

**Ministère de l'éducation Nationale**

\*\*\*\*\*

**Université de Bamako**

-----

Faculté de Médecine, de Pharmacie  
Et d'Odontostomatologie

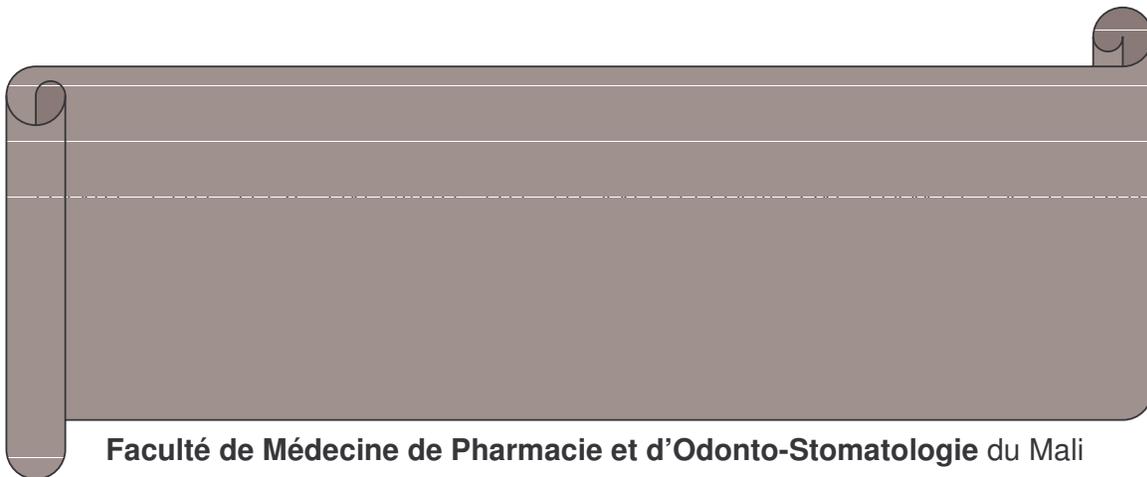
Année 2004 – 2005

**République du Mali**

*Un peuple – Un but – une foi*

Thèse N° .../....

**TITRE :**



**Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali**

Le Mardi **05 Juillet 2005**

par **Mr. Aboubacar Sidiky GUINDO**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'état)

**Jury**

**Président** : Pr. Aly GUINDO

**Membres** : Dr. Madina BA SANGARE

:Dr. Modibo SOUMARE

**Co-Directeur** : Dr. Daouda MALLE

**Directeur de thèse** : Pr. Abdel Kader TRAORE

**Ministère de l'éducation Nationale**

\*\*\*\*\*

**Université de Bamako**

**République du Mali**

*Un peuple – Un but – une foi*

-----  
Faculté de Médecine, de Pharmacie  
Et d'Odontostomatologie

Année 2004 – 2005

Thèse N° .../....

## **TITRE :**

EVALUATION DE  
LA QUALITE DES SERVICES  
DANS LES SIX UNITES DE PLANIFICATION FAMILIALE DES  
CSREF DU DISTRICT DE BAMAKO.

Thèse présentée et soutenue publiquement devant la  
**Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie** du Mali  
Le **05 Juillet 2005**

par **Mr. Aboubacar Sidiky GUINDO**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'état)

### **Jury**

**Président** : Pr. Aly GUINDO

**Membres** : Dr. Modibo SOUMARE

: Dr. Madina BA SANGARE

**Co-Directeur** : Dr. Daouda MALLE

**Directeur de thèse** : Pr. Abdel Kader TRAORE

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOS-STOMATOLOGIE  
ANNEE UNIVERSITAIRE 2004 - 2005

### **ADMINISTRATION**

DOYEN : **MOUSSA TRAORE** – PROFESSEUR

1<sup>er</sup> ASSESSEUR : **MASSA SANOGO** – MAITRE DE CONFERENCES

2<sup>e</sup> ASSESSEUR : **GANGALY DIALLO** – MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL : **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

AGENT COMPTABLE : **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL** – CONTROLEUR DES FINANCES

### **LES PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr. Alou BA	Ophtalmologie
Mr. Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr. Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr. Yaya FOFANA	Hématologie
Mr. Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr. Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr. Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr. Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr. Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr. Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr. Aly GUINDO	Gastro-entérologie

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

### **D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

#### **1. PROFESSEURS**

Mr. Abdel Karim COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr. Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr. Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie <b>Chef de D.E.R</b>
Mr. Khalilou OUATTARA	Urologie
Mr. Amadou DOLO	Gynécologie Obstétrique
Mr. Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L

#### **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

Mr. Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr. Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr. Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
Mr. Gangaly DIALLO	Chirurgie viscérale

#### **3. MAITRES DE CONFERENCES**

Mme SY Aïda SOW	Gynéco Obstétrique
Mr. Salif DIAKITE	Gynéco Obstétrique

#### **4. MAITRES ASSISTANTS**

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco Obstétrique
Mr. Sadio YENA	Chirurgie Générale et Thoracique

Mr. Issa DIARRA  
Mr. Youssouf COULIBALY  
Mr. Samba Karim TIMBO  
Mme TOGOLA Fanta KONIPO

Gynéco Obstétrique  
Anesthésie Réanimation  
ORL  
ORL

## 5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mme Djénéba DOUMBIA  
Mr. Mamadou L. DIOMBANA  
Mr. Sékou SIDIBE  
Mr. Abdoulaye DIALLO  
Mr. Tiéman COULIBALY  
Mme TRAORE J. THOMAS  
Mr. Nouhoum ONGOIBA  
Mr. Zanafon OUATTARA  
Mr. Zimogo Zié SANOGO  
Mr. Adama SANGARE  
Mr. Sanoussi BAMANI  
Mr. Doulaye SACKO  
Mr. Ibrahim ALWATA  
Mr. Lamine TRAORE  
Mr. Mady MAKALOU  
Mr. Aly TEMBELY  
Mr. Niani MOUNKORO  
Mr. Tiémoko D. COULIBALY  
Mr. Souleymane TOGORA  
Mr. Mohamed KEITA

Anesthésie-Réanimation  
Stomatologie  
Orthopédie – Traumatologie  
Anesthésie Réanimation  
Orthopédie Traumatologie  
Ophtalmologie  
Anatomie & Chirurgie Générale  
Urologie  
Chirurgie Générale  
Orthopédie Traumatologie  
Ophtalmologie  
Ophtalmologie  
Orthopédie Traumatologie  
Ophtalmologie  
Orthopédie Traumatologie  
Urologie  
Gynéco Obstétrique  
Odontologie  
Odontologie  
ORL

## D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

### 1. PROFESSEURS

Mr. Daouda DIALLO  
Mr. Siné BAYO  
Mr. Amadou DIALLO  
Mr. Moussa HARAMA  
Mr. Ogobara DOUMBO

Chimie Générale et Minérale  
Anatomie-Pathologie-Histoembryologie  
Biologie  
Chimie Organique  
Parasitologie – Mycologie

### 2. MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGES

Mr. Yenimegué Albert DEMBELE  
Mr. Anatole TOUNKARA  
Mr. Amadou TOURE  
Mr. Flabou BOUGOUDOOGO

Chimie Organique  
Immunologie **Chef de D.E.R**  
Histoembryologie  
Bactériologie Virologie

### 3. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr. Bakary M. CISSE  
Mr. Abdourahmane S. MAÏGA  
Mr. Adama DIARRA

