

**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE**

**REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple- Un But- Une Foi**

**Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali**

**Année 1994 - 1995**

**N° .....11.....**

**ETUDE DE L'IMPACT DU RECYCLAGE  
SUR LES PRESTATIONS DES  
ACCOUCHEUSES TRADITIONNELLES  
DANS LE CERCLE DE NIONO**

**THESE**

**Présentée et Soutenue publiquement  
devant**

**L'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali**

**Par**

**Mr: Cheick Mohamed Mansour SY**

**Pour obtenir le grade de docteur en Médecine  
(DIPLOME D'ETAT)**

**Jury:**

**PRESIDENT DU JURY: Professeur Abdou TOURE**

**MEMBRES: Docteur Bourema MAÏGA  
Docteur Jurien TOONEN**

**DIRECTEUR DE THESE: Professeur Sidi Yaya SIMAGA**

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI  
ANNEE UNIVERSITAIRE 1994-1995

ADMINISTRATION

DOYEN : ISSA TRAORE - PROFESSEUR  
1er ASSESSEUR: BOURACAR S.CISSE - PROFESSEUR  
2ème ASSESSEUR : AMADOU DOLO - MAITRE DE CONFERENCE AGREGE  
SECRETAIRE GENERAL: BAKARY CISSE - MAITRE DE CONFERENCE  
ECONOME: MAMADOU DIANE CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-Traumato.Sécourisme
Mr Souléyman SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L.TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie

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

D.E.R.CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chef D E R de Chirurgie
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumatologie
Mr Kalilou CUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mme SY Aissata SCW	Gyneco-Obstétrique
Mr Salif Diakite	Gyneco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Aihousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme DIALLO Fatimata.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesth.-Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale

Mr Sékou SIDIBE  
Mr Abdoulaye K.DIALLO  
Mr Mamadou TRAORE  
Mr Filifing SISSOKO  
Mr Tiéman COULIBALY  
Mme TRAORE J.THOMAS

Ortho.Traumatologie  
Anesthésie-Réanimation  
Gynéco-Obstétrique  
Chirurgie.Générale  
Ortho.Traumatologie  
Ophtalmologie

#### 5. ASSISTANTS

Mr Nouhoum ONGOIBA  
Mr Ibrahim ALWATA  
Mr Sadio YENA

Anatomie & Chirurgie Générale  
Ortho.Traumatologie  
Chirurgie Générale

### D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

#### 1. PROFESSEURS

Mr Bréhima KOUMARE  
Mr Siné BAYO  
Mr Gaoussou KANOUTE  
Mr Yéya T.TOURE  
Mr Amadou DIALLO  
Mr Moussa HARAMA

Bactériologie-Virologie  
Anatomie-Path.Histoembryologie  
Chimie analytique  
Biologie  
Biologie Chef de D.E.R.  
Chimie Organique

#### 2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Ogobara DOUMBO  
Mr Anatole TOUNKARA

Parasitologie  
Immunologie

#### 3. MAITRES DE CONFERENCE

Mr Yénimégué A.DEMBELE  
Mr Massa SANOGO  
Mr Bakary M.CISSE  
Mr Abdrahamane S.MAIGA

Chimie Organique  
Chimie Analytique  
Biochimie  
Parasitologie

#### 4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE  
Mr Sekou F.M.TRAORE  
Mr Abdoulaye DABO  
Mr N'yenigie Simon KOITA  
Mr Abdrahamane TOUNKARA  
Mr Flabou BOUGOUDOGO  
Mr Amadou TOURE  
Mr Ibrahim I.MAIGA

Biologie  
Entomologie médicale  
Malacologie.Biologie Animale  
Chimie organique  
Biochimie  
Bactériologie  
Histoembryologie  
Bactériologie

#### 5. ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE

Chimie Analytique

## D.E.R.DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

### 1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Med.Int. Chef D E R MEDECINE
Mr Aly GUINDO	Gastro-Enterologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamamdou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Eric PICHARD	Médecine Interne

### 2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtysiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie

### 3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Med.Interne
Mr Moussa Y.MAIGA	Gastroenterologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Medecine Interne
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastroenterologie
Mr Mamady KANE	Radiologie

### 3. ASSISTANTS

Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Saharè FONGORO	Néphrologie
Mr Mamadou DEMBELE	Medecine Interne
Mr Adama D.KEITA	Radiologie
Mme Tatiana KEITA	Pediatrie

## D E R de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

### 1.PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
--------------------------	-------------

### 2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Arouna KEITA	Matière Médicale
-----------------	------------------

### 3. MAITRES DE CONFERENCE

Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique (Chef de D.E.R.)
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie



PERSONNEL D' ENCADREMENT ( STAGES & TP)

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 NIANTAO	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I.MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere 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	IOTA
Docteur P.BOBIN	I.MARCHOUX
Docteur A.DELAYE	H.P.G.
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B.SACKO	HGT
Docteur Hubert BALIQUE	C.T. MSSPA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	HGT
Docteur Youssouf SOW	HGT

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr M.CISSE	HYDRLOGIE
Pr M.L.SOW	MED.LEGALE
Pr S.S.GASSAMA	BIOPHYSIQUE
Pr D. BA	BROMATOLOGIE
Pr A.E.YAPO	BICCHIMIE
Pr B.FAYE	PHARMACODYNAMIE
Dr G.FARNARIER	PHYSIOLOGIE

# DEDICACES:

## **Je dédie cette thèse:**

**- A mon cher et regretté homonyme, CHEICK MANSOUR HAIDARA.**

Vous venez de nous quitter au cours de la réalisation de ce travail .

Je m'incline devant vous lors de votre sommeil éternel pour vous réitérer ma ferme conviction d'être un homme respectueux, honnête, sage, vertus qui vous caractérisaient.

Dort en paix!

**-A tous ceux qui luttent pour l'amélioration de la condition de la mère et de l'enfant surtout en milieux rural.**

**-A mes pères:**

Vous avez consenti des sacrifices afin de nous assurer toutes les conditions nécessaires à notre réussite.

Trouvez dans ce travail la concrétisation de vos efforts et l'expression de mon éternelle et profonde gratitude.

**-A mes mères :**

Pour moi vous n'êtes qu'une.

En reconnaissance de la tendre affection que vous n'avez cessé de me porter.

**-A mes frères et soeurs :**

Vous m'avez toujours compris, conseillé, encouragé et entouré d'affection. Ce travail est le fruit d'un effort auquel vous avez tous contribué de loin et de près.

Tous mes sentiments fraternels.

**-A tous mes oncles et tantes , cousins et cousines.**

En guise de reconnaissance et de mon profond attachement.

**-A mes beaux frères et belles soeurs:**

Trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde gratitude.

**-A mes neveux et nièces :**

Puisse ce travail vous servir d'exemple.

**-A mes ami(e)s:**

Aly Boubacar Diallo	Boubacar Sy
Patrice Coulibaly	Amadou Madani Ba
Bassaro Traoré	Kalilou Dia
Mamadou zoumana sissoko	Soumaïla Kassongué
Mama Koumaré	Mountaga Daffé
Soumaïla Bagayogo	Moulaye Haïdara
Diakaridia Cissé	Mohamed Coulibaly
Mariam Sékou Traoré	Mohamed Yarnakoré
Diahara Traoré	Hama Savadogo
Fatoumata Sidibé	Tiémoko Diakité
Dado Sidibé	Chaka Tangara

Profonds sentiments d'amitié.

**-A tous mes condisciples, en particulier:** Amadou Alassane Cissé.  
Mohamed Berthé. Aguibou Traoré. Koma Sissoko. Ami Gcita, Djougossan Traoré.  
Assitan Diarra.

En souvenir des longues et dures années d'études.

**-A mes camarades de la promotion 1987 de l'ENMP.**

Nous sommes convaincus que nos souvenirs de l'école nous guiderons dans  
l'accomplissement de l'oeuvre de soutien physique et moral de tous les hommes .

Courage et bonne chance.

**-A mes cadets, en particulier, Haoua Bancoura . Sibiri Sissoko et Bintou Ichiaka  
Traoré.**

Courage et persévérance.

## REMERCIEMENTS:

Je remercie **Dieu, l'unique tout puissant** pour m'avoir donné la force et l'intelligence nécessaires pour accomplir ce travail.

Mes remerciements vont:

**-A monsieur Tidiani Sy, Farima Diarra, Mamadou Lamine Sy, Amadou Sy, Haoua Sy, Abdoulaye Sy, Mountaga Sy et Astan Diallo.**

Pour tous que vous avez fait pour moi.  
Puisse ce modeste travail vous apporter une légitime satisfaction.

**-Au Docteur Massambou Sacko et Madame .**  
En souvenir des durs sacrifices consentis pour moi.

**-A Monsieur Oumar Keita et Famille à Niono.**  
Veillez trouver ici l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

**-A tous le corps professoral depuis l'école primaire, jusqu'à l'école de Medecine .**

Mes remerciements sincères:

**-A Mountaga Diallo, Yacouba Coulibaly, Mamadou Moulekafou, Mamadou Lamine Kagnassy, Cheickna Keita, Yaya Sissoko, Dramane Coulibaly, Ousmane Diarra, Yacouba Kamaforo et Dramane Koné.**

**-A tout le personnel médical de la Région de Ségou, en parculier de l'hôpital Nianankoro Fomba et du centre Famory Doumbia.**

**-A tout le personnel du projet "Appui SSP, Mali-Pays Bas " tant à Ségou qu'à Niono.**

**-A Salia Coubaly, service socio-sanitaire de Niono.**  
Pour les immences services rendus.

**-Au Docteur Thiéro Fatoumata.**  
Merci pour l'aide inestimable que tu m'a apportée.

Je n'oublierai pas **Linda Dill et Miraille Marger**, étudiantes en médecine à Amsterdam (Hollande ).

En souvenir des dures étapes de Dogofry et Diabaly.

**Aux Docteurs:**  
**Mamadou Soumano**  
**Amadou Mariko**  
**Mamadou Singaré**  
**Youssouf Sow**  
**Ismaël Magdi**  
**Aïda Sow**  
**Alioun Doumbia**  
**Manifa Coulibaly**  
**Moulaye Sissouma**  
**Soma Coulibaly**  
**Amadou Sy**

Tous mes remerciements respectueux et ma profonde gratitude.

Aux Familles:  
**Sy, Diarra, Daffé, Hadaïra à Ségou et à Bamako;**  
**Diallo à N6 (Niono)**  
**Diarra et Bangoura Niomirambougou Bamako**

A mon frère et ami **Youssouf Traoré**, Major à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Je te remercie de tout ce que tu as su être pour moi.

**A Nouhoum Timbiné.**

Pour les immenses services rendus.

A tout ceux qui me connaissent, qui me sont chers et que je n'ai pas nommé, ici, veuillez, accepter l'expression de ma profonde considération.

Je remercie tous ceux qui ont œuvré pour la réussite de ce travail.

## **AUX MEMBRES DU JURY.**

**Monsieur le Professeur ABDOU TOURE, chef du service de  
Traumatologie-Orthopédie de l'hôpital Gabriel Touré, ·  
Directeur du Centre de Spécialisation des Techniciens de Santé.**

Maître éminent qui se distingue par sa valeur professionnelle,  
sa générosité et sa sympathie qui forcent l'admiration.  
Vous nous faites l' honneur de présider ce jury.

Soyez-en remercié.

**Docteur BOUREMA MAÏGA, Médecin chef du Service socio-sanitaire de la commune V.**

Nous nous réjouissons de la présence d'un aussi éminent gynéco-obstétricien dans notre jury.

Nous connaissons votre intérêt pour ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant, et par conséquent de la communauté.

Merci d'avoir bien voulu accepter de faire partie de ce jury.

**Docteur JURIEN TOONEN, Médecin Coopérant,**

**Chef de projet " Appui SSP,Mali-Pays Bas " de la région de Ségou.**

Si ce travail peut un jour vous être utile dans la difficile tâche que vous vous êtes assignée, il aura atteint son but.

J'espère que l' "aventure" Niono portera les fruits que vous en attendez. La somme immense de travail et d'énergie que vous y avez engagée constitue son meilleur gage de succès.

**Professeur SIDI YAYA SIMAGA, Directeur de thèse, chef du DER de Santé Publique à l'Ecole Nationale de Médecine et Pharmacie, Directeur de l'Ecole Secondaire de la Santé.**

Cher maître, vous n'êtes plus à présenter au monde médical Malien et même Africain.

Votre bureau a été toujours le refuge de plusieurs générations d'étudiants en quête de sujet. Ceci témoigne de vos immenses qualités humaines, intellectuelles et pédagogiques auxquelles nous n'avons cessé de nous abreuvoir.

Je suis parmi ceux à avoir pu profiter de vos patients conseils et de vos encouragements; je tiens donc tout particulièrement à vous exprimer ma reconnaissance et mon admiration. Puisse enfin, le Dieu tout puissant vous récompenser pour autant de sacrifice en faveur de votre progéniture.

