements administratifs :

1- Nom et Prenom de la Femme _____
2- Nom et Prenom du Mari _____
3- Adresse du Mari _____
4- Niveau de Scolarisation ou d'Alphab. du
Mari _____
5- Niveau de Scolarisation ou d'Alphabétisation de la
Femme _____
6- Age de la Femme _____ 999
7- Age de mariage _____ 99

N^o carnet Secteur Village
Taille de la Femme (en cm) _____ 999
Poids (en kg) _____ 999

II- Antécédents médicaux : _____ 99

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| 0 absent | 11 2+4 |
| 1 ictère | 12 2+5 |
| 2 diabète | 13 3+4 |
| 3 asthme | 14 3+5 |
| 4 drepanocytose | 15 4+5 |
| 5 cardiopathie | 16 6+3 |
| 6 1+2 | 17 6+5 |
| 7 1+4 | 18 7+4 |
| 8 1+4 | 19 7+5 |
| 9 1+5 | 20 Autres(préciser) _____ |
| 10 2+3 | |

III- Antécédents chirurgicaux : _____ 99

- | | |
|--------------|----------------------------|
| 0 absent | 8 2+3 |
| 1 F.V.V | 9 2+4 |
| 2 Fibrome | 10 3+4 |
| 3 Prolapsus | 11 8+1 |
| 4 Césarienne | 12 9+1 |
| 5 1+2 | 13 Autres(préciser) _____ |

6 1+3
7 1+4

99 Ne sait pas

IV- Antécédents des lésions à retentissement sur le petit bassin : _____

9

- 0- Absent
- 1- Fracture du Bassin
- 2- Fracture de la Hanche
- 3- Scoliose
- 4- Sequelles de Polio
- 5- 1+3
- 6- 1+4
- 7- 2+3
- 8- 2+4
- 9- Autres (préciser) _____

V- Paturiantes vues à domicile :

1. Date d'entrevu 999999

2. Age de la grossesse en mois 99

3. Les signes cliniques dont se 99
 plaignent ces femmes:

- | | | |
|-------------------------------|-----------|-----------|
| 0 absent | 3.11. 1+5 | 3.22. 3+7 |
| 3.1. douleur abdominale | 3.12. 1+6 | 3.23. 4+5 |
| 3.2. perte blanche | 3.13. 1+7 | 3.24. 4+6 |
| 3.3. métrorragie | 3.14. 2+3 | 3.25. 4+7 |
| 3.4. anomalie de mvts foetaux | 3.15. 2+4 | 3.26. 5+6 |
| 3.5. paludisme | 3.16. 2+5 | 3.27. 5+7 |
| 3.6. vomissements | 3.17. 2+6 | 3.28. 6+7 |
| 3.7. depassement terme | 3.18. 2+7 | 3.29. 8+3 |
| 3.8. 1+2 | 3.19. 3+4 | 3.30. 8+4 |
| 3.9. 1+3 | 3.20. 3+5 | 3.31. 9+4 |
| 3.10. 1+4 | 3.21. 3+6 | 3.32. 9+7 |
| 3.33. Autres (préciser) | | |

4. Motifs non consultation 9

- 4.1. Ignorance de la grossesse
- 4.2. Grossesse cachée
- 4.3. Grossesse indésirée
- 4.4. Perte de tems
- 4.5. Pauvreté
- 4.6. Eloignement
- 4.7. Attente du passage de l'agent de santé
- 4.8. Ignorance des modalités de consultation
- 4.9. Autres (préciser)

5. Traitement traditionnel 9

1 oui 2 non

6. Coût traitement trad. espèce 999999

Nature (préciser)

7. Traitement Médical 9

0 absente 1 prescription 2 automédication

Date	Noms médicaments	Voie D'adm-	Posologie	Durée Trait	Coût	Aff Trai

8. Médicaments _____ 9

- 1- totalement achetés
- 2- achetés en parti (motifs) _____
- 3- non achetés (motifs) _____