Biochimie  
Parasitologie  
Physiologie

Mr. Mamadou KONE  
Mr. Massa SANOGO

Physiologie  
Chimie Analytique

#### 4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr. Mahamadou CISSE  
Mr. Sékou F.M. TRAORE  
Mr. Abdoulaye DABO  
Mr. Abdourahamane TOUNKARA  
Mr. Ibrahim I. MAÏGA  
Mr. Moussa Issa DIARRA  
Mr. Amagana DOLO  
Mr. Kaourou DOUCOURE  
Mr. Bouréma KOURIBA  
Mr. Souleymane DIALLO  
Mr. Cheick Bougadari DIALLO  
Mr. Lassana DOUMBIA

Biologie  
Entomologie Médicale  
Malacologie Biologie Animale  
Biochimie  
Bactériologie Virologie  
Biophysique  
Parasitologie  
Biologie  
Immunologie  
Bactériologie Virologie  
Anatomie Pathologie  
Chimie Organique

#### 5. ASSISTANTS

Mr. Mounirou BABY  
Mr. Mahamadou A. THERA  
Mr. Mangara M. BAGAYOGO  
Mr. Guimogo DOLO  
Mr. Abdoulaye TOURE  
Mr. Djibril SANGARE  
Mr. Boubacar DIALLO  
Mr. Boubacar TRAORE  
Mr. Bocary Y. SACKO

Hématologie  
Parasitologie  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Biologie Parasitologie  
Immunologie  
Biochimie

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

#### 1. PROFESSEURS

Mr. Abdoulaye Ag RHALY  
Mr. Mamadou K. TOURE  
Mr. Mahamane MAIGA  
Mr. Baba KOUMARE  
Mr. Moussa TRAORE  
Mr. Issa TRAORE  
Mr. Mamadou M. KEITA  
Mr. Hamar A. TRAORE  
Mr. Dapa Aly DIALLO  
Mr. Moussa Y. MAIGA

Médecine Interne  
Cardiologie  
Néphrologie  
Psychiatrie **Chef de D.E.R**  
Neurologie  
Radiologie  
Pédiatrie  
Médecine Interne  
Hématologie  
Gastro-entérologie Hépatologie

#### 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr. Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr. Bah KEITA	Pneumo-phtisiologie
Mr. Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr. Somita KEITA	Dermato – Léprologie
Mr. Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr. Siaka SIDIBE	Radiologie

### 3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr. Mamady KANE	Radiologie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam Sylla	Pédiatrie
Mr. Adama D. KEITA	Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie

### 4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUES

Mr. Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr. Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr. Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr. Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr. Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr. Mahamadou B. SIDIBE	Pédiatrie
Mr. Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr. Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr. Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr. Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr. Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr. Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr. Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr. Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr. Daouda K. MINTA	Maladies infectieuses
Mr. Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses

### 5. ASSISTANT

Mr. Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
-------------------------	------------

## D.E.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

### 1. PROFESSEURS

Mr. Boubacar Sidiky CISSE	Toxicologie
Mr. Gaoussou KONATE	Chimie Analytique <b>Chef de D.E.R</b>

### 2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr. Ousmane DOUMBIA

Pharmacie chimique

### 3. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr. Boulkassoum HAIDARA

Législation

Mr. Elimane MARIKO

Pharmacologie

### 4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr. Benoît KOUMARE

Chimie analytique

Mr. Drissa DIALLO

Matières médicales

Mr. Alou KEÏTA

Galénique

Mr. Ababacar I. MAÏGA

Toxicologie

Mr. Yaya KANE

Galénique

### 5. ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO

Pharmacognosie

Mr. Saïbou MAÏGA

Législation

Mr. Ousmane KOITA

Parasitologie Moléculaire

## D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

### 1. PROFESSEUR

Mr. Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique **Chef de D.E.R**

### 2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGES

Mr. Moussa A. MAIGA

Santé Publique

### 3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr. Sanoussi KONATE

Santé Publique

### 4. MAITRES ASSISTANTS

Mr. Bocar G. TOURE

Santé Publique

Mr. Adama DIAWARA

Santé Publique

Mr. Hamadoun SANGHO

Santé Publique

Mr. Massambou SACKO

Santé Publique

Mr. Alassane A. DICKO

Santé Publique

### 5. ASSISTANTS

Mr. Samba DIOP

Anthropologie Médicale

Mr. Seydou DOUMBIA

Epidémiologie

Mr. Oumar THIERO

Biostatistique

## CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr. Ngolo DIARRA	Botanique
Mr. Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr. Salikou SANOGO	Physique
Mr. Boubacar KANTE	Galénique
Mr. Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr. Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata Sokona	Hygiène du milieu
Mr. Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr. Yaya COULIBALY	Législation

### **ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Eric PICHARD	Pathologie Infectieuse
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie

# DEDICACES

# **Je voudrais dédier cette thèse**

**A ALLAH,**

**Le Tout Puissant miséricordieux,**

Toi qui nous assiste de la naissance au jour dernier. Toi par la grâce de qui ce travail a pu être réalisé. Merci de m'avoir donné la force et le courage d'arriver jusqu'ici et pour tout ce qui est à venir, car « *seul Toi sait et fait* », nous ne sommes que les exécutants de Ta volonté.

Mon père **Amandigue Abdina GUINDO,**

Mes premiers pas à l'école, c'est toi qui les guida. Par ta bravoure et ton courage, tu nous as permis mes frères et moi d'acquérir le goût du travail bien fait. Père exemplaire, tu as fait de moi ce que je suis et suis fier de l'être. Je ne saurais te remercier pour tout ce que tu m'auras apporté. Merci également d'avoir eu confiance en moi et de me l'avoir toujours témoigné. Saches que l'honneur de ce travail te revient.

Je n'oublierai jamais le fait que « *Tout ce que tu fais, fais le bien autrement tu ne le fais pas !* ».

Puisses-tu trouver dans ce travail toute la satisfaction attendue.

A ma mère **Mme GUINDO Bintou Sanogo**

Source de ma vie, pionnière de mon éducation, femme de cœur, femme forte, je suis fier d'être issu de toi. Ce travail est le fruit de tous les efforts et sacrifices que tu as consenti. Puisse ce jour être pour toi non seulement une occasion de réjouissance, de fierté mais aussi le témoignage de toute mon affection et de mon attachement profond.

Merci Mère ! Que Dieu te garde longtemps auprès de nous afin que tu puisses jouir des fruits murs qui germeront des graines que tu as semé et n'a cessé d'entretenir pendant plus d'un quart de siècle.

Que l'avenir soit pour toi soulagement et satisfaction, Amen !

A tous les membres de la **Jeune Chambre Internationale**. En continuant à faire rayonner notre credo autour de nous et dans tous nos actes, je ne doute un seul instant que nous atteindrons notre objectif qui est une paix mondiale, globale et durable.

# REMERCIEMENTS

A ma Grand-mère **Mme SANOGO Astan Sidibé**, avec toi le mot

sagesse prend tout son sens. Que Dieu te garde longtemps parmi nous.

A ma grande sœur **Djénéba**, mes cadettes **Aminata**, **Aïcha** et mes petits frères **Moussa**, **Moulaye** et **Mohamed**. En tant qu'aîné, j'espère vous avoir montré le chemin, merci pour le soutien et le respect que vous me témoignez sans cesse.

A mes oncles **Boubou** et **Tahirou SANOGO**. Merci de m'avoir accueilli lors de mon retour et permis mon épanouissement. Je vous suis reconnaissant pour tout le soutien matériel et moral que vous m'avez toujours accordé.