# SOMMAIRE.

Pages

## CHAPITRE I:

INTRODUCTION-OBJECTIFS:..... 1

## CHAPITRE II:

REVUE DE LA LITTERATURE SUR LA MORTALITE  
MATERNELLE ET INFANTILE:..... 5

QUELQUES RESULTATS DE LA DISION SANTE  
FAMILIALE ET COMMUNAUTAIRE:..... 10

## CHAPITRE III:

PROJET " APPUI SSP, MALI-PAYS BAS ":..... 15

## CHAPITRE IV:

METHODE ET MATERIEL D'ETUDE  
CADRE D'ETUDE:..... 21  
METHODOLOGIE:..... 25

## CHAPITRE V:

RESULTATS:..... 28

## CHAPITRE VI:

COMMENTAIRES ET DISCUSSION:..... 46

## CHAPITRE VII:

CONCLUSION-RECOMMANDATIONS:..... 49

## CHAPITRE VII:

BIBLIOGRAPHIE:..... 53

ANNEXES

RESUME

## **ABREVIATIONS**

**AT=** Accoucheuse Traditionnelle.

**ATR=** Accoucheuse Traditionnelle Récyclée.

**ATR/SFE=** Accoucheuse Traditionnelle Récyclée faisant la surveillance des femmes enceintes.

**CNI=** Centre national d'immunisation

**CPN=** Consultation prénatale.

**CS=** Centre de santé

**CVS=** Comité de santé villageois.

**DRSP/AS=** Direction régionale de la santé publique et de l'action sociale.

**EX=** Exondé.

**FP=** Fiche prénatale.

**FSP=** Formation sanitaire périphérique

**HS=** Hygiéniste secouriste

**IEC=** Information éducation communication

**IRT=** Institut royal des tropiques

**ME=** Médicaments essentiels

**PEV=** Programme élargi de vaccination

**PMI=** Protection maternelle et infantile

**SMI=** Santé maternelle et infantile

**SSB=** Soins de santé de base

**SSC=** Soins de santé communautaire

**SSP=** Soins de santé primaires

**SSS=** Service socio-sanitaire

# **CHAPITRE I:**

## **INTRODUCTION-OBJECTIFS**

## INTRODUCTION- OBJECTIFS:

En 1978 l'OMS s'est fixée comme objectif de faire accéder avant l'an 2000 toutes les populations à un état de santé permettant de mener une vie économiquement productive et ce par la mise en oeuvre de la stratégie des soins de santé primaires (SSP). Ces soins sont définis comme " des soins essentiels fondés sur des méthodes et des technologies pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination" ( 7 ).

Dans la politique des SSP, 8 composantes sont à retenir :

- une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables ;
- la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles;
- un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base;
- la protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale;
- la vaccination contre les grandes maladies infectieuses;
- la prévention et le contrôle des endémies locales;
- le traitement des maladies et des lésions courantes;
- la fourniture de médicaments essentiels.

Le Mali, comme beaucoup de pays africains, s'est engagé lors de la conférence d'ALMA-ATA en Septembre 1978 à reléver le défi de la "Santé pour tous d'ici l'an 2000" en adoptant la politique des SSP. Mais avant 1978, la politique sanitaire du Mali avait déjà pris en compte l'approche des soins de santé périphériques ou soins de santé de base au niveau des villages, les populations devant être impliquées à toutes les activités concernant leur état de santé afin d'arriver à leur engagement dans la prise en charge de leur propre besoin de santé. Ainsi en 1970 "l'opération matrones rurales" a été lancée dans la région de Sikasso à la demande de la population, suite à la réputation d'une jeune femme qui a fait ses preuves au village, après avoir acquis

### 3

une bonne pratique de l'obstétrique à la maternité de Bougouni où elle travaillait comme fille de salle (23). Au cours de cette opération, des jeunes femmes (anciennes écolières) suivent une formation théorique et pratique de 6 mois dans une maternité auprès d'une sage femme expérimentée, sur la SMI, la grossesse et l'accouchement. Elles seront ensuite chargées d'assurer les soins de santé maternelle et infantile, de surveiller les femmes en grossesse et d'effectuer les accouchements dans les conditions convenables au niveau du village. Elles sont appelées matrones rurales. Par la suite il y a eu le centre de formation des matrones rurales à Sanankoroba. Cette politique de matrone rurale s'est heurtée aux préjugés socio-culturels déjà existents en ce qui concerne la grossesse et l'accouchement, préjugés relatifs à:

- la jeunesse de ces matrones,
- leur mauvaise intégration par ce qu'elles ne sont pas du milieu,
- les difficultés de les rémunérer,
- une certaine compétition entre ces matrones et les accoucheuses traditionnelles (AT).

Les processus d'intégration des SSP font appel chaque fois que cela est possible aux ressources déjà existentes. L'utilisation des AT apparaît ici comme une technologie applicable sur le plan social quant à la santé de la mère et de l'enfant surtout en milieu rural. Ainsi pour améliorer leur pratique et pour l'"articuler" avec celle du personnel des services de santé organisés, plusieurs programmes de recyclage (et/ou de formation) ont été élaborés. Dans ces programmes, il ne s'agissait pas de remplacer les concepts et pratiques traditionnels par les modernes, mais plutôt de faire en sorte que l'AT puisse se débarrasser des pratiques et rites traditionnels qui sont manifestement dangereux et retenir ceux qui sont indispensables pour améliorer la santé de la mère et des nouveaux nés. Plusieurs années après le recyclage des AT, actuellement, les questions qui se posent sont les suivantes:

- quel est le niveau de connaissance des AT après leur recyclage ?
- Est-ce que les AT recyclées (AR) assistent les accouchements selon les normes de sécurité et d'hygiène ?
- Les indications de la référence sont-elles bien maîtrisées par les AR ?

## 4

-Quelles sont donc les différences entre accoucheuse recyclée et non recyclée ?

Le présent travail consacré à une évaluation des accoucheuses traditionnelles recyclées par le projet "Appui SSP, Mali-Pays Bas" dans le cercle de Niono vise les objectifs suivants:

- 1- Apprécier le niveau de connaissance des accoucheuses traditionnelles après leur recyclage.
- 2- Evaluer les activités menées en matière de SMI dans les villages par les accoucheuses recyclées.
- 3- Suggérer quelques recommandations.

# **CHAPITRE II:**

## **REVUE DE LA LITTERATURE SUR LA MORTALITE MATERNELLE ET INFANTILE**

La mortalité maternelle et infantile est liée à différents facteurs dont :

- le niveau socio-économique des populations,
- la fertilité élevée des femmes,
- l'accès aux services de référence,
- le manque d'alphabétisation des femmes,
- l'état nutritionnel .

Il est évident que les pays du tiers monde payent de lourds tributs à cette mortalité maternelle et infantile. Des études menées dans le tiers monde (41) montrent que dans de nombreuses régions d'Afrique, une femme a une chance sur 14 de mourir des suites d'une grossesse ou d'un accouchement. Chaque année environ 500 000 femmes meurent dans le monde pendant la grossesse, l'accouchement ou le post partum immédiat, laissant derrière elles au moins 1 million d'enfants orphelins (6;10). En Afrique sub-saharienne, le taux de mortalité maternelle reste élevé: 700 à 1 000 pour 100 000 naissances vivantes. Les nouvelles estimations de l'OMS (41) ont montré que ce taux est passé de 700 à 760 pour 100 000 naissances vivantes entre 1983 et 1988 en Afrique de l'Ouest (un des taux les plus élevés du monde). Au Mali les données n'ont pas permis d'apprécier correctement l'évolution du taux de mortalité maternelle. Toutefois 25% des décès féminins enregistrés sont liés aux complications de la grossesse et de l'accouchement (32). Ces complications sont le plus souvent: l'hémorragie (31,95% des décès), les dystocies (16,27% des décès), les infections (14,50% des décès), les toxémies (9,75% des décès). Ces résultats ont été déjà retrouvés dans certaines thèses de l'ENMP du Mali effectuées dans diverses localités du pays (9;18;20;24;42 ).

Comme la mortalité maternelle, la mortalité infantile reste aussi, encore élevée malgré les efforts consentis pour améliorer la survie de l'enfant en Afrique. Le taux de mortalité des nourrissons à l'échelle du continent, est passé de 200 pour 1 000 naissances vivantes en 1980 à 101 pour 1000 naissances vivantes en 1990 grâce à une utilisation de technologies abordables et d'un engagement politique des gouvernements africains pour la survie des enfants (41). Dans les pays du tiers monde (10) 15 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans meurent dont la majorité

dans les pays en voie de développement. Le Mali a aussi les indicateurs de mortalité infantile encore élevés : 102,3 pour 1 000 (31) . La plupart des décès d'enfants de 0 à 4 ans sont imputables à 10 maladies prioritaires pouvant être prévenues ou contrôlées par la vaccination ou par des procédés thérapeutiques simples (32) . Il s'agit des six maladies du programme élargi de vaccination (PEV): tuberculose, polyomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche et rougeole; auxquelles s'ajoutent le paludisme, les maladies diarrhéiques, les affections respiratoires et la malnutrition. Pour la fréquence, le paludisme, les affections respiratoires et les maladies diarrhéiques viennent de loin en tête avec respectivement 28,87%, 22,68% et 3,84%, ensuite la malnutrition (1,66%) et la rougeole (1,50%) deux affections intimement liées.

Ces indicateurs de mortalité maternelle et infantile sont probablement très élevés au niveau du monde rural où la majorité des femmes et des enfants ne bénéficie pas d'une couverture sanitaire adéquate. Tous ces faits soulignent l'importance particulière à accorder aux activités de santé maternelle et infantile au Mali et c'est pourquoi depuis 1959 le premier centre SMI du Mali ouvrait ces portes sous le nom de "PMI centrale". Depuis lors, les activités en matière de SMI n'ont cessé de se multiplier; ainsi on assista à:

1- La création de six autres centres à Bamako et Koulikoro de 1965 à 1974 . Ensuite nous avons assisté à l'ouverture au niveau de chaque chef lieu de région d'un centre PMI intégré à la maternité . Plus tard un vaste programme d'extension des activités SMI en zone rurale fut entrepris.

2- La formation / recyclage du personnel

3- La création de la division santé familiale (DSF) en 1980 et le lancement du programme national de SMI/PF. Cette division coordonne toutes les activités de SMI/PF; elle relève de la direction nationale de la santé publique (DNSP). Les objectifs de la DSF étaient de:

- donner la place qui lui revient à la santé de la mère et de l'enfant.
- créer des institutions capables de réduire très sensiblement la mortalité et la morbidité maternelle et infantile.

- coordonner toutes les activités concourant à la protection et à la promotion de la santé de la mère et des enfants, donc de toute la famille,

- intégrer la planification familiale comme élément de santé compte tenu des risques que fait courir à la mère et à l'enfant la survenue de grossesses rapprochées,

- superviser très étroitement toutes les activités de santé familiale,

- établir des normes de référence,

- évaluer ces normes pour les adapter constamment à l'évolution médico-sociale du pays,

- former le personnel de santé familiale pour une meilleure appréhension des problèmes de pédiatrie, de gynéco-obstétrique, d'éducation pour la santé et de nutrition.

Pour atteindre ces objectifs, 6 volets doivent être réalisés dans les centres de SMI/PF à savoir :

- la lutte contre les affections périnatales par la consultation prénatale orientée sur la surveillance et les soins pendant la grossesse y compris l'immunisation contre le tétanos, le dépistage des grossesses à risque, l'assistance à l'accouchement et le suivi des accouchées dans le post partum (protection de la grossesse, de l'accouchement et de la période néo-natale).

- la planification familiale pour le contrôle des naissances.

- la surveillance des enfants sains incluant l'immunisation et la prévention de la malnutrition. Dans le cadre de l'immunisation, le programme élargi de vaccination (PEV) du Mali a été lancé le 11 Décembre 1986. La population cible est représentée par les enfants de 0 à 6 ans et les femmes en âge de procréer. L'objectif était de vacciner avant 1990, 80% des enfants contre les six maladies du PEV et 80% des femmes enceintes contre le tétanos

- les soins à l'enfant malade dont la lutte contre les maladies diarrhéiques: dans ce cadre, un programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques a été initié en Juillet 1985 avec la nomination d'une coordinatrice et son rattachement à la DSF en 1987 ( 33 ). Les activités nutritionnelles se limitent à la surveillance des groupes cibles dans les zones sinistrées et l'éducation des femmes en matière de nutrition.

- l'information, l'éducation et la communication en matière de santé de la reproduction,

- la recherche opérationnelle.

4- Création des divisions régionales de santé familiale pour renforcer la prise en charge de la SMI dans toutes les structures socio-sanitaire du pays,

La réalisation du programme SMI/PF est assurée par le personnel socio-sanitaire et les agents de santé communautaire (ASC) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Dans ce cadre la DSF est appuyée par les organisations internationnelles multilatérales, bilatérales, gouvernementales et non gouvernementales (UNICEF, FNUAP, USAID, AMPPF).

## QUELQUES RESULTATS DE LA DIVISION SANTE FAMILIALE ET COMMUNAUTAIRE

- Malgré la faiblesse du pourcentage des femmes enceintes qui suivent les activités de consultation prénatale: 23,22% des femmes enceintes en 1991 contre 28,04% en 1992 suivies pour l'ensemble du pays, ces résultats obtenus annoncent que la population s'intéresse de plus en plus aux activités de consultation prénatale (CPN) (32),

- au Mali en 1992 selon les renseignements du CNI et du PEV, sur 100 femmes enceintes enregistrées, respectivement 59,85% et 71,14% ont été complètement vaccinées (vaccination anti-tétanique) (32),

- en 1992 sur 117 691 femmes enceintes venues en CPN, 112 007 seraient assistées pendant l'accouchement soit 95,17% par un personnel médical, paramédical ou une matrone en milieu urbain (32). En 1988 (25) 16% seulement des accouchements ont été assistés par ces agents à l'intérieur du pays et 46% à Bamako (non compris les maternités des hôpitaux).