V. GROSSESSE EN COURS :

1- DDR _____ 999999

2- Age de la grossesse en mois _____ 99

3- Existence d'un service d'appui _____ 9

- 1- Oui
- 2- Non

4- A été vue par le service d'appui _____ 9

- 1- Oui
- 2- Non

A- CONSULTATION PREMIER TRIMESTRE

1- Nombre _____ 99

2- Evolution _____ 9

- 1- Normale
- 2- Pathologique (préciser) _____

3- Qualification personnel _____ 9

- 1- ATNR
- 2- ATR
- 3- Matrone
- 4- Infirmière
- 5- Sage-femme
- 6- Médecin
- 7- Autres (préciser) _____

4- Motifs Consultation _____ 99

- 1- Par principe sponstannément
- 2- Par principe sur convocation
- 3- Pertes blanches
- 4- Métrorragie
- 5- Douleurs Abdominales
- 6- Vomissements
- 7- Vertige
- 8- Palpitations

9- Céphalées

10- 3 + 4

11- 3 + 5

12- 3 + 6

13- 3 + 7

14- 3 + 8

15- 3 + 9

16- 4 + 5

17- 4 + 6

18- 4 + 7

19- 4 + 8

20- 4 + 9

21- 5 + 6

22- 5 + 7

23- 5 + 8

24- 5 + 9

25- 6 + 7

26- 6 + 8

27- 6 + 9

28- 7 + 8

29- 7 + 9

30- 11 + 6

31- 16 + 6

32- 21 + 7

33- 21 + 28

34- Autres (préciser) _____

5- Dernière consultation

a- Date _____ 999999

b- Age de la grossesse en mois _____ 99

c- Poids (en kilogrammes) _____ 999

d- Lieu consultation _____ 9

1- Centre de santé

2- Case de soins

3- Domicile

4- Autres (préciser) _____

6- Moyens de déplacement _____ 9

1- Auto

2- Mobylette

3- Vélo

4- Charette

5- Pieds

6- Autres (préciser) _____

7- Distance Déplacement _____ 9999999

8- Coût déplacement (espèce)..... 999999

Nature (préciser).....

9- Coût consultation (espèce)..... 999999

Nature (préciser).....

10- Hospitalisation..... 9

1- Oui

2- Non

11- Durée hospitalisation (en jour)..... 99999

12- Coût hospitalisation espèce..... 999999

Nature (préciser).....

13- Traitement..... 9

0 absent

1 prescription

2 automédication

Date	Noms médicaments	Voie D'adm	Posologie	Durée Trait	Coût	Aff Trai

14- Médicaments..... 9

1- Totalement achetés

2- Achetés en parti (motifs).....

3- Non achetés (motifs).....

15- Traitement traditionnel..... 9

1- Oui

2- Non

16- Coût traitement trad. espèce..... 999999

Nature (préciser).....

17- Conseils donnés

18- Conseils suivis _____ 9
a- Aussitôt
b- Retard (motifs) _____
c- Non suivis (motifs) _____

19- Motifs non consultation _____ 9
a- Ignorance de la grossesse
b- Grossesse cachée
c- Grossesse indésirée
d- Perte de temps
e- Pauvreté
f- Ignorance des modalités de consultation
g- Autres (préciser) _____

B - CONSULTATION DEUXIEME TRIMESTRE : Idem premier trimestre

C - CONSULTATION TROISIEME TRIMESTRE : Idem premier trimestre

VI- ACCOUCHEMENT :

A- Date de début du travail _____ 999999

B- Heure _____ 999

Ou période de la journée _____ 99

- 1- Matin avant le chant du coq
- 2- Matin au chant du coq
- 3- Matin levé du soleil
- 4- Oualaha
- 5- Midi
- 6- Avant Salifana
- 7- Salifana
- 8- Lazara
- 9- Fitri
- 10- Safo
- 11- Soir au coucher
- 12- Autres (préciser) _____