A ma tante **feue Sanata SANOGO**, j'aurais tant voulu que tu sois des nôtres en ce jour. J'espère que de là haut tu apprécieras cette œuvre pour laquelle tu as indirectement contribué.

A mes frères **Joël ADEBA** et **Batoma MALLE**, véritables compagnons de galère, j'espère que nous profiterons ensemble des jours meilleurs qui sont à venir. « *The dream will come true* ». Merci mes chers, de m'avoir supporté et été les grands frères que je n'ai jamais eus.

A tous mes **Professeurs** du Lycée, du collège, de la Fac et aux **Formateurs** qui m'ont permis d'apprendre d'eux, le savoir pour les premiers et le savoir-faire pour les seconds. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A la famille **BALLO**, merci pour tout votre accompagnement durant ces années.

Mes tantes **Kadiatou N'DIAYE**, **Kadiatou KEÏTA**, **Binta KONATE**,

**Hassanatou et Fanta SANOGO**, soyez remerciées pour tout.

A toute la famille **SANOGO** ; je vous dois mon intégration parfaite depuis mon retour au pays. Merci beaucoup.

A mes amis d'enfance **MANDAH Franck** et **N'DAW Ahmed**. De vous, j'aurai énormément appris. Merci d'avoir été là quand j'eus besoin de vous, et même si la distance nous sépare aujourd'hui, nous restons lié pour la vie.

Au **Dr. Fatimata SOW – la marraine !** Femme de cœur et de courage, tu m'auras inspiré bien des fois, encouragé et guidé dans bien des situations. Tu m'as ouvert des portes et pour ce, je te suis à jamais reconnaissant. God bless.

A **Mr. Bakary CAMARA**, véritable source d'inspiration, un modèle vivant pour moi, ton calme, ta sérénité, ta clairvoyance m'ont toujours séduit. Merci également pour tout le soutien moral et matériel que tu ne cesses de m'accorder.

A **Mr. Tiéman Hubert COULIBALY**, je ne saurais te remercier pour le soutien moral, physique et matériel que tu m'accordes. Véritable conseiller et inspirateur, ce travail est le fruit de tes encouragements. A travers ta personne, c'est également tout le personnel de P.Y.R PANAFCOM MALI (*Léonce, Isaac, Safi, Hélénos, Mme Issabre, Ati...*) que je voudrais remercier pour leur confiance.

A **Mr. Oumar DOUCOURE**, le flegme que tu affiches en toute situation m'impressionne encore. Merci pour le soutien inestimable et indéfectible.

A **Mme ABBASSI Kadiatou Cissé**, et **Sokona Badji SIMAGA** merci pour les conseils et la confiance que tu m'accordes.

A mon amie **Tihougou DIARRA**, je ne saurais te remercier pour tout le soutien et la disponibilité dont tu fais preuve. J'espère un jour pouvoir te le rendre au centuple. Que Dieu te bénisse !

Au **Dr. Jean Louis LEDECQ**, merci pour les précieuses orientations et les conseils que tu ne cesses de me prodiguer.

A **Mr. Pablo RECALDE**, merci du fond du cœur.

Aux **Dr.Sarmoye CISSE, et Dr.Youssouf TRAORE**, merci pour les orientations que vous m'avez accordé dans la réalisation de ce travail.

A mes frères **Dr. Vincent Wilkin, Karim COULIBALY et Mouctar DIALLO, Mamadou Lamine TRAORE**. Le ciel est en train de s'éclaircir pour nous. Merci de m'avoir toujours soutenu.

A mes sœurs **Dr. Marianne AMEHOUM et Dr. BEN GELOUN**, pour m'avoir supporté huit ans durant et montré le chemin.

A mes condisciples du CNAM : **Boubacar CISSE, Sadio KEITA, Nouhoum WAIGALO, Sidiki, Dolorès, Lassina Cissé, Hassan, Martha, Sanata**.

A **Mr. Boubacar DIALLO**, biostatisticien au CNAM, je dis Merci car son aide m'a été précieuse dans la réalisation de ce travail.

A mes amis de la FMPOS **Nathalie, Dane, Tidiane, Kadidia, Fifi, Muriel, Kelly, Hyacinthe, Kadidia, Lachou, Aïssata, Salamata, Fifi YARO, Mariam YEBEDIE, Bassaba, Ludovic, Ibrahim, Basile, Fatou, Hamsatou, Zaki, Arsène, Roger, Anna, Awa, Mohamed, Abba, Moussa Maïga, Houreratou, Hyro, William, Khalifa, Cédric, Sagara**.

Aux sénateurs de JCI Mali et d'ailleurs, **Adama DIARRA, Me Issaka KEITA, Mamadou N'DIAYE, Wandé DIAKITE, Boubacar K. COULIBALY, Boubel KONATE, Boukary BA, Mamou DAFPE, Alassane TOURE, Noumoumorry SAKO, Djigui BAGAYOKO, DICKO, Alhousseini, Bacho, Georges BOUVERAT, N'DIAYE Zoubayrou, Aïsha TRAORE, Stella et François EPOUTA, Mody GAYE KA, Jokotade ODUNUGA, Henry LOO, Lars HAJSLUND, Desmond ALUFOHAI, Karen SMYTHE.** Je vous remercie pour les précieux conseils que vous ne cessez de me prodiguer.

Aux membres des associations **E-net, le Club RFI de Bamako, et CONSOLIGUE.**

A tous les **Dogons** et aux **Maliens de la diaspora.** Continuons d'œuvrer pour la gloire de « MALIBA »

Grand merci à mon frère **Mahamadou CAMARA.**

Aux **étudiants Ivoiriens au Mali,** je dis merci du fond du cœur.

A tous les prestataires et clientes qui ont accepté de se soumettre à notre étude. J'espère du fond du cœur que vous serez les principaux bénéficiaires des résultats de cette étude.

A NOS MAITRES ET JUGES

♠ **A notre Maître et Président du Jury**

**Professeur Aly GUINDO**

- ♣ **Spécialiste en Médecine Tropicale**
- ♣ **Spécialiste en Hépatogastro-entérologie**
- ♣ **Professeur honoraire à la Faculté de Médecine,**

Honorable Maître,

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Nous restons impressionné par votre éloquence et la gentillesse qui vous anime.

Votre humilité et vos grandes qualités humaines font de vous un Maître, un Médecin et une personne exceptionnelle.

Merci pour ce que vous êtes et veuillez recevoir ici l'expression de notre profonde admiration.

♠ **A notre Maître et Juge**

**Dr. Modibo SOUMARE**

- ♣ **Clinicien spécialiste en Gynécologie Obstétrique**
- ♣ **Chef du service de Gynécologie du centre de santé de référence de la Commune I.**
- ♣ **Médecin vacataire à la Polyclinique internationale PASTEUR**

Nous avons été marqué par votre humilité et la disponibilité dont vous faites preuve.

En plus de l'enseignement pratique que vous nous avez accordé dans votre service, nous avons bénéficié de votre gentillesse et de votre humanisme. Cet instant solennel nous offre l'occasion de vous témoigner toute notre gratitude.

Soyez remercié pour avoir accepté d'être parmi le jury qui délibérera de la recevabilité de notre travail.