- 20,06% des femmes ayant eu un accouchement assisté sont vues en consultation post-natale (32),

- la consultation de planification familiale touche 15,5% des femmes en âge de procréer avec un taux d'acceptation de 2,9% (32),

- en 1992 au Mali la couverture vaccinale des enfants de 0 à 4 ans pour le BCG était de 16,07% du DTCP3 : 14,10% et de la rougeole: 16,07% (32),

- les activités de surveillance préventive des enfants sains touchent essentiellement les enfants de moins d'un an avec un taux de couverture de 46,86% pour l'ensemble du pays.

Malgré ces gros efforts entrepris pour améliorer la santé de nos populations, la couverture sanitaire du pays reste limitée, par le manque de personnel, leur mauvaise répartition entre Bamako, les centres urbains et le milieu rural. Les masses

rurales sont donc obligées d'avoir recours à l'assistance des accoucheuses traditionnelles pour les quelles nous rappelons les caractéristiques suivants:

### **1- Le profil de l'accoucheuse traditionnelle:**

L'AT est une femme qui assiste la parturiente et qui, à l'origine, a acquis la pratique de l'accouchement, soit par elle-même, soit en travaillant avec une autre accoucheuse traditionnelle. C'est généralement une femme âgée ayant au moins un enfant car elle doit avoir ressenti les douleurs de l'enfantement. Elle est très avertie des pratiques et connaissances traditionnelles en vigueur dans sa collectivité. Au village, l'AT n'est pas désignée d'emblée; c'est une femme qui s'intéresse à l'accouchement par conviction.

L'AT ne se distingue pas des autres femmes du village, ni par sa tenue ni par d'autres signes. Elle n'est pas salariée, mais chaque femme nouvellement accouchée la gratifie généralement en nature (beurre de karité, pagne, poulet, savon); rarement elle perçoit de l'argent. Le groupe des AT est hiérarchisé, la plus vieille jouit d'un statut très élevé dans sa communauté. Elle est au centre de toutes les discussions des femmes du village. Les jeunes AT dans la pratique font appel à une plus âgée pour les aider si elles se trouvent devant un accouchement difficile.

### **2- Les attitudes traditionnelles devant la grossesse et l'accouchement**

"La grossesse et l'accouchement sont enveloppées de mystère pour les gens évolués comme pour ceux qui le sont moins" ( 21 ). Pour l'AT, ces phénomènes appartiennent au domaine du surnaturel, l'élément essentiel étant l'intervention des esprits. Le rôle de l'AT englobe tout ce qui est en rapport avec la conduite de l'accouchement sur le plan physique, religieux et mystique ( 21 ).

La femme en grossesse est suivie de près dans sa conduite, dans son alimentation et aussi dans ses activités, car dans la pensée traditionnelle, ces éléments peuvent avoir des conséquences directes sur l'accouchement et sur l'enfant. Des bains purificateurs et le port des gris-gris sont aussi indiqués pour faciliter l'accouchement.

Le recours de l'AT n'est sollicité avant l'épreuve de travail que dans un but curatif , c'est à dire quand la femme a déjà un problème. Quand tout se passe normalement pendant la grossesse, l'AT n'intervient qu'au moment de l'accouchement. Si c'est un accouchement eutocique, elle intervient pour couper le cordon ombilical et donner les premiers soins à la mère et au nouveau-né.

Après la délivrance, l'AT à l'aide d'un fil de coton non stérile fait la ligature du cordon ombilical et ensuite, le coupe à l'aide d'une lame neuve non stérilisée ou d'un petit couteau traditionnel "sirifou" non stérilisé réservé à cet usage. Ensuite l'AT inspecte le placenta. Elle le remet aux parents de la femme en disant que le placenta est "complet" ou le placenta est "malade". Le placenta est mis dans unealebasse neuve et l'enterrement se fait selon certains rites. Si il est "complet" trois ou quatre vieilles femmes participent à l'enterrement selon que le nouveau-né soit de sexe féminin ou masculin. Elles amènent avec elles un peu de grain (petit mil, gros mil et parfois du coton) plus une vieillealebasse. Au lieu de l'enterrement , la circonférence du trou est faite par une pioche et le reste du trou est creusé avec un pique jusqu'à une profondeur d'environ 40 cm. Elles taillent deux morceaux de la vieillealebasse de manière à prendre la forme du font de leur trou. La plus vieille d'entre elles place un morceau dealebasse taillé au font du trou et une partie des grains amenés sur ce morceau. Elle prend ensuite le placenta par le cordon et le dépose sur le morceau dealebasse arrosé de graines. Elle fait des circonférences tout au tour du placenta avec le cordon. A la fin, elle fait un noeud de manière à ce que le bout terminal soit dirigé vers le haut. Elle l'arrose ensuite avec le reste des graines et le couvre avec l'autre morceau dealebasse. Ensuite elles mettent ensemble la terre pour remplir le trou. Le reste de la vieillealebasse est mis sur le lieu de l'enfouissement et les femmes font les éclats de rire, se tapent les mains, tout en damant ce lieu avec les pieds, enfin elles souhaitent longue vie au nouveau -né. Laalebasse neuve est ramenée à la maison et va servir à laver le nouveau né jusqu'au baptême.

Si le placenta est "malade" c'est le même scénario, mais seulement elles mettent des oignons dans les trous du placenta avant de l'enterrer.

Selon Hanguiné (21) une AT disait "pour nous, le problème difficile de l'accouchement réside dans l'enterrement du placenta. Toute personne qui se permet de le faire sans savoir le pratiquer sera aveugle et la femme n'accouchera plus. C'est du placenta que dépend la vie future du nouveau-né".

### **3- Les Soins à la mère et au nouveau-né:**

L'AT lave le nouveau-né avec de l'eau tiède et du savon local selon certaines croyances. Après le bain, elle prélève soit de la poussière du seuil de la case soit du beurre de karité qui sera appliquée sur la plaie ombilicale. L'AT gavage le nouveau-né avec le beurre de lait de vache ou avec une infusion de mil et masse son corps avec le beurre de karité, cela tous les jours jusqu'au septième jour.

Les soins de la mère se résument aux conseils hygiéno-diététiques et son isolement avec le nouveau-né jusqu'à la tombée du cordon.

Malheureusement tous les accouchements ne sont pas eutociques: en cas de difficulté, on évoque un mauvais comportement de la femme lors de la grossesse. "Si le travail dure longtemps, on dit que l'enfant n'est pas légitime ". Devant un accouchement difficile, l'AT essaie des pratiques nombreuses et variables: incantations, expression (préhension extérieure sur le fond de l'utérus), certains moyens pour provoquer les contractions utérines (mettre le "sokala" dans la gorge de la femme, mettre du piment dans le feu que la femme aspire, des infusions de plante ou de racine que la femme doit boire). Quand elles n'arrivent pas ainsi à résoudre le problème, elles font alors appel à un guérisseur. Ces agents ont la ferme conviction que les mesures qu'ils prenaient, devraient être toujours couronnées de succès. Dans ces conditions une dystocie a tout le temps de prendre une allure dramatique, une femme sur trois de ces parturientes évacuées meurent au cours du transport. Le drame est si lourdement ressenti par la population que l'expression bambara consacrée pour annoncer un décès de ce genre signifie littéralement "une telle personne a été emportée par le combat des femmes" (21). Les femmes sont exposées aux risques de fistules qui constituent un drame social (fistule vésico-vaginale, fistule recto-vaginale, fistule vésico-recto-vaginale), de choc hémorragique et d'infections. Les nouveaux-nés sont

exposés au risque de tétanos, les enfants aux risques de malnutrition, de diarrhée, de paludisme et des infections respiratoires. Face à ces problèmes et devant l'incapacité de couvrir toutes les populations d'agents professionnels de santé dans un proche avenir, l'utilisation rationnelle des AT comme des promotrices des activités de SMI appropriées au niveau du village semble être pertinente. L'AT apparaît comme une intermédiaire privilégiée pour transmettre les informations sur la SMI et pour améliorer les soins de santé maternelle et infantile. Ces agents ont déjà la confiance des villageois et s'occupent de l'obstétrique au village. Pour améliorer la pratique des accoucheuses traditionnelles le projet "Appui SSP, Mali - Pays-Bas" a pris cette activité comme un de ces volets principaux. Plusieurs manuels de formation et/ou de recyclage ont été élaborés et adaptés aux vecus socio-culturels de la population au fil des années.

## **CHAPITRE III**

**PROJET "APPUI SSP, MALI - PAYS-  
BAS"**

## PROJET "APPUI SSP, MALI - PAYS-BAS"

Le projet "Appui SSP, Mali - Pays Bas" région de Ségou a démarré dans le cercle de Niono en 1985. C'est un projet bilatéral financé par la coopération Néerlandaise, intégré à la direction régionale de la santé publique et des affaires sociales (DRSP/AS) de la région de Ségou et exécuté conjointement par cette direction et l'institut royal des tropiques (IRT), Amsterdam.(35)

Depuis Novembre 1983 (phase de préprojet), des activités de soins de santé communautaire (SSC) étaient menées dans l'arrondissement central du cercle de Niono par deux volontaires Néerlandais. Ils étaient appuyés par le comité local du développement (CLD) de Niono à la demande de l'office du Niger (ON) pour le développement sanitaire de la zone. A cette époque il n'existait aucun document de référence au niveau du cercle pour la conception, la planification et l'exécution du programme.

La première phase du projet (1985-1987) avait comme objectif d'intégrer le programme de formation des hygiénistes secouristes et des accoucheuses traditionnelles dans les activités sanitaires du cercle de Niono et d'élaborer une méthodologie d'intervention au niveau du village. Pendant cette phase, l'accent était mis, dans un premier temps sur la sensibilisation des communautés afin de les faire participer effectivement à la prise en charge de leur besoin de santé et dans un deuxième temps sur la formation des hygiénistes secouristes (HS) et le perfectionnement des AT. Les zones d'intervention se limitaient à la zone de l'ON dans le cercle de Niono et à Macina (secteur de Kolongotomo et de Kokry). A la fin de cette première phase, une évaluation des activités a fait apparaître la nécessité d'améliorer le fonctionnement des structures de référence (centre de santé d'arrondissement et centre de santé de cercle) (34) .

C'est ainsi qu'à la deuxième phase (1988-1990), l'objectif était d'élargir les domaines d'intervention du projet qui dorénavant devait intéresser les structures de référence, afin que les agents à ce niveau (médecins, sages-femmes, infirmiers (ères), infirmières obstétriciennes et matrones) puissent prendre en charge les cas qui leur

seront adressés par les agents du village et effectuer les supervisions. Lors de cette deuxième phase, les activités du projet se sont étendues à l'ensemble du cercle de Niono. L'approvisionnement en médicaments essentiels a été institué, et certaines ATR ont été formées pour la surveillance des femmes enceintes (SFE) (activité de CPN) (34).

Actuellement le projet est à sa troisième phase d'exécution: il couvre en plus de cercle de Niono et Macina, le cercle de San où existait déjà les structures de SSP mises en place par le projet Mali-Sud II depuis 1980.

L'objectif général à cette phase est d'appuyer la DRSP/AS de Ségou dans la planification, la gestion et l'exécution des activités dans le cercle de Niono, San et Macina, par la formation des médecins-Chefs et d'autres agents et ce uniquement pour la gestion des médicaments essentiels (ME).(35)

A cet effet trois volets sont prévus:

1- le renforcement des soins de santé communautaire intégrant davantage les villageois dans la prise de responsabilité et d'initiative en ce qui concerne leur santé . Ce volet s'occupe de la formation des agents de santé villageois (HS et ATR), la mise en place des comités de santé villageois (CSV). La formation ( recyclage des AT est assurée par les sages femmes, les infirmières obstétriciennes et les matrones. Elle comprend:(16:17)

**- une phase de préparation de la formation :**

- \* sensibilisation de la population et des agents à recycler ou à former.
- \* organisation pratique de recyclage.

**- une phase théorique: exposé des différents thèmes:**

- \* surveillance des femmes enceintes.
- \* identification des grossesses à risque et leur référence.
- \* mesures à prendre pour faire un accouchement dans les conditions convenables,
- \* premiers soins a la mère et au nouveau-né dans le post-partum

immédiat.

- \* reconnaissance des accouchements dystociques et leur référence à temps,
- \* conseils hygiéno-diététiques aux femmes enceintes et allaitantes,
- \* démonstrations culinaires et conseils alimentaires pour les enfants afin de prévenir la malnutrition,
- \* lutte contre la fièvre des enfants,
- \* lutte contre la diarrhée grave et la prise en charge des enfants diarrhéiques par l'eau salée sucrée.