C- Qualification 1er personnel contacté _____ 9

- 1- ATNR
- 2- ATR
- 3- Matrone
- 4- Infirmière
- 5- Sage-femme
- 6- Médecin
- 7- Autres (préciser) _____

1- Date _____ 999999

2- Heure _____ 999

ou période de la journée _____ 99

a- Matin avant le chant du coq

b- Matin au chant du coq

c- Matin levé du soleil

d- Oualaha

e- Midi

f- Avant Salifana

g- Salifana

h- Lazara

i- Fitri

j- Safo

k- Soir au coucher

l- Autres (préciser) _____

3- Moyens déplacement _____ 9

1- Auto

2- Mobylette

3- Vélo

4- Charette

5- Pieds

6- Autres (préciser) _____

4- Distance Déplacement _____ 9999999

5- Coût déplacement (espèce) _____ 999999

Nature (préciser) _____

6- Coût consultation (espèce) _____ 999999

Nature (préciser) _____

7- Résultats examen

a- date _____ 999999

b- age de la grossesse _____ 99

c- poids en kilogrammes _____ 999

d- HU (en centimètre) _____ 99

e- TA _____ 9999

f- Oedème _____ 9

1- Oui

2- Non

g- Anémie _____ 9

- 1- Oui
- 2- Non

h- Pertes blanches _____ 9

- 1- Oui
- 2- Non

i- Métrorragie _____ 9

- 1- Oui
- 2- Non

j- Mouvements foetaux _____ 9

- 1- Oui
- 2- Non

k- BCF _____ 9

- 1- Oui
- 2- Non

l- Présentation _____ 9

- 1- Céphalique
- 2- Siège
- 3- Transversale
- 4- Autre (préciser) _____

m- Bassin _____ 9

- 1- Normal
- 2- Généralement rétrécit
- 3- Assymétrique

n- Etat du col _____ 9

- 1- long
- 2- court
- 3- fermé
- 4- ouvert
- 5- perméable
- 6- autres (préciser) _____

8- Traitement traditionnel _____ 9

- a- Oui
- b- Non

9- Coût traitem.trad.espèce 999999

Nature (préciser) _____

10- Traitement médical _____ 9

- 1 Oui
- 2 Non

Date	Noms médicaments	Voie D'adm	Posologie	Durée Trait	Coût	Aff Trai

11- Médicaments _____ 9

- 1- Totalement achetés
- 2- Achetés en parti (motifs) _____
- 3- Non achetés (motifs) _____

12- Conseils donnés _____

13- Conseils suivis _____ 9

- 1- Aussitôt
- 2- Retard (motifs) _____
- 3- Non suivis (motifs) _____

D- QUALIFICATION DEUXIEME PERSONNEL MEDICAL CONTACTE :
idem 1er personnel contacté

E- QUALIFICATION TROISIEME PERSONNEL MEDICAL CONTACTE :
idem 1er personnel contacté

F- DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT :

1- Evacuée _____ 9

- a- Oui
- b- Non

2- Evacuation vers _____ 9

- a- secteur
- b- arrondissement
- c- cercle
- d- région
- e- capitale
- f- autres (préciser) _____

3- Evacuation reçue de : _____ 9

- a- village
- b- secteur
- c- arrondissement

d- secteur

4- Date d'évacuation _____ 999999

5- Motifs évacuation _____

6- Date d'accouchement _____ 999999

Heure ou Période accouchement _____ 999

7- Lieu accouchement _____ 9

- a- Domicile
- b- Case de soin
- c- Maternité rurale
- d- Maternité centre de santé arrondissement
- e- Maternité centre de santé cercle
- f- Hôpital
- g- Capitale
- h- Cours de route
- i- Autres (préciser) _____