♠ ***A notre Maître et Juge***

**Docteur Madina BA SANGARE**

- ♣ ***Médecin de Santé Publique, profil Santé de la reproduction***
- ♣ ***Spécialiste en Économie de la santé***
- ♣ ***Précédemment Chef de la Division santé Familiale et Communautaire***
- ♣ ***Conseillère en santé de la reproduction planification familiale du programme santé USAID/CARE International Mali***

Cher Maître,

Votre sérénité, votre rigueur scientifique et vos qualités humaines nous ont motivé à aller vers vous pour apprécier ce travail.

Femme de cœur, vous nous impressionnez par votre forte personnalité et la maestria avec laquelle vous conduisez les activités de santé de la reproduction à CARE INTERNATIONAL Mali.

Votre apport au cours de l'élaboration de cette thèse fût considérable.

Recevez ici, notre plus grand respect.

♠ ***A notre maître et Co-Directeur***

**Docteur Daouda MALLÉ**

- ♣ ***Spécialiste en Santé Publique***
- ♣ ***Analyste principal de la santé à la Banque Africaine de Développement***

Cher Maître,

Vous nous avez honoré en acceptant de nous confier ce travail.

Nous sommes très heureux d'avoir bénéficié de votre apport pour l'amélioration la qualité de cette thèse. Votre disponibilité et vos qualités humaines font de vous un modèle à suivre.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

♠ ***A notre Maître et Directeur de thèse.***

**Professeur Abdel Kader TRAORÉ**

- ▲ ***Maître de conférence agrégé***
- ▲ ***Spécialiste en Médecine Interne***
- ▲ ***Spécialiste en communication scientifique***
- ▲ ***Président de TOGUNET***
- ▲ ***Membre de l'International Council of Iodine Deficiency Disorder (ICIDD)***
- ▲ ***Directeur du Centre National d'Appui à la Lutte contre la Maladie (CNAM)***

Cher Maître,

Nous vous savons gré de l'insigne honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail. Vos qualités de pédagogue, votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre dynamisme font de vous un Maître admiré.

La sympathie, la clairvoyance et la grande humilité dont vous faite preuve font de vous une personne remarquable.

Recevez ici l'expression de notre profonde gratitude, de l'admiration et l'attachement que nous avons à votre égard.

En ce jour, notre vœux le plus cher, est que le Maître soit fier de l'élève.

## SOMMAIRE

<b>CHAPITRES</b>	<b>Pages</b>
<b>INTRODUCTION :</b> .....	1
Objectif général .....	5
Objectifs spécifiques.....	5
<b>1. GENERALITES</b> .....	6
<b>1.1. HISTORIQUE</b>	
1.1.1. La qualité en matière de soins de santé.....	7
1.1.2. La planification familiale .....	8
<b>1.2. LES DIFFERENTS MOYENS DE REGULATION DES NAISSANCES</b>	
1.2.1. Les méthodes de barrière .....	11
1.2.2. La contraception hormonale combinée.....	17
1.2.3. La contraception hormonale progestative.....	21
1.2.4. Les dispositifs intra-utérins (DIU). .....	24
1.2.5. La contraception d'urgence.....	26
1.2.6. Méthodes de planification familiale naturelle.....	28
1.2.7. La Contraception Chirurgicale Volontaire.....	33
1.2.8. Nouvelles approches en matière de contraception .....	36
<b>1.3. ETAT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU MALI</b> .....	37
<b>1.4. LES POLITIQUES NORMES ET PROCEDURES EN MATIERE DE SANTE DE LA REPRODUCTION</b> .....	39

<b>2. METHODOLOGIE</b> .....	42
2.1. Type d'étude.....	
2.2. Cadre et lieu d'étude.....	
2.3. Période d'étude .....	
2.4. Population d'étude.....	
2.5. Echantillonnage.....	
2.6. Critères d'inclusion .....	
2.7. Critères de non inclusion.....	
2.8. Plan de collecte des données .....	
2.9. Support des données .....	
2.10. Technique de collecte des données.....	
2.11. Saisie et analyse des données .....	
2.12. Aspects éthiques .....	
<b>3. RESULTATS</b> .....	47
<b>4. COMMENTAIRES ET DISCUSSION</b> .....	87
<b>5. CONCLUSION</b> .....	102
<b>6. RECOMMANDATIONS</b> .....	107
<b>7. BIBLIOGRAPHIE</b> .....	110
<b>8. FICHE SIGNALÉTIQUE</b> .....	117
<b>9. ANNEXES</b> .....	123
<b>10. SERMENT D'HIPPOCRATE</b> .....	128

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>AMPPF</b>	Association Malienne pour la Promotion et la protection de la Famille
<b>AMPR</b>	Acétate de Médroxyprogestérone Retard
<b>APHRC</b>	African Population and Health Research Center
<b>CCV</b>	Contraception Chirurgicale Volontaire
<b>COC</b>	Contraceptif Oral Combiné
<b>COU</b>	Contraception Oral d'Urgence
<b>CSRéf</b>	Centre de Santé de Référence
<b>DIU</b>	Dispositif Intra- Utérin
<b>DSFC</b>	Division Santé Familiale et Communautaire
<b>DSR</b>	Division Santé de la Reproduction
<b>EDSM</b>	Enquête Démographique et de Santé du Mali
<b>HCG</b>	Human Chorionic Gonadotropin
<b>HTA</b>	Hypertension Artérielle
<b>IEC</b>	Information Education Communication
<b>IC</b>	Intervalle de confiance
<b>IPPF</b>	International Planned Parenthood Federation
<b>ISF</b>	Indice Synthétique de Fécondité
<b>IST</b>	Infection Sexuellement Transmissible
<b>IVG</b>	Interruption Volontaire de Grossesse
<b>IVU</b>	Infection des Voies Urinaires
<b>LH</b>	Hormone Lutéinique
<b>MAMA</b>	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
<b>n</b>	Effectif
<b>N.A</b>	Non Applicable
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>PF</b>	Planification Familiale
<b>PFN</b>	Planification Familiale Naturelle
<b>PNP</b>	Politiques Normes et Procédures
<b>PPS</b>	Pilule de Progestatif Seul
<b>SIU-LNG</b>	Système Intra-utérin à libération de lévonorgestrel
<b>SR</b>	Santé de la Reproduction
<b>TV</b>	Toucher vaginal
<b>VIH-SIDA</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine- Syndrome Immunitaire Déficitaire Acquis

# Introduction

## INTRODUCTION

Dans sa définition la plus basique, la qualité est reconnue comme étant la manière d'être de quelque chose **(1)**.

La bonne qualité d'un acte fait donc référence dans sa forme la plus fondamentale au fait de « bien faire les choses qu'il faut faire » **(2)**.

De nombreuses définitions de la qualité des soins ont été proposées sans avoir un caractère totalement systématique pour s'appliquer à toutes les situations. **(3)**

En effet, l'on peut considérer que c'est la mesure dans laquelle les ressources disponibles répondent à des normes préétablies dont l'application est généralement censée permettre d'obtenir les résultats souhaités. **(4)**

Dans la perspective de la santé publique, la qualité est synonyme d'un maximum d'avantages sanitaires, d'un minimum de risques, et des soins pour le plus grand nombre possible de personnes, en tenant compte des ressources disponibles **(5)**.

Pour les clients, elle dépend largement du contact avec les prestataires prenant en compte des aspects tels le caractère privé de la visite, l'accès facile, et en dernière analyse, le fait d'obtenir les services qu'ils souhaitent. **(6)**

Du point de vue des prestataires, elle se réfère d'abord à la qualité clinique des soins à savoir des soins efficaces dispensés avec technique, sans risque, contribuant au bien être de l'individu, **(7)** mais aussi et surtout en couvrant leurs besoins.