**- une phase pratique dans une maternité proche du centre de formation ou l'AT pourra assister à plusieurs accouchements faits dans les conditions convenables.**

La formation dure 12 jours dans une maternité bien fréquentée, mais il faut signaler que cette formation est continue lors des supervisions.

En 1987 les activités de consultations prénatale ont été introduites au village, les ATR ont été formées pour faire cette activité: recherche de la pâleur conjonctivale (anémie) et des oedèmes des membres inférieurs, la mesure de la hauteur utérine par une corde spéciale, la recherche de la notion des mouvements foetaux et d'hémorragies, et les conseils hygiéno-diététiques à la femme enceinte. Une fiche prénatale (FP) (annexe VI) pour analphabète a été élaborée. L'AT qui fait la surveillance des femmes enceintes (ATR/SFE) note les informations qu'elle obtient lors de la CPN sur cette fiche prénatale. Elle est utilisable pour les différents niveaux (village, secteur de base arrondissement et cercle).

Au terme de recyclage l'ATR doit être capable de:

- surveiller la femme enceinte,
- identifier les grossesses à risque et les référer.
- effectuer les accouchements dans les conditions convenables,
- donner les premiers soins à la nouvelle mère et au nouveau-né après l'accouchement et dans le post-partum immédiat,
- reconnaître un accouchement dystocique et référer la parturiente à temps.
- donner des conseils hygiéno-diététique aux femmes,

- lutter contre la malnutrition par les démonstrations culinaires; la diarrhée grave par l'utilisation de l'eau salée sucrée et la fièvre par l'enveloppement humide et la référence.

Le recyclage est sanctionné par l'achat d'une boîte médicale ( contenant: alcool, bande, allumettes, fil de ligature, lames rasoirs, savon, coton) par le comité de santé villageois (CSV). Ce CSV est responsable de la gestion de cette boîte.

Après le recyclage une attestation est remise à chaque ATR.

**2-** une hiérarchisation des structures de prestation sanitaire en différenciant le niveau de cercle devant superviser le niveau arrondissement ou de secteur de développement, ce dernier ayant sous son contrôle la structure du village.

**3** L'approvisionnement en médicaments essentiels avec l'institution du système du recouvrement de coût.

# **CHAPITRE IV**

## **METHODE ET MATERIEL D'ETUDE**

- CADRE D'ETUDE
- METHODOLOGIE

## CADRE D'ETUDE:

Le cercle de Niono est une vaste plaine située dans la région de Ségou (4<sup>ème</sup> région du Mali). Implanté dans le delta mort du fleuve Niger, il a une superficie de 15 178 km<sup>2</sup> (7). Il est limité à l'Est par la région de Mopti (5<sup>ème</sup> région du Mali) et le cercle de Macina (région de Ségou), à l'Ouest par la région de Koulikoro (2<sup>ème</sup> région du Mali), au Nord par la République Islamique de Mauritanie et la région de Tombouctou (6<sup>ème</sup> région du Mali), au Sud par le cercle de Ségou (région de Ségou). Le climat est de type sahélien. il comporte une saison sèche d'octobre à juillet, et une saison des pluies courte de mi-juillet à septembre. Les précipitations annuelles sont de 200 à 400 mm ( 7 ). L'hydrographie du cercle de Niono se résume aux réseaux d'irrigation de l'office du Niger (ON).

Le cercle de Niono est divisé en 4 arrondissements dont Niono ou central, Sokolo, Nampala et Pogo. Il se divise également en deux zones, une zone irriguée par l'ON: zone inondée et une zone non irriguée: zone exondée. La population du cercle est estimée à 194 272 habitants (39) à laquelle s'ajoute périodiquement une population d'exode lors des différentes périodes d'activités agricoles. L'ethnie la plus dominante est le bambana. Les autres ethnies importantes sont: les mossi, les minianka, les peulh, les sonrhai.

L'économie est dominée par les activités agro-pastorales. Dans la zone de l'ON, la riziculture et la vente de riz sont les principales occupations de la population. A côté de cette activité, le jardinage permet de produire de la tomate, du gombo, des oignons, de la patate douce et du manioc pendant la saison sèche; tandis que la zone exondée est le domaine des cultures traditionnelles (mil, maïs, niébé...) qui sont tributaires des aléas climatiques. L'élevage est entre les mains de certains bergers sédentaires et l'artisanat est pratiqué surtout par certaines ethnies (forgeron, garanké ...). Le commerce quant à lui occupe une place importante dans l'économie locale et contribue à l'apparition d'un nouveau pouvoir d'achat financier faisant ainsi de Niono un carrefour pour une foire hebdomadaire d'importance locale, régionale et même internationale.

### **Situation socio-sanitaire du cercle de Niono:**

Un service socio-sanitaire de cercle, trois services socio-sanitaires d'arrondissement, 9 formations sanitaires périphériques, 3 centres de santé communautaires (CSCOM) deux cabinets privés, 10 points de vente de médicaments essentiels (ME), 3 dépôts communautaires de ME, constituent les structures sanitaires du cercle.

Sur le plan infrastructure au niveau du chef lieu de cercle et des arrondissements, nous avons:

- au niveau de Niono central: un service socio-sanitaire de cercle qui comporte une maternité où toutes activités de SMI/PF sont menées; un service de médecine avec 51 lits d'hospitalisation, un service de chirurgie avec bloc opératoire, un service de laboratoire où s'effectuent les examens de laboratoire courants, un service social, un service d'hygiène, un dépôt de médicaments essentiels. En plus de ce service socio-sanitaire nous avons 5 formations sanitaires (Molodo, N'dbugu, Wérékèla, Diaky-wèrè, Kanabugu); 2 centres de santé communautaire avec dispensaire et maternité (Cocody et Boliban), 2 cabinets privés (Molodo, N'débugu) avec un service de médecine, celui de Molodo a un service de chirurgie.

- au niveau de l'arrondissement de Sokolo : un dispensaire et une maternité où sont menées certaines activités de SMI/PF, plus un point de vente de médicaments essentiels à Sokolo central, à Dogofri et à Kourouma. Il y a une formation sanitaire périphérique à Dogofri et à Kourouma. Un CSCOM avec maternité où sont menées toutes les activités SMI/PF, un service de médecine avec 30 lits d'hospitalisation et un dépôt de médicaments essentiels à Diabali.

- au niveau de l'arrondissement de Pogo: une maternité et un dispensaire à Pogo central, à Séribaldi il y a une maternité, un dispensaire et un point de vente de ME. Boh est doté d'un dispensaire.

- au niveau de l'arrondissement de Nampala: une maternité, un dispensaire non fonctionnels par absence d'agent de santé, constituent l'infrastructure sanitaire de cet arrondissement.

Comme partout au Mali, le personnel de ces infrastructures est insuffisant, inégalement réparti et est représenté par le tableau suivant:

Tableau n°1: Répartition du personnel sanitaire par catégorie et par zone:

Zone de Personnel	Niono central	Sokolo	Pogo	Nampala	Total
Médecin généraliste	2* ; 1** ; 2 ***	1 ****	0	0	6
I.D.E.	7* ; 1 ** ; 2 *** ; 1****	2* ; 1 ****	1*	0	15
S.F.	2* 1 (usine sukala)	0	0	0	3
A.T.S.	8* ; 3 ****	3*	0	0	14
Tech. Labo	1 **	0	0	0	1
T.D.C.	2*	0	0	0	2
Aides soignants	6* ; 4 **	4*	1 ****	1 ****	16
Matrone	6 ****	0	0	0	6
Total	49	11	2	1	63

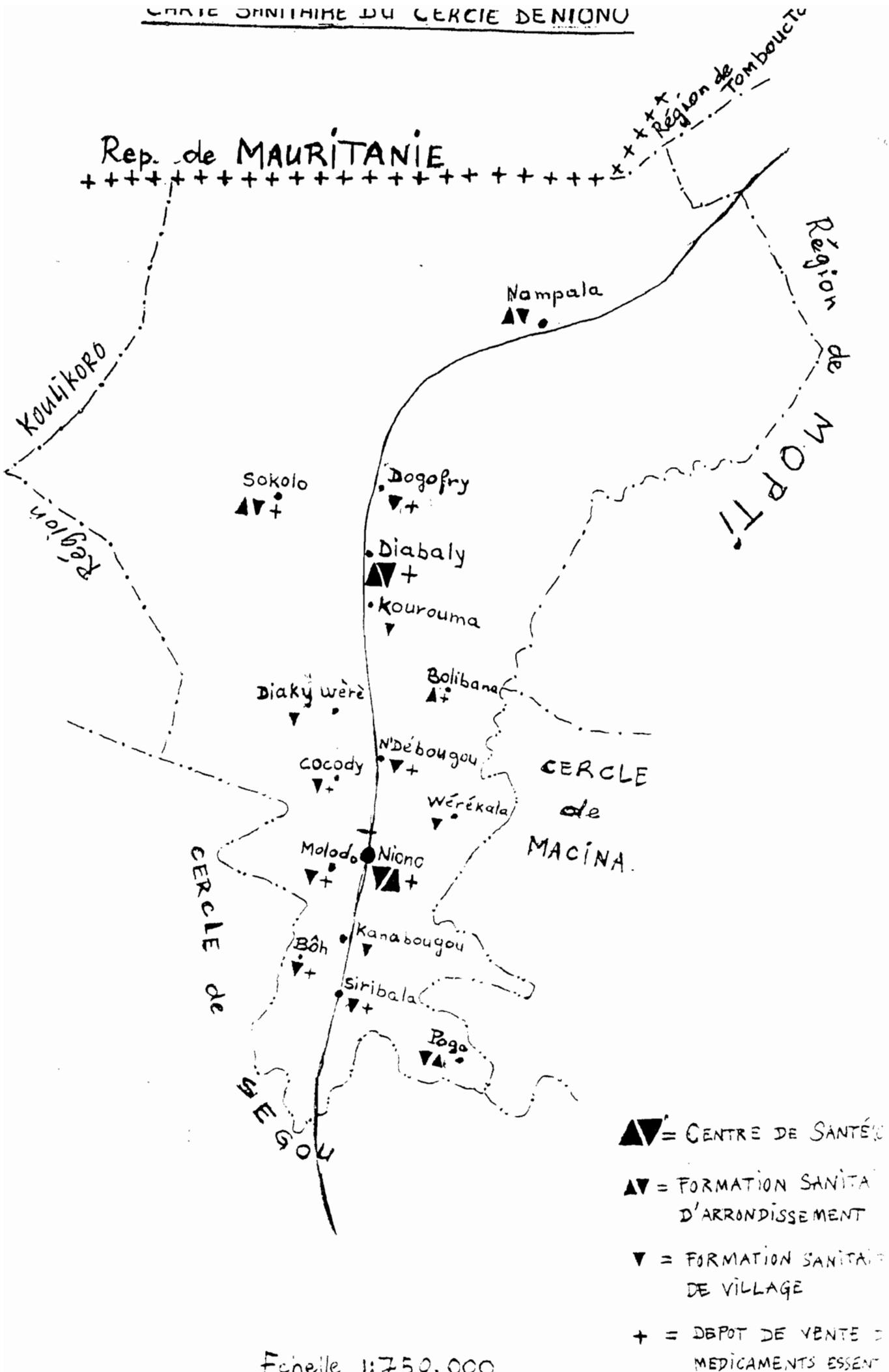
\* = fonctionnaire; \*\* = employé par le projet; \*\*\* = cabinet privé; \*\*\*\* = pris en charge par la communauté.

### Indicateurs de suivi des activités de SMI/PF à Niono en 1993 (14)

- Taux de suivi prénatal à la maternité = 45%

- Taux de suivi prénatal chez l'ATR/SFE = 31%
- Taux de grossesse à risque dépisté = 28%
- Pourcentage de femmes enceintes qui ont reçu le VAT2 = 20%
- Taux d'accouchement assisté par l'ATR = 49%
- Taux d'accouchement assisté à la maternité = 31%
- Pourcentage des accouchements dystociques = 1,6%
- Pourcentage des mort-nés = 0,8%
- Pourcentage des naissances vivantes = 98,8%
- Pourcentage des femmes vues en consultation post-natale = 1,6% des femmes qui ont accouché à la maternité et 0,4% des femmes qui ont accouché chez une ATR
- Taux de mortalité néonatale précoce = 1%
- Taux d'acceptation de la PF = 3.8%
- Couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois = BCG = 98%
  - DTCP3 = 73%
  - Rouvax = 53%
- Taux de référence = 1.2%

CARTE SANITAIRE DU CERCLE DENIONO



Echelle 1:750.000

- ▲▼ = CENTRE DE SANTÉ
- ▲▼ = FORMATION SANITAIRE D'ARRONDISSEMENT
- ▼ = FORMATION SANITAIRE DE VILLAGE
- + = DEPOT DE VENTE DE MEDICAMENTS ESSENT

## METHODOLOGIE

Pour le choix des villages nous avons procédé en trois étapes:

1- tous les villages du cercle de Niono ont été recensés et répartis en villages encadrés (villages avec agents de santé villageois) et en villages non encadrés par le projet.

2- les villages encadrés ont été ensuite répartis en village ATR/SFE (où les ATR font les activités de consultation prénatale au village) et en village ATR. A partir de cette répartition nous avons obtenu 16 villages ATR/SFE.

3- On a considéré comme type de référence les 16 villages ATR et 16 villages AT.