8- Mode d'accouchement _____ 9

- a- normal
- b- forceps
- c- césarienne

9- Coût Accouchement (espèce) _____ 999999

Nature (préciser) _____

10- Coût Césarienne (espèce) _____ 999999

Nature (préciser) _____

11- Issue de la grossesse _____ 9

- a- vivant
- b- mort-né

12- Hospitalisation _____ 9

- a- Oui
- b- Non

13- Durée Hospitalisation (en jour) _____ 99

14 Coût Hospitalisati espèce

999999

Nature (préciser) _____

G- Examen Clinique de l'enfant après accouchement :

1- Apgar

ou examen _____

 9

a- normal

b- pathologie (préciser) _____

2- Sexe _____

 9

a- Masculin

b- Féminin

3- Poids en grammes _____

9999

4- Taille en centimètres _____

99

5- Enfant réanimé _____

 9

a- Oui

b- Non

6- Traitement traditionnel _____

 9

a- Oui

b- Non

7- Coût traitement tradi (espèce)

999999

Nature (préciser) _____

8- Traitement médical _____

 9

a- Oui

b- Non

Date	Noms médicaments	Voie D'adm	Posologie	Durée Trait	Coût	Aff Trai

9- Médicaments _____

 9

a- Totalement achetés

- b- Achetés en parti (motifs) _____
- c- Non achetés (motifs) _____

10- Etat de l'enfant à la sortie satisfaisant _____

- a- Oui
- b- Non

H- Examen Clinique de la Mère :

1- TA _____ 99

2- Pouls _____ 9999

3- Température _____ 99

4- Décès maternel _____ 9

- a- Oui
- b- Non

5- Période _____ 9

- a- Avant accouchement
- b- pendant accouchement
- c- après accouchement

6 Cause de décès _____

I- Placenta -- délivrance : _____ 9

- Normale
- Artificielle

1- Traitement traditionnel _____ 9

- a- Oui
- b- Non

2- Coût traiteme.trad.(espèce)

_____ 999999

Nature (préciser) _____

3- Traitement médical _____ 9

- a- Oui
- b- Non

Date	Noms médicaments	Voie D'adm	Posologie	Durée Trait	Coût	Aff Trai

4- Médicaments _____ 9

- a- Totalemt achetés
- b- Achetés en parti (motifs) _____
- c- Non achetés (motifs) _____

J- Les suites de couche : _____ 9

- a- Normales
- b- Pathologiques (préciser) _____

1- Traitement traditionnel _____ 9

- a- Oui
- b- Non

2- Coût traitem.trad. (espèce)