Aux yeux des décideurs et des bailleurs de fond, les autres éléments clés de la qualité concernent le coût, l'efficacité et les résultats pour la population prise dans son ensemble **(4)**.

L'OMS recoupe les perspectives de tous ces groupes en la définissant comme « *consistant à exécuter correctement (en fonction des normes) des interventions dont on sait qu'elles sont sans risques, d'un coût abordable pour la société en question et susceptibles d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, les invalidités et la malnutrition.* » **(8)**

Lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement tenue en 1994 au Caire, il a été reconnu qu'il existe

souvent un rapport direct entre la qualité des programmes de planification familiale d'une part, et l'utilisation de contraceptifs et la continuité du recours aux méthodes ainsi que l'accroissement de la demande de services d'autre part **(9)**.

Au Mali le niveau d'utilisation des méthodes modernes est passée de 4.5 en 1996 à 5.7% en 2001 **(10)** dépassant à peine un point et cela en dépit du fait que le niveau de connaissance de la contraception dans la population générale soit estimé à 77,8% **(10)**.

Aussi, 23% des femmes affirment avoir déjà utilisé au moins une méthode contraceptive (moderne ou populaire) mais seulement 8,4% l'utilisent couramment **(11)**.

L'on estime par ailleurs que l'ensemble des besoins non couverts en matière de contraception est de 28,5% **(11)** parmi lesquels bon nombre de clients septiques et préoccupés par la qualité des services **(12)**.

Cette qualité pourrait bien être le facteur déterminant pour les couples qui souhaitent éviter une grossesse mais qui ne sont pas certains de vouloir utiliser la contraception **(13)**.

Il apparaît donc que l'interaction entre qualité et acceptabilité des programmes de Planification Familiale est importante.

Il est cependant reconnu depuis longtemps que la planification familiale qui désigne l'ensemble des moyens et méthodes permettant de conformer à la volonté des parents le nombre et l'espacement des naissances dans une famille **(14)** est un moyen essentiel de contrôle de la fécondité et donc de l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF).

L'ISF correspond au nombre moyen d'enfants qu'aurait mis au monde une femme durant sa vie, si au cours de sa période de reproduction, elle avait eu un taux de fécondité conforme aux taux de fécondité par âge de cette période **(10)**.

Sa valeur reste à ce jour bien élevée dans notre pays et ce depuis près de quinze ans **(15)** contrairement au reste de l'Afrique subsaharienne où l'on constate un mouvement significatif de baisse **(16)**.

En effet, trois études de référence consignées dans les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS ) I, II et III révèlent des ISF respectivement égaux à 6.9 , 6.7 et 6.8 **(10)** traduisant une tendance à la constance de cet indice depuis 1987.

Un taux de fécondité élevé est associé à des problèmes au niveau individuel par ses conséquences délétères sur la santé de la mère et de l'enfant. Maintenu constant, ce taux pourrait entraîner des répercussions bien négatives sur tout le système socio-économique en entier.

*Policy Project (17)* à partir du modèle de projection *Rapid* estime que l'effectif de la population Malienne doublera dans les prochaines vingt deux (22) années passant de 11,5 à 23 Millions.

Les besoins en structure de santé devront être multipliés par Quatre (4), la demande en Médecin par trois (3), en infirmiers par cinq (5), et les dépenses de fonctionnement en santé devront passer de 14,3 à 69,3 Milliards d'ici 2025.

Ces perspectives sont d'autant plus inquiétantes que les ressources matérielles semblent ne pas suivre la même tendance croissante, vu que le taux de croissance global du pays est estimé à moins de 2%.

La qualité apparaissant comme étant un déterminant de l'acceptabilité et donc de l'augmentation de la prévalence contraceptive dont l'incidence devrait se faire sur l'ISF, nous avons essayé de l'apprécier au sein des services de planification familiale des six centres de santé de référence du district sanitaire en nous fixant des objectifs précis.

## Objectif Général

Evaluer la qualité des services offerts par les unités de planification familiale dans les six centres de santé de référence du District sanitaire de Bamako.

### Objectifs spécifiques

- ▲ Déterminer le niveau d'application des normes et procédures par les prestataires.
- ▲ Estimer le degré de satisfaction des clientes par rapport aux prestations reçues.
- ▲ Déterminer le niveau de respect de chacun des dix droits des clientes en PF.
- ▲ Evaluer le niveau de couverture des besoins des prestataires.

# Généralités

## 1. GENERALITÉS

### 1.1. HISTORIQUE

### 1.1.1. La qualité en matière de soins de santé (3)

L'évaluation de la qualité des soins a partout été influencée par le modèle américain. La notion d'évaluation des techniques médicales est née aux Etats-Unis où le congrès avec l'appui du Gouvernement fédéral a créé ce qui était l'ancêtre de la F.D.A dans le but de garantir la sécurité des produits biologiques utilisés sur le marché. L'évaluation s'est par la suite progressivement développée.

Elle est longtemps restée divisée en deux approches :

- ▲ Une approche institutionnelle : centrée sur la qualité des soins délivrés par les professionnels dans les établissements de santé ;
- ▲ Une approche systémique tournée vers le service rendu à une collectivité et effectuée par les organismes de santé publique.

#### 1.1.1.1. L'approche institutionnelle

Elle a été développée sur la base des travaux pionniers d'Avedis Donabedian (**18**) dès les années 1960. Il a jeté les bases conceptuelles de l'évaluation de la qualité et individualisé plusieurs niveaux d'analyse :

- ▲ Les structures : ce sont les moyens matériels et humains qui permettent à un établissement de remplir sa mission qui est de délivrer les soins : locaux, installation, équipements, qualification et effectif du personnel, système d'information.
- ▲ Les procédures au niveau desquelles il distingue trois niveaux d'analyse par rapport aux procédures :
  - Existence et caractère approprié des procédures écrites ;
  - Degré d'application des procédures existantes
  - Résultats des procédures appliquées (*conséquence des soins sur l'état de santé des patients et leur degré de satisfaction*)

Cette évaluation part du principe que la probabilité d'obtenir le meilleur résultat est garantie par la délivrance de soins de la meilleure qualité technique possible, et que la qualité nécessite un environnement structurel correct. En d'autres termes, les explorations ou les soins doivent être réalisés par des professionnels qualifiés dans une structure adéquate.

Le système américain s'est donc organisé pour garantir l'excellence du niveau structurel sur la base de procédures de certification des compétences individuelles et d'accréditation des hôpitaux puis plus

largement des institutions des soins, selon des normes d'équipement et de fonctionnement.

DONABEDIAN A. a également proposé une définition de la qualité qui caractérise d'une part la performance du professionnel (en y individualisant la dimension technique et la dimension relationnelle) et la performance de la structure.

### **1.1.1.2. L'approche systémique**

Cette approche envisage les effets du système de soins et les résultats des interventions médicales au niveau de la collectivité. Les difficultés conceptuelles et pratiques sont très importantes à cause des nombreuses variations régionales des pratiques de soins.

Il est d'ailleurs constaté un rapprochement des deux courants depuis une quinzaine d'années.

Si le phénomène d'évaluation de la qualité semble daté du XX<sup>e</sup> siècle, l'origine de celui qui permet aux couples de réguler leur descendance semble beaucoup plus lointain.

### **1.1.2. Historique de la contraception (19)**

L'origine de la contraception semble se situer dans l'antiquité Romaine où Soranos d'Éphèse établit la distinction entre *avortement* - qui tue le foetus - et *contraception* - qui prévient la conception.