L'unité statistique de base est toute accoucheuse traditionnelle des villages encadrés et non encadrés. La population ainsi constituée a été divisée en trois groupes:

- les accoucheuses traditionnelles (AT),
- les accoucheuses traditionnelles recyclées (ATR),
- les accoucheuses traditionnelles recyclées faisant la surveillance des femmes enceintes (ATR/SFE).

Toutes les accoucheuses vivantes dans les villages retenus étaient concernées. Elles ont été soumises à un même questionnaire comportant des questions sur:

- l'intérêt de la surveillance des femmes enceintes.
- les éléments de surveillance de la femme enceinte.
- les indications de référence de la femme enceinte,
- le diagnostic du travail d'accouchement,
- les indications de la référence d'une parturiente.
- les soins du cordon ombilical.
- les signes élémentaires de la malnutrition et de la diarrhée.

On s'est également intéressé aux femmes enceintes et allaitantes pour apprécier la situation des activités SMI et aux hygiénistes secouristes (HS) pour apprécier la situation sanitaire générale du village.

Après avoir défini ce plan de travail, notre enquête s'est déroulée en 2 phases dont:

La première phase a consisté à:

- une prise de contact avec les autorités administratives,
- une pré-enquête au niveau d'un village à 1 km de Niono (kilomètre 26).

Elle a duré une journée et avait pour but de tester l'instrument de recueil de données.

A l'issue de cette phase, notre instrument de travail était désormais prêt et nous entamons la deuxième phase de notre étude consacrée au:

### **RECUEIL DE DONNEES:**

Il s'agissait d'une enquête CAP (connaissance, attitudes, pratiques) commencée le 31 Août 1993 et achevée le 04 Octobre 1993 soit 35 jours.

Le questionnaire de recueil de données est porté en annexe (II, III, IV, V).

Au village, après les civilités d'usage, le but de l'enquête était expliqué au chef de village qui informait les autres membres de la communauté.

Le même questionnaire était administré à toutes les accoucheuses individuellement chez elle ou sur la place de rassemblement (annexe II).

En plus de ce questionnaire, il y avait un questionnaire supplémentaire pour l'ATR/SFE (annexe II).

Parallèlement à cette enquête CAP, nous avons adressé un questionnaire aux femmes enceintes (annexe III), un questionnaire aux femmes allaitantes (annexe IV) et un autre aux hygiénistes secouristes (annexe V). Toutes ces personnes ont été interrogées individuellement.

Compte tenu de la difficulté de l'exploitation des supports matériels au village, on s'est contenté, à défaut de cahier de naissance et de décès, de la déclaration des accoucheuses en ce qui concerne les naissances et les décès de nouveaux-nés.

Pour le traitement des données il a été fait sur micro-ordinateur de type IBM (version 5-1) grâce au logiciel EPI-INFO à la DRSP AS de Ségou.

**TAILLE DES GROUPES:**

Au cours de cette enquête nous avons interrogé 103 accoucheuses, dont:

- 28 AT
- 37 ATR
- 32 ATR/SFE
- 6 femmes qui font la SFE seulement, sans assisté aux accouchements.

Nous avons également interrogé:

- d'abord 122 femmes enceintes dont:
  - \* 36 dans les villages AT
  - \* 27 dans les villages ATR
  - \* 59 dans les villages ATR/SFE
- ensuite 136 femmes allaitantes dont:
  - \* 45 dans les villages AT
  - \* 29 dans les villages ATR
  - \* 62 dans les villages ATR/SFE
- enfin tous les hygiénistes secouristes (32) des villages retenus pour l'enquête .

# **CHAPITRE V**

## **RESULTATS**

# RESULTATS:

Pour apprécier l'effet du recyclage sur leurs prestations, on a comparé les 3 groupes suivants d'accoucheuses:

- AT = accoucheuse traditionnelle qui n'a pas reçu de formation,
- ATR = accoucheuse traditionnelle recyclée
- ATR/SFE= accoucheuse traditionnelle recyclée faisant la surveillance des femmes enceintes.

Ces accoucheuses ont été évaluées sur un même questionnaire comportant des thèmes traités lors du recyclage. Les questions portaient sur la connaissance, les pratiques et les attitudes.

## 1- Connaissance des accoucheuses:

### 1-1- Connaissance sur la surveillance des femmes enceintes

(SFE):

Ce domaine a été exploré par les questions suivantes:

- 1- pourquoi faut-il surveiller la femme enceinte ?**
- 2- Que faut-il surveiller pendant la grossesse ?**
- 3-Dans quels cas faut-il référer la femme enceinte dans un centre de santé?**

L'analyse des réponses a permis de dresser les tableaux suivants:

**Tableau n°2: Connaissance de l'interêt de la SFE par les accoucheuses:**

Type d'accoucheuses Nombre de reponses correctes	ATR/SFE		ATR		AT	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
0	1	3,1	3	8,1	17	60,7
1	8	25	13	35,1	8	28,6
2	23	71,9	21	56,8	3	10,7
Total	32	100	37	100	28	100

Ces resultats nous montrent que plus de la moitié des ATR (56,8%) et 46,9% des ATR/SFE ont une notion correcte sur les interêts de la SFE.

La majorité des AT (60,7%) n'a aucune idée sur l'interêt de cette surveillance.

**Tabelau n°3: Connaissance des éléments de la surveillance des femmes enceintes par les accoucheuses:**

Type d'accoucheuses	ATR/SFE		ATR		AT	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
0	0	0	1	2,7	18	64,3
1	1	3,1	6	16,2	4	14,3
2	3	9,4	13	35,1	4	14,3
3	8	25	10	27	1	3,6
4	7	21,9	3	8,1	1	3,6
5	7	21,9	5	10,8	0	0
6	3	9,4	0	0	0	0
7	3	9,4	0	0	0	0
Total	32	100	37	100	28	100

62,5% des ATR/SFE savent au moins 4 des éléments de la SFE et 31,08% des ATR connaissent au plus trois éléments de surveillance. Plus de la moitié des AT (64,3%) n'ont évoqué aucun élément de la SFE.

Par ailleurs la fréquence des éléments de surveillance nous permet de constater que certains éléments sont évoqués par la majorité des accoucheuses recyclées: anémie = 84,1% et œdème = 75,4%. Les autres éléments non moins importants ne sont pas cités fréquemment: mouvements foetaux = 39,1% et hémorragie 8,7%. non moins importants ne sont pas cités fréquemment: mouvements foetaux = 39,1% et hémorragie 8,7%.

**Tableau n°4: Connaissance des indications de la référence d'une femme enceinte par les accoucheuses:**

Type d'accoucheuses	ATR/SFE		ATR		AT	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
0	0	0	2	5,4	25	69,3
1	1	3,1	4	10,8	1	3,6
2	4	12,5	6	16,2	0	0
3	9	28,5	7	19	2	7,1
4	6	18,7	3	8,1	0	0
5	4	12,5	8	21,6	0	0
6	12	37,5	2	5,4	0	0
7	0	0	1	2,7	0	0
8	5	15,6	2	5,4	0	0
9	0	0	2	5,4	0	0
10	1	3,1	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0
Total	32	100	37	100	28	100

Il ressort de ce tableau que 68,7% des ATR/SFE et 40,5% des ATR savent au moins 5 indications de la référence d'une femme enceinte dans un centre de santé. La majorité des AT (89,3%) n'ont pu évoquer aucun des éléments de la référence. Les accoucheuses recyclées évoquent néanmoins le plus souvent les éléments comme: la femme de courte taille ( < 1,50m) (78,3%), la femme avec une démarche boîteuse (71%), le jeune femme (âge < 15 ans), 53,6%. Les indications qui concernent l'examen physique de la femme sont cités rarement: absence de mouvements foetaux (24,6%), hémorragie pendant la grossesse (24,6%), hauteur utérine stationnaire (20,3%) .

### **1-2- Connaissance sur l'accouchement:**

Cette évaluation porte sur les questions 4; 6 et 10: il s'agit:

- ***du diagnostic du travail d'accouchement,***
- ***des indications de la référence lors de l'accouchement,***
- ***des soins du cordon ombilical.***

L'analyse des réponses recueillies nous a permis de dresser les tableaux suivants:

**Tableau n° 5: Connaissance du diagnostic de l'accouchement par les accoucheuses:**

Type d'accoucheuses	ATR/SFE		ATR		AT	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
0	5	15,6	2	5,4	3	10,71
1	9	28,1	10	27	9	32,14
2	7	21,9	3	8,1	6	21,42
3	2	6,3	13	35,1	3	10,71
4	8	25	8	21,6	7	25
5	1	3,1	1	2,7	0	0
Total	32	100	37	100	28	100

Les 59,4% des ATR et 34,4% des ATR/SFE se basent sur moins 3 (trois) éléments pour faire le diagnostic du travail d'accouchement. Elle évoquent le plus souvent, contractions utérines fortes et fréquentes, rupture de la poche des eaux, contractions régulières. Les AT (64,2%) se réfèrent sur au plus 3 éléments: bouchon muqueux, rupture de la poche des eaux et contraction régulière.

**Tableau n°6: Connaissance des indications de référence lors de l'accouchement par les accoucheuses :**

Type d'accoucheuses	ATR/SFE		ATR		AT	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
0	2	6,3	0	0	4	14,3
1	7	21,9	7	18,9	17	60,7
2	5	15,6	7	18,9	4	14,3
3	6	18,8	8	21,6	3	10,7
4	10	31,3	11	29,7	0	0
5	2	6,3	4	10,8	0	0
6	0	0	0	0	0	0
Total	32	100	37	100	28	100

Ce tableau nous montre que 18,9% des ATR; 28,2% des ATR/SFE et 75% des AT connaissent au plus une indication de la référence. La majorité des accoucheuses recyclées évoquent les cas où le travail dure environ 24 heures (75,4%) et la présentation par le bras ou le cordon (60,9%), seulement 1,4% des accoucheuses recyclées évoquent de la déchirure du périnée comme indication de la référence .

**Tableau n°7:connaissance des soins du cordon ombilical par les accoucheuses:**

Type d'accoucheuses	ATR/SFE		ATR		AT	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
0	0	0	0	0	21	75
1	1	3,1	2	5,7	7	25
2	3	9,4	1	2,7	0	0
3	6	18,8	11	30,9	0	0
4	22	68,8	23	62,7	0	0
Total	32	100	37	100	28	100

De ce tableau il ressort que 68.8% des ATR/SFE et 62.7 des ATR savent correctement soigner le cordon ombilical: désinfecter et couper le cordon avec une lame neuve désinfectée (flambée à l'alcool), désinfecter la plaie ombilicale et faire le pansement tous les jours jusqu'à la tombée du cordon et en plus elles savent aussi que ces mesures antiseptiques sont un des éléments de prévention du tétanos néonatal. Certains AT (25%) désinfectent la plaie ombilicale tous les jours jusqu'à la tombée du cordon avec de l'alcool, elles mettent ensuite le beurre de karité; elles ne font pas de pansement.

**1-3- Connaissance sur les maladies:**

Dans cette étude, on s'est intéressé à la connaissance des accoucheuses sur les signes élémentaires de la malnutrition et de la diarrhée grave chez l'enfant (respectivement les questions 20 et 22 du questionnaire) l'analyse des réponses nous a donné les tableaux suivants:

**Tableau n°8: Connaissance des signes élémentaires de la malnutrition chez l'enfant par les accoucheuses :**

Type d'accoucheuses	ATR/SFE		ATR		AT	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
0	4	12,5	5	13,9	9	32,1
1	9	28,1	7	19,4	3	10,7
2	5	15,6	11	30,6	7	25
3	4	12,5	6	16,4	4	14,9
4	4	12,5	2	5,6	5	17,9
5	4	12,5	4	11,1	0	0
6	1	3,1	2	5,6	0	0
7	1	3,1	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0
Total	32	100	37	100	28	100

Il ressort de ce tableau que les accoucheuses recyclées connaissent au plus trois signes élémentaires de la malnutrition. Ces AR nous parlent de : l'enfant ne grossit

**Tableau n°10: Connaissance des signes élémentaires de la diarrhée grave chez l'enfant par les accoucheuses:**

Type d'accoucheuses	ATR/SFE		ATR		AT	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
0	6	18,8	10	27	19	32,1
1	13	40,6	16	44,4	16	57,1
2	4	12,5	7	19,4	3	10,7
3	5	15,6	2	5,6	0	0
4	3	9,4	2	5,6	0	0
5	1	3,1	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0
Total	32	100	37	100	28	100

Ce tableau nous montre que les accoucheuses recyclées savent au plus 3 signes élémentaires de la diarrhée grave chez l'enfant. Les accoucheuses recyclées comme les non recyclées nous parlent surtout: de selles nombreuses et liquides (55,1%), les yeux sont enfoncés (27,5%), l'enfant a très soif (14,5%), plus (69,6%), l'enfant est triste (20,3%), l'enfant a la diarrhée (18,8%), il a un gros ventre (15,9%).

## **2- Attitudes des accoucheuses:**

Nous n'avons pas eu l'opportunité de voir les accoucheuses à l'épreuve. Nous nous sommes donc contentés de l'interrogatoire de ces accoucheuses.