_____ 999999

Nature (préciser) _____

3- Traitement médical _____ 9

- a- Oui
- b- Non

Date	Noms médicaments	Voie D'adm	Posologie	Durée Trait	Coût	Aff Trai

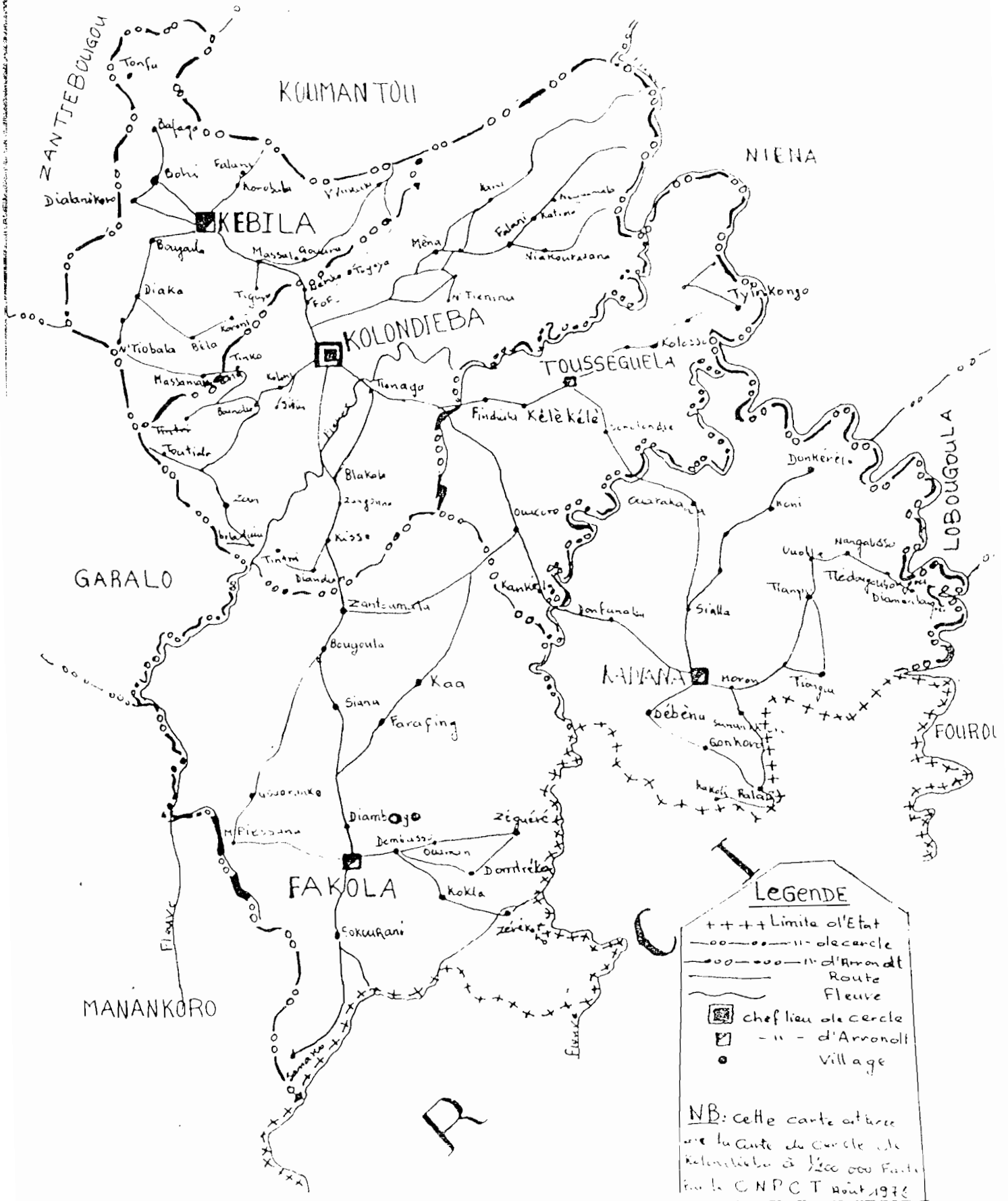
4- Médicaments _____ 9

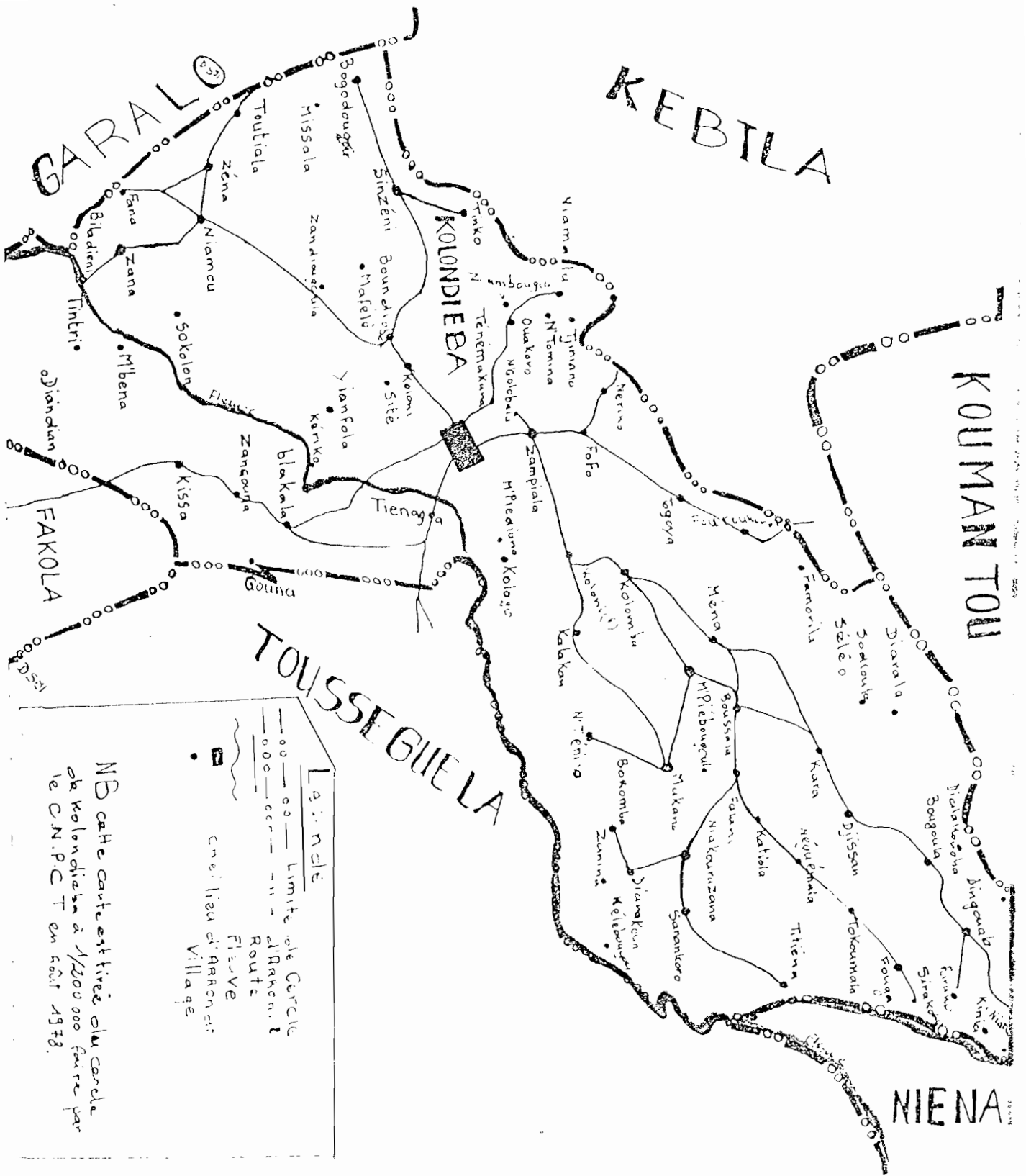
- 1- Totalemt achetés
- 2- Achetés en parti (motifs) _____
- 3- Non achetés (motifs) _____

VII- INDEX ECONOMIQUE :

Transport	Auto	Mobylette	Vélo	Charette	Néant
Travaux Ménagers	Lessive	Cuisine	Corvée D'eau	Ramassage Bois	Néant Néant
Autres Activités	Ferme	Jardin	Petit Comm	Metier	Néant
Index Particip	Ton	Travail Communaut	Colla Quart	Tontine	Néant
Distractio	Radio	Magneto	Télé	Néant	