Les méthodes alors utilisées pour empêcher la formation et le développement de l'oeuf furent aussi variées qu'insolites.

Ainsi, l'une des premières fut la pharmacopée excrémentielle qui consistait à reproduire les principes généraux de la thérapeutique visant à chasser d'un corps malade les esprits qui pouvaient s'y abriter.

Les premières méthodes rationnelles pratiquées furent le *coïtus obstructus*, le *coïtus reservatus* et le *coïtus interruptus* que l'on regroupa sous le vocable de « *coït non conventionnel* »

Après la découverte des spermatozoïdes en 1677 par l'hollandais Antonj van Leeuwenhoek, différentes substances ont été utilisées à travers le monde en vue d'une contraception locale.

C'est ainsi que l'on évoque l'utilisation de :

- ▲ *Gomme d'acacia* dans le Manuscrit d'Ebers ;
- ▲ *Pessaires* reliés à l'extérieur par une fine cordelette , des *tampons de charpie* servant de préservatif mécanique associés par la suite à un dispositif chimique mélangeant *gomme* ; *miel* et *céruse (carbonate de plomb)* ;
- ▲ *L'alun de potassium* et le *natron* (carbonate de sodium) comme substance contraceptive ;
- ▲ Le *saule* et « *les misugami*», papiers de soie que l'on appliquait sur la muqueuse vaginale, en Extrême Orient.

En Europe aussi, le principe des «barrières» fut employé, sous la forme de :

- ▲ Tampons constitués de *cire d'abeille* par les paysannes hongroises ;
- ▲ D'éponges imprégnées de *cognac* dans les milieux libertins de la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle ;
- ▲ De *sulfate de quinine* dont l'emploi s'est répandu au milieu du XIX<sup>e</sup> de même que des solutions astringentes (*thé vert, alun, etc.*).

En plus de ces substances qui semblent être les ancêtres des spermicides, l'on a également eu recours à cette époque à d'autres méthodes de barrières notamment :

- ▲ les préservatifs d'abord confectionnés en boyaux d'animaux
- ▲ le diaphragme qui fut proposé par Wilhelm Mesinga.

Ces méthodes dont l'efficacité restait limitée étaient également associées à des effets secondaires importants. Ceux-ci ont donc conduit les chercheurs à explorer des voies aboutissant à des produits moins nocifs.

C'est ainsi qu'en 1865, Jacques SIMS publia les circonstances de la fertilité mais ce n'est que bien plus tard que trois informations capitales furent assimilées : la *nature* du sperme, sa *fonction* et la nécessité de sa *pénétration dans l'utérus* pour la fécondation de l'ovule.

En 1904 déjà, le Néerlandais Theodor Van de Velde découvrit la corrélation entre la courbe thermique matinale et l'ovulation mais la contraception n'entra dans sa phase « *endocrinologique* » que lors de la découverte des hormones qui connut un essor après 1920.

L'année 1923 qui correspond également à la naissance du concept de « planning familiale » aux USA voit l'isolation de l'*oestrine* par Edgar Allen et Edward Doisy.

En 1927, l'idée d'une contraception pharmacologique naît de l'Autrichien Haberlandt qui affirme que "*puisque un extrait ovarien de lapines gravides déclenche une stérilité temporaire, il contient « quelque chose » qui bloque la conception*".

En 1929, Georges COMER découvre la *progestérone* et Guy Marrian le *pregnenediol*. C'est cette même année que le Japonais Ogino Kyusaku proposa une méthode consistant à s'abstenir entre le douzième et le seizième jour précédant le début des règles.

En 1931, Adolf Butenandt découvre l'*androstérone*

En 1936, David McCorquodale produit l'*estradiol*. Ces travaux sont mis à profit par Inhoffen afin de synthétiser le *17 $\alpha$ -étinylestradiol*,

En 1939, le chimiste australien Arthur Birch synthétise la *19-nortestostérone*.

En 1950, Gregory PINCUS entame un programme de recherche en vue de mettre au point une pilule contraceptive

En 1951, la *noréthistérone*, est synthétisée par George Rosenkrantz et Carl Djerassi.

Franck COLTON qui testa le *norétynodrel*, le plus actif des progestatifs dépourvus d'activité androgénique eut des premiers essais difficilement interprétables en raison d'une contamination chimique par un puissant oestrogène, le *3-méthyléthynylestradiol*. C'est donc sans le savoir que la première association estro-progestative venait d'être étudiée. Sous le nom de *mestranol*, cet ester sera par la suite, effectivement adjoint au *norétynodrel* à très faibles doses, car il permet de régulariser les règles.

D'abord présentée comme un traitement des troubles menstruels, l'association des deux stéroïdes fut commercialisée en 1959 aux États-Unis. L'année suivante, l'indication de «contraception» fût approuvée.

La concentration fût diminuée de moitié lors de la commercialisation de l'Enidrel® en France. Au fil des ans, une course au mini-dosage fut lancée.

C'est ainsi qu'à partir de 1970, les pilules devaient contenir moins de 0,05 mg de l'estrogène retenu : *l'éthinylestradiol* constituant ainsi les pilules normo-dosées. Les «minipilules» encore largement utilisées de nos jours ne devaient contenir que 0,03 milligramme d'estrogène.

La contraception dont la paternité est souvent associée à Malthus T. Robert a donc évolué depuis l'antiquité Romaine avec des méthodes pouvant paraître fantaisiste telle la pharmacopée excrémentielle pour offrir aujourd'hui aux couples qui le désirent des moyens dont la rigueur scientifique est clairement établi et ce, dans le but de leur permettre de contrôler leur descendance.

## **1.2. LES MOYENS DE REGULATION DES NAISSANCES**

La régulation des naissances se fait essentiellement à partir de la planification familiale. Elle fait intervenir : **(14)**

- la **contraception** qui est l'ensemble des procédés par lesquels un rapport sexuel est rendu non fécondant, de façon temporaire et réversible ;
- la **contraception post-coïtale** utilisable après un rapport non protégé entre le temps de l'ovulation et l'implantation ;
- la **stérilisation**, la méthode irréversible ;
- l'interruption volontaire de grossesse (**IVG**).

Il convient toutefois de remarquer que cette dernière n'est pas reconnue par la législation Malienne comme étant un moyen légal de régulation des naissances. **(20)**

Il existe aujourd'hui à travers le monde, des moyens qui diffèrent selon leur présentation pharmacologique, leur durée d'action et leur mécanisme.

### **1.2.1. Les méthodes de barrière (21)**

Ces méthodes font appel à une barrière mécanique ou chimique afin d'entraver la pénétration des spermatozoïdes dans les voies génitales supérieures de la femme.

#### **1.2.1.1. Le condom masculin (Préservatif)**

Bien que la plupart d'entre eux soient faits de latex, il existe également des condoms en polyuréthane, en silicone et en membrane d'agneau.

#### **1.2.1.1.1. Efficacité**

Le taux d'échec associé à une utilisation parfaite des condoms est estimé à 3% **(22)**.

#### **1.2.1.1.2. Mécanisme d'action**

Le condom agit à titre de barrière mécanique afin de prévenir l'échange de fluides corporels et de sperme. Certains sont pré-lubrifiés à l'aide d'un lubrifiant aqueux ou d'une petite quantité de spermicide qui renforce leur efficacité.