### **2-1- accouchement et suites de couche:**

Il ressort des réponses que 89,2% des accoucheuses recyclées prennent correctement soins du cordon ombilical ( stéréliser une lame neuve, tremper le fil dans l'alcool, désinfecter le cordon, le couper entre deux noeuds et faire le pansement ombilical). Chez les AT, (60%) coupent le cordon avec un petit couteau traditionnel "sirifou" ou une lame non désinfectée, ne désinfectent pas le cordon avec de l'alcool et après que le cordon ait été coupé, elles mettent de la poussière du seuil de la maison ou de beurre de karité sur la plaie ombilicale. Elles ne font pas de pansement (bandage) ombilical.

Après l'accouchement, seulement 21,4% des AT vérifient le placenta contre 40,5% des ATR et 65,6% des ATR/SFE.

Un faible pourcentage des accoucheuses recyclées (18,8%) vérifient le périnée après l'accouchement de façon systématique. Aucune AT ne l'a évoqué.

En cas de complication comme la rétention placentaire, le placenta incomplet ou la déchirure, la majorité des accoucheuses recyclées, 79,7% des ATR et 79,2% des ATR/SFE disent qu'elles réfèrent la femme contre 52,4% des AT.

Dans les suites de couche, la presque totalité des accoucheuses (90%) viennent tous les jours baigner le nouveau-né et faire le pansement ombilical (bandage pour les accoucheuses recyclées et application de beurre de karité pour les AT).

### **2-2- Surveillance des enfants malades:**

Dans les trois groupes d'accoucheuses traditionnelles, la majorité affirme qu'elle peut identifier la malnutrition, la diarrhée grave et la fièvre chez l'enfant (91%). La prise en charge des enfants malades même si elle ne relève de la compétence des

accoucheuses, certaines attitudes leurs sont dévolues. En cas de diarrhée (47,3%) des ATR et (71%) des ATR/SFE utilisent de l'eau salée sucrée pour lutter contre la déshydratation; quand la diarrhée est plus grave en plus de cette mesure elles réfèrent l'enfant dans un centre de santé. Les AT se contentent des médicaments traditionnels.

La presque totalité des accoucheuses recyclées donne des conseils hygiéno-diétiques à la mère pour prévenir la malnutrition chez l'enfant: allaitement maternel strict (jusqu'à 5 mois), puis introduction de la bouillie enrichie (mil, arachide, poisson, haricot, feuilles vertes, légumes... ) et les jus de fruit. Les AT se limitent à l'allaitement maternel et au plat familial.

En cas de fièvre chez l'enfant seulement 4,34% (3/69) accoucheuses recyclées interrogées font l'enveloppement humide avant de référer l'enfant comme préconisée par la formation.

### **2-3- Activités IEC:**

Au village, les accoucheuses sont surtout des conseillères pour les femmes enceintes, les parturientes et les femmes allaitantes.

- Pendant la grossesse, 91,9% des ATR et 90,3% des ATR/SFE conseillent à la femme: la consultation prénatale, la nivaquinisation, la vaccination, l'hygiène corporelle, les aliments riches en protéine (viande, oeuf, légume et fruit), alors que les conseils des AT sont basés sur les croyances traditionnelles concernant la grossesse, qui interdisent à la femme enceinte certaines activités et certains aliments comme les oeufs, le foie, les aliments sucrés.

- Pendant le travail d'accouchement, les accoucheuses encouragent la parturiente, la mettent dans la position confortable et donnent des instructions.

- Pendant les suites de couche, les accoucheuses conseillent les sauces très pimentées (pour arrêter le saignement) des infusions, des décoctions et des macérations des plantes que la nouvelle maman doit boire. Tous les matins, elles gavent le nouveau-né de beurre de lait de vache après le bain et son corps est

massé par le beurre de karité; en plus les accoucheuse recyclées se donnent comme mission d'informer et de sensibiliser les femmes sur la consultation prénatale, la vaccination, la nivaquinisation, l'hygiène corporelle et la nutrition. Elles font aussi des démonstrations culinaire à l'intention des femmes. Toutes ces activités se font individuellement en cas de nécessité ou sous forme de causerie avec la participation des superviseurs. 56,8% des ATR et 65,6% des ATR/SFE ont réussi à faire au moins une causerie entre l'hivernage 1992 et l'hivernage 1993.

### **3- Consultation prénatale faite par les ATR/SFE:**

L'évaluation des ATR/SFE a porté sur:

- *la pratique de la CPN*
- *l'analyse de la fiche prénatale (FP)*
- *le remplissage de la FP*
- *le taux de CPN*

#### **3-1- Nombre d'ATR/SFE qui font la CPN:**

Parmi les 32 ATR/SFE, 23 (71,9%) font la CPN, les autres (28,1%) des ATR/SFE ne le font pas pour plusieurs raisons.

- *Soit que les femmes ne viennent pas.*
- *soit par manque de fiche prénatale,*
- *soit parcequ'elles n'ont pas de case pour faire la CP.*

#### **3-2- Compréhension de la fiche prénatale: (FP)**

Une bonne compréhension de la FP est indispensable pour bien faire la CPN; c'est pourquoi, on a demandé à toutes les ATR/SFE de nous expliquer tous les dessins de la fiche. Il est à noter que cette fiche a été conçue pour les ATR/SFE, mais elle est utilisable à tous les niveaux de prestation sanitaire du cercle. C'est ainsi que certains thèmes de la FP ne rentrent pas dans la formation de ATR/SFE. On a donc réparti cette FP en 8 groupes de thème (1 à 8). Pour évaluer les ATR/SFE on s'est

limité aux thèmes 2 (histoire de la femme) ; 4 (les soins prescrits ) et 6 (l'examen physique de la femme enceinte), (annexe VI).

**Tableau n°10: Compréhension de la FP par les ATR/SFE:**

Dessin	ATR/SFE	
	Nombre	%
> à 4 dessins mal compris	9	28,1
1 - 4 dessins mal compris	7	21,9
Tous les dessins compris	16	50
Total	32	100

Ce tableau nous montre que la moitié des ATR/SFE (50%) connaissent tous les thèmes de la FP traités lors de leur formation.

### 3-3-: Remplissage de la fiche prénatale:

Le remplissage de la fiche prénatale est capitale pour suivre l'évolution de la grossesse et prévoir le déroulement de l'accouchement.

Parmi les 115 femmes (enceintes et allaitantes) qui sont allées à la CPN il y a 101 qui affirment avoir reçu une FP. Parmi celles ci 35 soit 34,65% n'ont pas pu montrer leur fiche prénatale parceque:

- **la fiche est perdue,**
- **elle est avec mon mari,**
- **mon enfant l'a déchiré.**

On a alors pu collecter 66 FP dont : 20 remplies par les ATR/SFE et 46 dans les formations sanitaires périphériques et dans les centres de santé par les sages-femmes, les infirmières obstétriciennes et la matrones.

Sur ces fiches on s'est intéressé à trois sujets.

- *l'histoire de la femme enceinte,*
- *l'examen physique,*
- *et les soins prescrits.*

(annexe VI).

Pour évaluer la qualité du remplissage, un thème est mal rempli si au moins un sujet de ce thème n'est pas répondu.

**Tableau n°11: remplissage de la fiche prénatale:**

Fiche prénatale	ATR/SFE		FS/CS	
	Nombre de FP	%	Nombre	%
3 sujets mal remplis	6	30	2	4,3
2 sujets mal remplis	2	10	7	15,2
1 sujet mal rempli	6	30	19	41,3
Fiche correctement remplie	6	30	18	39,1
Total	20	100	46	100

Il ressort de ce tableau que 30% des FP sont correctement remplies par les ATR/SFE contre 39,1% dans les formations sanitaires périphériques et les centres de santé.

On constate que sur 70% (14/20) des FP remplies par les ATR/SFE, les soins prescrits à la femme enceinte ne sont pas notés, ce constat est aussi valable sur 58,8% des FP remplies dans les formations sanitaires périphériques et dans les centres de santé.

### **3-4- Taux de consultation prénatale:**

Sur l'ensemble des femmes interrogées (enceintes et allaitantes), 115/258 soit 44,6% des femmes ont fait la CPN; parmi ces femmes 44 soit 38,3% ont été suivies par les ATR/SFE et le reste 56 soit 61,7% dans une formation sanitaire périphérique et dans un centre de santé.

En considérant les trois catégories de village on constate que:

- dans les villages avec ATR/SFE 61,2% des femmes ont fait la CPN et parmi ces femmes 56,8% ont été suivies par les ATR/SFE,

- dans les villages avec ATR il y a 41,1% des femmes qui ont été vues en CPN mais seulement 8,7% de ces femmes ont été suivies par les ATR/SFE,

- et 22,2% des femmes des villages non encadrés ont été suivies en CPN dans les FS ou les CS . Aucune d'elles n'a été suivie par une ATR/SFE.

# **CHAPITRE VI**

**COMMENTAIRES - DISCUSSIONS**

## COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Peu d'enquêtes au Mali ont porté sur les AT en vue d'évaluer leur performance après le recyclage. Dans notre étude il s'est révélé:

- que le recyclage a entraîné une nette amélioration de la connaissance des accoucheuses traditionnelles recyclées dans le domaine de la SFE, de l'accouchement, des soins à la mère et au nouveau-né et dans la prise en charge des enfants atteints de diarrhée. Ainsi elles prodiguent aux femmes des conseils pertinents relatifs à une bonne hygiène corporelle et à la consommation d'aliments de protection (fruit, légume, feuilles vertes, gombo), d'aliments énergétiques (mil, riz, fonio, arrachide, haricot, igname), d'aliments de construction (lait, viande, oeuf, poisson), faisant alors ressortir le côté néfaste des tabous relatifs à ces éléments. Ce côté néfaste avait été déjà souligné en 1976 par Hanguiné (21). L'intérêt de la vaccination des enfants et des femmes enceintes, la chimioprophylaxie anti-palustre et l'efficacité de l'eau salée sucrée pour les enfants atteints de diarrhée sont soulignées par les accoucheuses traditionnelles recyclées. Cependant le recyclage n'a pas permis de faire ressortir l'importance de la recherche de certains paramètres lors de la CPN. Ainsi les facteurs de risque sont souvent mal appréciés car perçus par simple interrogatoire et non par examen physique.

Il faut noter aussi que l'examen du périnée après l'accouchement pourtant recommandé pendant le recyclage n'est pas systématiquement fait par les accoucheuses recyclées.

- Quant à la pratique de l'accouchement, le recyclage a permis aux accoucheuses traditionnelles de déceler à temps les dystocies et de référer alors les parturientes vers les structures de prestations plus élaborées permettant ainsi d'éviter la survenue de certaines complications graves, souvent mortelles comme la rupture utérine, les chocs hémorragiques, les lésions vulvo-vaginales importantes et les fistules (vésico-vaginales, recto-vaginales, recto-vésico-vaginales). Ces fistules constituent un véritable drame tant sur le plan fonctionnel que sur le plan social.

dont l'importance a d'ailleurs été bien explicité dans les travaux de BARNAUD (5) et par KOITA (26).

Les soins aux nouveau-nés sont généralement bien exécutés par la grande majorité des accoucheuses recyclées.

Pour la conduite de la CPN par les AT/SFE, l'examen des femmes enceintes se fait pour la plupart de manière conforme aux supports didactiques mis à leur disposition. D'une manière qualitative, il est apparu que le recyclage de AT a entraîné une baisse significative de la mortalité des nouveaux-nés par le tétanos néonatal, ce qui a d'ailleurs été noté dans certains travaux (8, 1, 2, 19) L'intérêt du recyclage des accoucheuses traditionnelles a été perçu par la communauté, et les performances atteintes par les accoucheuses recyclées dans certains villages incitent les populations des villages non encadrés à solliciter de façon expresse le recyclage de leurs accoucheuses.

# **CHAPITRE VII**

## **CONCLUSION - RECOMMANDATIONS**

## CONCLUSION - RECOMMANDATIONS

Cette étude menée de Août à Décembre 1993 sur l'ensemble du cercle de Niono a permis d'aboutir aux conclusions suivantes:

- 51,9% des accoucheuses traditionnelles recyclées perçoivent correctement les intérêts de la surveillance des femmes enceintes.
- 62,5% des accoucheuses traditionnelles recyclées faisant la surveillance des femmes enceintes (ATR/SFE) connaissent au moins 4 éléments sur 7 de la surveillance des femmes enceintes, alors que 81% des accoucheuses traditionnelles recyclées (ATR) n'en savent au plus que 3.
- 68,7% des ATR/SFE et 40,5% des ATR savent au plus 5 indications sur 11 de la référence d'une femme enceinte dans un centre plus perfectionné.
- 56,4% des ATR/SFE et 62,1% des ATR savent au moins 3 indications sur 6 de la référence d'une parturiente dans un centre de santé.
- En cas de complication dans le post-partum immédiat, 79,2% des AR réfèrent la femme dans un centre plus perfectionné.
- 89,2% des accoucheuses recyclées (AR) prennent correctement soins du cordon ombilical.
- 64,2% des AR font la prévention de la déshydratation des enfants par l'eau salée sucrée en cas de diarrhée grave.
- La presque totalité (91%) des accoucheuses recyclées font la prévention de la malnutrition par des conseils hygiéno-diététiques pratiqués aux mères.