CERCLE DE KOLONDIÉBA





Légende

- — — Limite de Cercle
- — — — — allègement
- — — — — Route
- ~~~~~ Fluvie
- • • • • chef lieu de Arrondissement
- Village

NB cette carte est tirée du cercle de Kolondieba à 1/200 000 faite par le C.N.P.C.T en août 1978.

RESUME DE LA THESE

Notre enquête sur les facteurs influençant la participation des femmes enceintes aux consultations prénatales a été effectuée en zone rurale, dans le cercle de Kolondièba. Elle a porté sur 33 villages du cercle, tiré au sort dans les arrondissements accessibles pendant l'hivernage. L'enquête a porté sur 307 femmes enceintes qui ont été suivies à domicile de Janvier 1992 à Avril 1993. Les résultats obtenus pendant l'enquête ont révélé que :

1. 31% des femmes de l'enquête n'ont fait aucune consultation prénatale. Les motifs de non consultation prénatale sont les suivants :

- ignorance des modalités de consultation prénatale : 8,8%
- éloignement : 7,2%
- pauvreté : 6,3%
- attente du passage de l'agent de santé : 2,9%
- grossesse cachée : 1,9%
- autres : 3,9%

2. Le taux de participation des femmes aux consultations prénatales sont :

- au 1er trimestre : 7,5%
 - au 2ème trimestre : 39,7%
 - au 3ème trimestre : 21,8%
- Ces consultations prénatales au 3ème trimestre sont effectuées par :

- Accoucheuse traditionnelle : 0%
- Aide soignante : 2,6%
- Matrone : 20,5%
- Infirmier : 20,2%
- Sage femme : 6,8%
- Médecin : 0,7%

3. 48,2% des femmes ont accouché sans aucune assistance. Celles qui ont été assistées ont bénéficié en première position de l'aide de :

- la Sage femme : 0,3%
 - l'Hygiéniste secouriste : 0,3%
 - l'Infirmier : 3,9%
 - l'Aide soignante : 4,9%
 - la Matrone : 16%
 - l'Accoucheuse traditionnelle : 26,4%
- Mais 1% des femmes ont bénéficié en 2ème position de l'aide du Médecin.

4. 13,7% des femmes de l'enquête ont eu une dystocie (mécanique ou dynamique).

5. 3,2% des femmes ont été évacuées de leur village pour un problème lié à l'accouchement.

6. 0,7% ont été césarisées.

7. Après l'accouchement 78,9% des bébés n'ont pas été pesés et 85,7% des bébés n'ont pas eu une mensuration de la taille.

8. 29 enfants sur 1000 accouchements, sont mort nés; 128 enfants nés vivants meurent dans les 5 premiers mois.

9. 96,8% des femmes de l'enquête n'ont pas effectué de consultation postnatale.

Le motif de non consultation postnatale est l'ignorance de l'utilité de la consultation postnatale.

Les 3,2% des femmes de l'enquête qui ont fait la consultation postnatale ont été vues dans leur village lors du passage de l'agent de Save The Children U.S.A.. Donc aucune femme ne s'est déplacée pour une consultation postnatale.

Malgré toutes ces faiblesses la situation à Kolondièba est nettement meilleure à celle de d'autres zones rurales et peu différente de celle de Bamako car :

33,1% des femmes de l'enquête ont fait plus de 4 consultations prénatales, alors que seulement 10,5% des femmes de Sanakoroba ont fait plus de 4 consultations prénatales.

69% des femmes de l'enquête ont été suivies en consultation prénatale à Kolondièba, ce qui est peu différent du taux de Bamako qui est de 64%.

2,9% des enfants de l'enquête sont mort nés à Kolondièba ce qui est peu différent de celui de Bamako qui est de 1,5%. Dans les maternités rurales couvertes par Save The Children U.S.A. le taux de mort nés et décès dans les 5 premiers mois est de 6,1% alors que dans la ville Kolondièba (non couverte par Save The Children U.S.A.) ce taux est de 21,5%.

FICHE SIGNALITIQUE

Nom: FOFANA

Prenom: ASSETOU

TITRE DE LA THESE :

Les Facteurs Influençant La Participation Des Femmes
Enceintes Aux consultations Prénatales

ANNEE : 1991 à 1994

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT :

BIBLIOTHEQUE ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

SECTEUR D'INTERET : SANTE PUBLIQUE

Mots Clés : consultation prénatale accouchement
qualification du personnel coût

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront ce qui se passe , ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe social viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.
Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.