#### **1.2.1.1.3. Contre - Indications**

- ▲ Allergie ou sensibilité au latex pour les condoms de latex
- ▲ A la lanoline dans le cas des condoms en membranes d'agneau

#### **1.2.1.1.4. Effets indésirables**

Chez certains hommes, il interfère avec l'acte sexuel.

### **1.2.1.2. Le Condom féminin**

Il s'agit d'une gaine de polyuréthane souple à ajustement ample. D'environ 17 cm de long et un diamètre de 7 cm, il possède deux anneaux flexibles dont l'un est fixé à la gaine. L'intérieur est enduit d'un lubrifiant à base de silicone.

#### **1.2.1.2.1. Efficacité**

Le taux de grossesse à 12 mois pour une utilisation parfaite (*correcte et systématique*) du condom féminin est de 5 %. **(22)**

#### **1.2.1.2.2. Mécanisme d'action**

Une fois placée dans le vagin, le condom féminin le recouvre en entier, prévenant ainsi tout contact direct avec le pénis. Il recueille le sperme et doit ensuite être jeté.

#### **1.2.1.2.3. Contre-indications**

- ▲ Allergie au polyuréthane,

- ▲ Anomalies de l'anatomie vaginale
- ▲ Incapacité pour la femme d'apprendre la technique d'insertion

#### **1.2.1.2.4. Effets indésirables**

Le fait de ne pas bien rester en place est cité comme l'un des problèmes particuliers de l'utilisation du condom féminin.

Parmi les autres inconvénients du condom féminin, on trouve :

- ▲ La nécessité de s'entraîner à insérer le dispositif et de l'utiliser plusieurs fois avant de se sentir à l'aise avec cette méthode ;
- ▲ L'anneau interne peut causer de l'inconfort et du bruit pendant le coït.
- ▲ L'interférence avec l'acte sexuel

#### **1.2.1.3. Le diaphragme**

Le diaphragme est une méthode de contraception intra vaginale utilisée conjointement avec un spermicide. C'est un dôme de latex dont le pourtour contient un anneau d'acier flexible. Il s'insère dans le vagin afin de recouvrir le col utérin.

Il existe trois types de diaphragme :

- ▲ le diaphragme à ressort à boudin privilégié par les multipares ;
- ▲ le diaphragme à ressort à arceau convenant mieux aux nullipares ;
- ▲ le diaphragme à ressort à lame fait de silicone constitue une option pour les femmes allergiques au latex.

##### **1.2.1.3.1. Efficacité**

Les taux d'échec selon l'OMS au cours des 12 premiers mois d'utilisation sont de 6 % selon une utilisation parfaite. **(22)**

##### **1.2.1.3.2. Mécanisme d'action**

Le diaphragme agit à titre de barrière physique entre le sperme et le col utérin; il doit toujours être utilisé conjointement avec un spermicide dont

l'action accroît son effet. Il doit être maintenue au moins six heures après le coït.

### **1.2.1.3.3. Contre indications**

L'allergie ou la sensibilité pour la matière constituant le diaphragme (latex, caoutchouc ou au spermicide) constitue la principale contre-indication au diaphragme. La présence d'un prolapsus urogénital ou utérin manifeste doit être au préalable écarté puisque réduisant son efficacité.

### **1.2.1.3.4. Effets indésirables**

L'utilisation d'un diaphragme peut entraîner une hausse des risques d'IVU persistantes ou récurrentes; en raison de la pression qu'il exerce sur le pourtour de l'urètre et au spermicide associé. Il peut aussi être associé à la survenue du syndrome de choc toxique.

### **1.2.1.4. La cape cervicale**

A utiliser conjointement avec un spermicide (gelée ou crème), la cape cervicale est indiquée chez les femmes allaitantes, celles ne souhaitant pas avoir recours à la contraception hormonale ou chez celle pour qui cette dernière est contre-indiquée.

#### **1.2.1.4.1. Efficacité**

La cape semble avoir une efficacité plus importante chez la nullipare que chez la multipare vu que l'OMS indique des taux d'échec respectivement égaux à 9% et à 26% selon une utilisation parfaite au cours des douze premiers mois. (22)

#### **1.2.1.4.2. Mécanisme d'action**

Insérée directement contre le col qui la maintient par effet de succion, la cape cervicale agit à titre de barrière physique entre le sperme et le col utérin; l'action spermicide de la gelée ou de la crème accroît son action.

#### **1.2.1.4.3. Contre-indications**

La cape cervicale ne doit pas être utilisée par les femmes qui présentent :

- ▲ une infection de la filière pelvienne,
- ▲ un cancer ou une dysplasie du col ou de l'utérus,
- ▲ Allergie ou une sensibilité aux spermicides.

#### **1.2.1.4.4. Effets indésirables**

L'utilisation de la cape peut aggraver les symptômes des femmes qui présentent une vaginite ou des infections transmissibles sexuellement. Le risque de syndrome de choc toxique est accru. Il est possible qu'elle cause plus d'odeurs et d'écoulements vaginaux que le diaphragme; de plus, elle peut être déplacée au cours du coït.

#### **1.2.1.5. L'éponge contraceptive**

Imprégnée de spermicide, l'éponge contraceptive consiste en de petits dispositifs jetables, ou en mousse de polyuréthane conçus pour recouvrir le col de l'utérus.

Elle peut répondre tout particulièrement aux besoins des femmes qui souhaitent ou doivent éviter le recours à la contraception hormonale.

##### **1.2.1.5.1. Efficacité**

Les éponges contraceptives présentent des taux d'échec variant entre 18 et 20 % pour les nullipares et de 36 à 40 % pour les multipares (23).

##### **1.2.1.5.2. Mécanisme d'action**

L'action contraceptive de l'éponge est principalement attribuable au spermicide dont elle est imprégnée, le tout étant renforcé par sa capacité à absorber et à retenir le sperme. Elle agit à titre de réservoir de spermicide à libération prolongée pendant une période de 12 heures.

##### **1.2.1.5.3. Contre-indications**

L'éponge cervicale ne devrait pas être utilisée par les femmes qui :

- ▲ présentent une allergie au spermicide utilisé;
- ▲ ont des anomalies de l'anatomie vaginale pouvant nuire à la mise en place satisfaisante ou stable du dispositif;
- ▲ sont incapables d'apprendre la bonne technique d'insertion;

- ▲ présentent des antécédents de syndrome de choc toxique;
- ▲ présentent des infections récurrentes des voies urinaires;
- ▲ nécessitent une protection contre l'infection au VIH;
- ▲ ont mené une grossesse à terme dans les six dernières semaines,
- ▲ ont récemment connu un avortement spontané ou provoqué, ou présentent des saignements vaginaux anormaux.

#### **1.2.1.5.4. Effets indésirables**

L'éponge peut potentiellement endommager la muqueuse vaginale, ce qui pourrait augmenter les risques de transmission du VIH. Il existe également des risques de syndrome de choc toxique.

#### **1.2.1.6. Les spermicides**

Ils sont composés d'un agent spermicide en solution dans un excipient qui en permet la dispersion et la rétention dans le vagin. Le *nonoxynol-9* est le plus courant d'entre eux. Leur utilisation n'est recommandée qu'à titre de traitement d'appoint à utiliser conjointement avec une méthode de barrière dont ils renforcent l'action.

##### **1.2.1.6.1. Efficacité**

Le taux d'échec au cours de la première année d'utilisation est de 6 % selon une utilisation parfaite. (22)

##### **1.2.1.6.2. Mécanisme d'action**

Les spermicides sont composés d'un agent spermicide en solution dans un excipient qui en permet la dispersion et la rétention dans le vagin.