Le taux de CPN est de 61,2% dans les villages avec accoucheuses traditionnelles recyclées faisant la surveillance des femmes enceintes (ATR/SFE) et de 41,1% dans les villages avec accoucheuses traditionnelles recyclées (ATR), et seulement 21% dans les villages avec accoucheuses traditionnelles (AT).

Face à cette situation, les recommandations suivantes nous paraissent opportunes:

Accoucher le plus possible sous l'assistance d'une accoucheuse recyclée ou d'un agent qualifié, et dans un centre équipé pour les grandes multipares, afin d'éviter les complications liées à cet état.

### **5- Pour les autorités politiques et administratives:**

La réussite de tout programme de santé dépend de l'intérêt que les autorités leur accordent; ainsi il leur est demandé :

- D'appuyer les différentes structures impliquées dans les activités SMI au village en mettant à leur disposition un personnel compétent et des moyens logistiques adéquats.
- D'encourager l'implantation des centres de santé communautaire dans les secteurs de base qui le sollicitent.
- Alphabétiser les jeunes accoucheuses pour qu'elles puissent remplir elles mêmes de façon correcte la fiche prénatale.

La conjonction de tous ces efforts permettra à moyen terme de réduire les risques de morbidité et de mortalité liés à la grossesse et à l'accouchement pour les populations cibles que constituent la mère et l'enfant.

# **BIBLIOGRAPHIE**

### **1- Pour le projet "Appui SSP, Mali - Pays-Bas :**

- Organiser des campagnes d'information, de sensibilisation et d'éducation des groupes de population (vieux, jeunes et surtout les femmes en âge de procréer), les décideurs politiques, les leaders d'opinions (Imam, tradipraticien, accoucheuses traditionnelles (AT), chef de village) sur les intérêts de la SFE et le rôle de l'AR au village.
- Insister sur les éléments de la référence (lors de la CPN et lors de l'accouchement) pendant les recyclages.
- Adapter les signes élémentaires à rechercher en cas de malnutrition et de diarrhée grave au niveau de connaissance réel des AT.
- Etablir un suivi régulier des accoucheuses recyclées et assurer leur formation continue lors des supervisions.
- Assurer le ravitaillement correct en fiche prénatale (FP) des village avec ATR/SFE.
- Etendre la surveillance des femmes enceintes (SFE) dans les autres villages encadrés et recycler les AT dans les villages non encore encadrés.

### **2- Pour le personnel socio-sanitaire:**

- assurer la prise en charge correcte des femmes référées,
- améliorer la tenue des cahiers de naissance/décès,
- constituer des équipes mobiles de CPN pour les zones reculées et d'accès difficile.

### **3- Pour les accoucheuses recyclées:**

Insister au près d'elles pour faire ressortir l'importance du suivi correct des activités SMI aussi bien pour les femmes enceintes que pour les femmes allaitantes. l'intérêt de l'enveloppement frais de l'enfant en cas de fièvre et les dangers de certaines pratiques: percer la poche des eaux, faire l'extraction manuelle du placenta, faire une pression extérieure sur le fond utérin.

### **4- Pour les femmes en âge de procréer:**

## **BIBLIOGRAPHIE:**

### **1- AMPOFO, D. A.:**

Rôle de l'obstétrique traditionnelle dans les soins de santé maternels et infantiles, groupe d'étude sur la formation et la supervision des accoucheuses traditionnelles, Brazzaville, 9 -12 Décembre 1975.

OMS / Brazzaville, 1975.

### **2- AMPOFO, D. A.; ACOLATSE, P. A.**

L'art et la science de l'accoucheuse traditionnelle au Ghana. Son rôle possible en obstétrique; groupe sur la formation et la supervision des accoucheuses traditionnelles.

OMS / Brazzaville, 1975.

### **3- BAGAYOGO, A.**

Etude de la mortalité infantile dans le cercle de Kolondièba.

Thèse médecine. Mali, 1991, 50p. n° 21

### **4- BAMEMAN, R. H.; BURTON, J.; CHEN WEN-CHIEH:**

Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé.

OMS. Genève. 1983, 335p.

### **5- BARNAUD, P.**

Fistules vésico-vaginales africaines.

Méd. Trop., Juillet-Août, 1980, .

### **6- BERTHE, S.**

Contribution à l'étude des grossesses à haut risque à Bamako (approche épidémiologique).

Thèse médecine, Mali, 1984, n° 12

**7- CHABO, G. STREEFLAND, P.**

Les soins de santé primaires: expérience depuis Alma-ATA.  
KIT, AMSTERDAM, 1990.

**8- COLLECTION PDS-PAHOU:**

La participation communautaire et soins de santé primaires: le cas de Gakpé- Bénin.  
KIT, AMSTERDAM, 1993.

**9- COULIBALY, (Papa Mokote):**

Contribution à l'étude de la mortalité périnatale au Mali.  
Thèse Médecine , Mali, 1986, n° 6

**10- COULIBALY (Patrice)**

Contribution à l'étude socio-épidémiologique du planning familial dans le cercle de  
Douentza.  
Thèse Médecine, Mali; 1992 n° 25.

**11- DAKOUA (Gérard)**

Contribution à l'étude de la mortalité maternelle liée à la grossesse et à  
l'accouchement (bilan des 10 ans d'observation 1980-1989).  
Thèse Médecine, Mali, 1990. 93p. n° 15.

**12- DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE / DIVISION  
DE L'EPIDEMIOLOGIE:**

Annuaire statistique des services de santé. juillet 1992.

**13- DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE : CROCEPS  
1993.**

**14- DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES  
AFFAIRES SOCIALES : CROCEPS 1993**

**15- DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE / AFFAIRES  
SOCIALES :**

Rapport d'évaluation interne , Projet SSP Ségou , cercle de Niono,  
Juillet - octobre 1988.

**16- DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE / AFFAIRES  
SOCIALES :**

Santé de la mère et de l'enfant, manuel de formation des accoucheuses  
villageoises, Livret n°3 Novembre 1987.

**17- DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE /  
AFFAIRES SOCIALES:**

Santé de la mère et de l'enfant . manuel de formation des accoucheuses  
villageoises Livret n°4, Novembre 1987.

**18- DJILLA , A. :**

Contribution à l'étude de la mortalité maternelle au cours de la gravido-  
puerperalité à l'Hôpital Gabriel Touré sur 10 ans ( 1979-1988)  
Thèse de Médecine. Mali . 1992; 62p. n°28.

**19- Etat d'avancement de la survie de l'enfant en Afrique. Le forum de  
Dakar, Sénégal; 29 Mars- 2 Avril 1993**

**20- GOÏTA ,O. :**

Approche épidémiologique de la mortalité maternelle liée à la grossesse et à  
l'accouchement dans le cercle de Douenza (Mocti )  
Thèse de Médecine. Mali 1992; 62p.

**21- HANGUINE, M. S.**

Formation et utilisation des accoucheuses traditionnelles au Mali.

Thèse de Médecine, Mali 1976, n°3.

**22- JAILLY, B.**

Etude sur le fonctionnement des systèmes de santé au Mali,

INRSP, Bamako 1989; 186p.

**23- JESSEN, J.A.**

Etude des accoucheuses Traditionnelles senoufo dans le système de santé du Mali.

Thèse d'Anthropologie, Université d'Aix-Marseille 1 en provence. Janvier 1992.

**24- KANE, B.**

Contribution à l'étude des grossesses à risque élevé en zone rurale ( Arrondissement de Sanankoroba ).

Thèse de Médecine. Mali 1986. n°23.

**25- KASSAMBARA, M. :**

Evaluation d'un centre de santé maternelle et infantile en milieu urbain ( district de Bamako ) .

Thèse de Médecine, Mali 1989. n°15 .

**26- KOITA, A. K.**

Quelques aspects des fistules vesico-vaginales observées a l'Hôpital du Point G à Bamako.

Thèse de Médecine. Mali 1984. n°20.

**27- KONATE, L.**

L' Agent de santé villageois dans le système de soins de santé primaires: Moyen ou Pis-Aller ? L'Expérience du centre de santé du cercle de San au Mali.

Institut de Médecine tropicale Prince Léopold Nationale straat 155; 2000 Antwerpen/ Belgique 1986-1987.

**28- MERGER, R., LEVY, J., MELCHIOR, J.**

Précis d'obstétrique

Masson, Paris 1979; 755p.

**29- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES**

Programme national de santé maternelle et infantile, plan quinquenal 1988-1992, Bamako 1985, 26p.

**30- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES**

Plan d'action nationale pour la survie et le développement de l'enfant .

Octobre 1992

**31- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES**

Bulletin de suivie des indicateurs de survie des enfants et des femmes .

Novembre 1992.

**32- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES****DIVISION SANTE FAMILIALE ET COMMUNAUTAIRE**

Rapport d'analyse des données statistiques de SMI/PF 1992.

**33- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES /****DIRECTION NATIONALE DE LA PLANIFICATION ET DE FORMATION****SANITAIRE ET SOCIALE**

Programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques : Bamako 1985 : 26p.

**34- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES  
/DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES  
SOCIALES:**

Projet "Appui SSP, Mali- Pays Bas" région de Ségou ; phase II ( 1988-1990 )

**35- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES  
/DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES  
SOCIALES:**

Projet " Appui SSP, Mali-Pays Bas " région de Ségou ; phase III ( 1991-1994 ).

**36- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE :**

Les Accoucheuses Traditionnelles ;  
publication offset n°44, 1979 . Genève.

**37- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE :**

Les soins de santé primaires  
( serie " santé pour tous " n°1); Genève 1978.

**38 - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE :**

Integration des services de santé maternelle et infantile dans les soins de santé  
primaires 1989.

**39 -ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE :**

Hôpitaux et sante pour tous ;Genève 1987.

**40- SAWADOGO ,R.:**

Analyse des prestations de service de santé maternelle et infantile de la ville de  
Niono. Thèse de Médecine .Mali 1991 : 85p. n°25.

**41-SEMINAIRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE**

Réduire la mortalité maternelle et infantile dans les pays en voie de développement

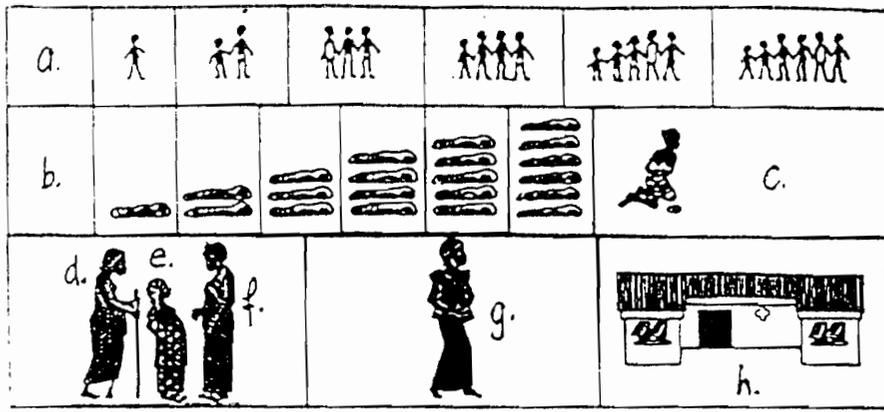
.Pour un programme d'action.

Paris,3-7 Octobre 1988 .

**42-SISSOKO,M.**

Approche épidémiologique de la mortalité maternelle et infantile liée à la gravido-puerpéralité à Bamako 1975-1979.

Thèse de Médecine , Mali 1980, n°190 .



②

	a.	b.	c.	d.
Examen				
Date	0 +	0 +	0 +	

⑥

0 = Pas d'anémie, pas d'œdème, pas de mouvements foetaux.  
 - = Il existe une anémie, il y a des œdèmes, les mouvements foetaux sont perdus.



FICHE DE SURVEILLANCE PRENATALE

①

Nom de la femme: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
 Nom du mari: \_\_\_\_\_  
 Nom du village: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
 Arrondissement: \_\_\_\_\_

HISTOIRE

②

a.									
b.									
d.									
e.									
g.		g.		g.		g.		g.	
h.		h.		h.		h.		h.	

③

B.W.	Gr. S.	Rh	Taille
Mort-né	Césarienne		D.D.R.

VS	a.	b.	c.	d.	e.	OPERATION
TE						

④

⑤



## **ANNEXE I:**

### **LISTE DES VILLAGES AVEC AT:**

- 1- Diadjan
- 2- Fabadiakiwère
- 3- Fabaniantiéla
- 4- Famabougou
- 5- Kogony K6
- 6- Konokassi
- 7- Korondobougou
- 8- Makarela
- 9- Nara
- 10- ND 14
- 11- Njikorobougou
- 12- N'tominikoro Tiongoni
- 13- Rattenga
- 14- Sirakoro Tiongoni
- 15- Tango
- 16- Tiongoba

### **LISTE DES VILLAGES AVEC ATR:**

- 1- Ballabougou
- 2- Kalangola
- 3- Kérouani
- 4- Kinzambougou
- 5- Kolodougou Coura
- 6- Koyan Ngolobala
- 7- Manialé
- 8- Médina coura B3
- 9- MédineUP 5
- 10- Molodo Bamana
- 11- Nadani
- 12- Sangarela ND 2
- 13- Siby
- 14- Singo Rangabé
- 15- Tiemendeli Coura B5
- 16- Tigabougou ND 5

## **LISTE DES VILLAGES AVEC ATR/SFE:**

- 1- Cocody
- 2- Diabaly Coura
- 3- Djeddah
- 4- Kourouma Coura
- 5- Laminibougou
- 6- Markala Coura
- 7- Moussabougou
- 8- Médina Coura
- 9- Missira
- 10- Molodo 2
- 11- Nemabougou
- 12- Niafassi Marka
- 13- Niono Coroni
- 14- Siribala Coro
- 15- Socourani
- 16- Touba

## ANNEXE II

### QUESTIONNAIRE: AT/ATR/ATR/SFE

#### 1- Pourquoi faut-il surveiller les femmes ?

A= Pour savoir l'évolution de la grossesse ce qui permet d'éviter les problèmes qui pourront survenir pendant la grossesse ou l'accouchement.

B= Pour maintenir la santé de la femme enceinte.

#### 2- Que faut-il surveiller pendant la grossesse ?

A= L'anémie (pâleur des conjonctives)

B= Oedème

C= Les mouvements foetaux

D= La hauteur utérine

E= Les maladies (céphalée, vertige, douleur abdominale vive)

F= Les hémorragies

G= La nutrition de la femme enceinte

#### 3- Dans quel cas faut-il référer une femme en grossesse ?

A= La femme a eu plus de 6 grossesses.

B= La femme a eu plus de 2 avortements.

C= La femme a moins de 1 m 50.

D= La femme est boîteuse .

E= La femme a moins de 15 ans.

F= La femme a déjà accouché à l'hôpital.

G= La femme est très pâle et très fatiguée.

H= La femme a des oedèmes.

I= La femme ne sent plus les mouvements foetaux.

J= Son ventre ne grandit plus.

K= Hémorragie pendant la grossesse.

L= La femme a un bassin étroit.

#### 4- Dans quel cas faut-il référer une parturiente ?

A= Elle saigne pendant l'accouchement.

B= Elle a un travail de plus de 24 heures sans progrès.

C= L'enfant se présente par le bras ou par le cordon.

D= L'enfant se présente par le siège.

E= Le placenta ne sort pas ou est incomplet.

F= Le périnée est déchiré

#### 5- Dans quelle phase de l'accouchement on vous a appelée la dernière fois ?

Est ce que vous êtes allée immédiatement après l'appel ?

Si non pourquoi ?

**6- Comment savez-vous que le travail d'accouchement a commencé ?**

A= Il y a des douleurs régulières, depuis plus d'une heure.

B= Les douleurs deviennent de plus en plus fréquentes et augmentent en intensité.

C= Bouchon muqueux.

D= Les douleurs ouvrent le col.

E= Rupture de la poche des eaux.

**7- Quel sont vos gestes depuis le début de l'accouchement jusqu'à la fin ?**

A= Laver les mains.

B= Stériliser une lame neuve.

C= Tremper le fil dans l'alcool.

D= Recevoir l'enfant.

E= Attacher le cordon.

F= Couper le cordon.

G= Baigner l'enfant.

H= Désinfecter le cordon et faire le pansement ombilical.

I= Vérifier si le placenta est décollée en appuyant légèrement sur le ventre.

J= Vérifier le placenta.

K= Régarder le périnée.

Jusqu'à quand restez-vous ?

L= Jusqu'à ce que la femme et son enfant se portent bien.

**8- Est ce que vous faite souvent le toucher vaginal ?**

Pourquoi ? Comment ?

**9- Est que vous percez souvent la poche des eaux ?**

Pourquoi ? Comment ?

**10- Comment faut-il couper et soigner le cordon ombilical et pourquoi ?**

A= Désinfecter le cordon puis le couper avec une lame neuve désinfectée .

B= Après avoir laver l'enfant l'accoucheuse désinfecte de nouveau le cordon avec un antiseptique (alcool) et fait un pansement propre.

C= Chaque jour jusqu'à la tombée du cordon , elle vient baigner l'enfant et faire le soins du cordon.

D= De cette manière les microbes, qui vivent dans la terre et dans la poussière ne peuvent pas entrer.

**11- Est-ce que vous faites souvent des manoeuvres pour faire sortir l'enfant?**

Pourquoi? Comment?

**12- Est-ce que vous faites souvent des manoeuvres pour sortir rapidement le placenta?**

Pourquoi? Comment?

**13- Est-ce que vous faites souvent l'extraction manuelle du placenta?**

Dans quel cas? Comment?

**14- Qu'est-ce que vous faites si le placenta ne sort pas ?**

A=Réferer.

**15- Qu'est-ce que vous faites si le placenta est incomplet?**

A=Réferer.

**16- Qu'est-ce que vous faites si le périnée est déchiré?**

A= Réferer.

**17- Surveillez-vous la femme et l'enfant après l'accouchement ?**

Jusqu'à quand ?

**18- Que faites-vous les jours après l'accouchement ?**

A= Baigner l'enfant et faire le pansement ombilical tous les jours jusqu'à la tombée du cordon.

B= Régarder si la femme se porte bien.

C= Régarder si l'enfant se porte bien.

**19- Donner vous des conseils sur la nutrition de l'enfant à la femme ?**

**20- Comment se présente la malnutrition chez l'enfant ?**

A= L'enfant ne grossit plus .

B= Il mange mal .

C= Il a la diarrhée.

D= Il vomit.

E= Il a un gros ventre.

F= Sa peau est fragile .

G= Ses cheveux se décolorent et se cassent.

H= Il est triste .

**21- Indentifiez-vous les enfants mal nourris ?**

Si oui, qu'est- ce que vous faites ?

**22- Comment se présente la diarrhée grave chez l'enfant ?**

A= Il a des selles très fréquentes et liquides .

B= Plis cutanés au pincer.

C= Ses yeux sont enfoncés.

D= Sa langue est sèche.

E= Il a très soif.

F= Il fait moins d'urine.

G= Sa fontanelle est enfoncée.

**23- Indentifiez-vous les enfants qui ont la diarrhée.**

Si oui, qu'est-ce que vous faites ?

A= Donner de 'eau salé sucrée en petite quantité .

B= Continuer l'allaitement maternel.

C= Quand la diarrhée est très grave. il faut alors référer l'enfant dans un dispensaire .

**24- Indentifiez-vous la fièvre de l'enfant ?**

Si oui qu'est-ce que vous faites ?

**25- Utilisez-vous des herbes ou des racines ?**

Lesquelles ? Dans quelle situation ?

**26- Savez-vous faire l'excision ?**

**27- Défendez-vous l'idée de l'excision ?**

**28- Faites-vous des causeries ?**

Si oui combien depuis le dernier hivernage ? (1 an).

Quels sujets ont été abordés ?

**29- Faites-vous des visites à domicile pour les accouchées ?**

Dans quels cas ?

**30- Combien d'accouchements avez-vous assisté depuis le dernier hivernage ? (1 an).**

**31- Combien de références avez-vous fait depuis 3 mois ?**

Si elle n'est pas une ATR/SFE, on pose la question:

**32- Etes-vous intéressées à suivre une formation de SFE ?**

Si elle est une ATR/SFE, on continue avec le questionnaire pour les ATR/SFE.

**QUESTIONNAIRE:     ATR/SFE:**

**1- Qu'est -ce que les dessins sur la fiche veulent dire ?(on contrôle tous les dessins).**

**2- Est-ce que vous pouvez nous expliquer la situation d'une femme à partir de sa fiche prénatale remplie comme ci- dessous?**

A= La femme a déjà accouché dans un centre équipé.

B= Prescription de comprimés de fer.

C= Prescription de comprimés de chloroquine.

D= Absence des mouvements foetaux.

E= La femme a eu deux avortements dans son histoire.

**3- Combien de femmes enceintes avez-vous suivi depuis le dernier hivernage ? (1 an).**

**4- A quel âge de la grossesse les femmes viennent en consultation prénatale ?**

**5- Combien de séances de consultation prénatale faites-vous par femme avant l'accouchement?**

## **ANNEXE III**

### **QUESTIONNAIRE: FEMMES EN GROSSESSE**

**1-Avez-vous fait la consultation prénatale ?**

Si oui, où ? chez:

A= AT

B= ATR

C= ATR/SFE

D= FSP

E= Centre de santé.

**2- Avez-vous une fiche prénale ?**

**3- Pouvez-vous nous la montrer ?**

**4- Est-ce qu'on vous a donné des renseignements sur votre grossesse ?**

**5- Avez-vous été vaccinée ?**

Si oui, combien de fois ?

Si non, pourquoi ?

**6- Est-ce qu'on vous a prescrit de la chloroquine ?**

Si oui, combien de comprimé prenez-vous par semaine .

**8- Est-ce qu'on vous a prescrit du fer ?**

Si oui, combien de comprimés prenez-vous par jour ?

**9- Est-ce que vous avez été référée ?**

**10- Est-ce que le travail des accoucheuses recyclées vous donne satisfaction ?**

## **ANNEXE IV:**

### **QUESTIONNAIRE: FEMMES ALAITANTES**

**1- Quelle a été l'issue du dernier accouchement ?**

A= Enfant vivant.

B= Mort né.

C= Enfant décédé avant le baptême (avant le 7ème jour).

Si décédé, **2- Quelle a été la cause ?**

**3- Qui a assisté votre dernier accouchement ?**

A= AT

B= ATR

C= ATR/SFE

D= Formation sanitaire

E= Centre de santé

**4-Avez-vous fait la consultation prénatale ?**

Si oui, avec qui ?

A= AT

B= ATR

C= ATR/SFE

D= SF

E= Centre de santé.

**5- Avez-vous une fiche prénale ?**

**6- Pouvez-vous nous la montrer ?**

**7- Est-ce qu'on vous a donné des renseignements sur votre grossesse ?**

**8- Est-ce vous et votre enfant ont été vaccinés ?**

Si oui, combien de fois ?

Si non, pourquoi ?

**9- Est-ce qu'on vous a prescrit de la chloroquine ?**

Si oui, combien de comprimés prenez-vous par semaine .

**10- Est-ce qu'on vous a prescrit du fer ?**

Si oui, combien de comprimés prenez-vous par jour ?

**11- Est-ce que vous avez été référée ?**

**12- Est-ce que le travail des accoucheuses recyclées vous donne satisfaction ?**

## **ANNEXE V:**

### **QUESTIONNAIRE:     HYGIENISTE SECOURISTE**

- 1- Combien d'enfants sont nés depuis le dernier hivernage ? (1 an).**
- 2- Combien de ces enfants sont décédés avant le baptême ? (avant le 7 ème jour).**
- 3- Chez quel agent ces enfants étaient nés?**
  - Chez l'ATR
  - Chez l'AT
  - Chez autres
- 4- Quelles sont les causes les plus fréquentes de décès des enfants ?**
  - A= La diarrhée
  - B= La fièvre
  - C= Le tetanos néonatal
  - D= La malnutrition.
  - E= La rougeole
- 5- Quant avez-vous été superviser pour la dernière fois ?**

# ANNEXE VI

## INTERPRETATION DE LA FICHE PRENATALE:

### 2- HISTOIRE:

- A= Enfant vivant
- B= Enfant décédé.
- C= Nombre d'avortement.
- D= Femme boiteuse .
- E= Femme de taille inférieure à 1m50
- F= ATR/SFE (matrone, infirmière, sage femme).
- G= Jeune femme (âge < 15 ans).
- H= Femme qui a déjà accouché à l'hôpital après une référence?

### 4-SOINS:

- A= Conseil nutritionnel.
- B= Prescription de fer.
- C= Prescription de chloroquine.
- D= Vaccination.
- E= Référence.

### 6- EXAMEN PHYSIQUE:

- A= Anémie (pâleur des conjonctives).
- B= Oedème.
- C= Mouvements foetaux.
- D= Hauteur utérine.

**Nom:** SY

**Prenom:** CHEICK MOHAMED MANSOUR

**Titre de la Thèse:**

Etude de l'impact du recyclage sur les prestations des accoucheuses traditionnelles dans le cercle de Niono.

**Année:** 1994-1995.

**Ville de soutenance:** Bamako

**Pays d'origine:** Mali

**Lieu de dépôt:** Bibliothèque de l'école nationale de médecine et pharmacie du Mali.

**Secteur d'intérêt:** Santé publique.

**Resumé:**

Pour cette étude de l'impact du recyclage sur les prestations des accoucheuses traditionnelles dans le cercle de Niono, on a procédé en une enquête CAP et une observation indirecte des femmes enceintes et allaitantes et des hygiénistes secouristes. L'étude a intéressé 97 accoucheuses traditionnelles dont, 28 accoucheuses traditionnelles(AT), 37 accoucheuses traditionnelles recyclées (ATR), 32 accoucheuses traditionnelles recyclées faisant la surveillance des femmes enceintes(ATR/SFE). Elle a également intéressé, 122 femmes enceintes, 136 femmes allaitantes et 32 hygiénistes secouristes. L'étude a permis de constater un impact positif du recyclage sur les prestations de ces agents de santé villageois.

**Mots clés:**

- Accoucheuse traditionnelle
- Cercle de Niono
- Fiche prénatale
- Prestation
- Recyclage
- Soins de santé primaires

## 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 pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale 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 reçue 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.*