Comme l'indique leur nom, ils détruisent spermatozoïde en altérant la couche lipidique de la membrane cellulaire. Ils deviennent alors perméables et gonflent, ce qui entraîne la rupture des membranes plasmique et acrosomique.

##### **1.2.1.6.3. Contre-indications**

Le spermicide est contre-indiqué en cas de :

- ▲ Allergie à l'agent spermicide ou à son excipient.
- ▲ Etat pathologique pouvant empêcher sa mise en place dans la partie supérieure du vagin et sur le col utérin (telles qu'un septum vaginal ou un double col).

#### **1.2.1.6.4. Effets indésirables**

On estime que l'irritation génitale pourrait faciliter la transmission du VIH (24). L'utilisation de spermicides a également été associée à un accroissement du risque d'infection des voies urinaires (25).

### **1.2.2. La contraception hormonale combinée (26)**

Elle désigne les moyens de contraception qui contiennent à la fois des œstrogènes et un progestatif. Il en existe quatre types :

#### **1.2.2.1. Les contraceptifs oraux combinés**

Ils peuvent être :

- ▲ *Monophasiques*, contenant une quantité fixe d'œstrogène et de progestatif ;
- ▲ *Biphasiques*, la quantité d'œstrogène est fixe, alors que celle de progestatif augmente au cours de la seconde moitié du cycle ;
- ▲ *Triphasiques* dont la quantité d'œstrogènes fixe ou variable, tandis que la quantité de progestatif augmente en trois phases égales.

Deux types d'œstrogènes sont utilisés : l'*éthinyloestradiol* et le *mestranol* qui est un «*pro-médicament*» converti *in vivo* en *éthinyloestradiol*.

En fonction de leur structure chimique, les progestatifs peuvent être répartis en deux groupes :

- ▲ les estranes (*noréthindrone, diacétate d'éthynodiol*)
- ▲ les gonanes (*lévonorgestrel, désogestrel, norgestimate*) qui semblent être plus puissants (26).

#### **1.2.2.1.1. Efficacité**

Les COC constituent un mode de contraception réversible très efficace. En utilisation parfaite, ils sont efficaces à 99,9 % (22).

### **1.2.2.1.2. Mécanisme d'action**

Le principal mécanisme d'action est l'inhibition de l'ovulation.

Parmi les autres mécanismes d'action, on trouve :

- ▲ l'accentuation de l'atrophie endométriale,
- ▲ la production de glaire cervicale visqueuse,
- ▲ des effets sur la sécrétion et le péristaltisme au sein des trompes de Fallope

### **1.2.2.1.3. Contre-indications**

L'OMS, a établi des contre indications absolues et relatives à l'utilisation des COC. (22)

#### **➤ Contre-indications absolues**

- ▲ Plus de 6 semaines à la suite d'un accouchement, si la patiente allaite
- ▲ Fumeuses de plus de 35 ans (Plus de 15 bâtons/jour)
- ▲ HTA (systolique >160 mmHg ou diastolique >100 mmHg)
- ▲ Antécédents de thrombo-embolie veineuse
- ▲ Cardiopathie ischémique
- ▲ Antécédents d'accident vasculaire cérébral
- ▲ Cardiopathie valvulaire compliquée
- ▲ Migraine accompagnée de symptômes neurologiques en foyer
- ▲ Cancer du sein (en cours)
- ▲ Diabète accompagné de rétinopathie / néphropathie / neuropathie
- ▲ Grave cirrhose et tumeur hépatique (adénome ou hépatome).

#### **➤ Contre indications relatives**

- ▲ Fumeuses de plus de 35 ans (*Moins de 15 bâtons/ jour*) ;
- ▲ HTA adéquatement maîtrisée ;
- ▲ Hypertension (*systolique : 140-159 mmHg, diastolique : 90-99 mmHg*) ;
- ▲ Migraine (*chez les femmes de plus de 35 ans*)
- ▲ Maladie vésiculaire en phase symptomatique ;
- ▲ Légère cirrhose ;
- ▲ Antécédents de cholestase associée à l'utilisation de COC ;
- ▲ Utilisatrices de médicaments pouvant entraver le métabolisme des COC.

### **1.2.2.1.4. Effets indésirables**

Survenant la plupart du temps au cours des trois premiers cycles, la présence de saignements menstruels anormaux constitue la raison la

plus couramment citée par les patientes. Parmi les autres raisons courantes, on trouve la nausée, le gain pondéral, les sautes d'humeur, la sensibilité des seins et les céphalées.

### **1.2.2.2. Le timbre contraceptif transdermique**

Le timbre contraceptif diffuse 150 µg de *norelgestromine* (principal métabolite actif du *norgestimate*) et 20 µg d'*éthinyloestradiol* quotidiennement dans la circulation générale.

L'utilisatrice doit s'appliquer un timbre par semaine sur les fesses, la partie supérieure externe du bras, la partie inférieure de l'abdomen ou la partie supérieure du torse (en dehors des seins) pendant trois semaines consécutives et ensuite s'abstenir de le faire pendant une semaine. Il convient tout particulièrement aux femmes qui souhaitent utiliser un moyen de contraception moins exigeant sur le plan de l'observance.

#### **1.2.2.2.1. Efficacité**

L'indice de Pearl du timbre contraceptif transdermique (*taux des échecs en fonction du nombre de grossesses pour 100 années-femme*) est de 0,7 (IC de 95 %, 0,31–1,10), dans le cas d'une utilisation parfaite. (27)

#### **1.2.2.2.2. Mécanisme d'action**

Le mécanisme d'action du timbre contraceptif est semblable à celui des COC, vu qu'il empêche le développement folliculaire et inhibe l'ovulation.

#### **1.2.2.2.3. Contre-indications**

Les contre-indications applicables au timbre contraceptif sont les mêmes que celles applicables aux COC.

#### **1.2.2.2.4. Effets indésirables**

À l'exception des réactions sur le site d'application, les effets indésirables qui affectent les utilisatrices de timbres contraceptifs sont semblables à ceux que connaissent les utilisatrices de COC mais le timbre cause rarement l'aménorrhée.

### **1.2.2.3. L'anneau vaginal contraceptif**

L'anneau vaginal contraceptif est un anneau flexible, pratiquement transparent, dont le diamètre extérieur est de 54 mm et le diamètre

transversal, de 4 mm. Il diffuse un taux constant de 15 µg d'*éthinyloestradiol* et de 0,120 mg d'*étonogestrel* (métabolite actif du désogestrel) par jour. Chaque anneau est utilisé pendant trois semaines d'utilisation continue d'un anneau, suivi d'un intervalle sans anneau pendant une semaine.

#### **1.2.2.3.1. Efficacité**

L'indice de Pearl global de l'anneau, se situe entre 0,65 et 1,18 **(28)**.

#### **1.2.2.3.2. Mécanisme d'action**

L'anneau empêche le développement folliculaire et inhibe l'ovulation. Parmi les autres mécanismes d'action possible, on trouve l'accentuation de l'atrophie endométriale et l'altération de la glaire cervicale.

#### **1.2.2.3.3. Indications**

L'anneau convient tout particulièrement aux femmes qui souhaitent utiliser un moyen de contraception ne nécessitant pas une attention quotidienne.

#### **1.2.2.3.4. Contre-indications**

Les contre-indications absolues sont la grossesse connue ou soupçonnée, les antécédents de thrombo-embolie veineuse, les maladies cérébrovasculaires ou coronariennes, la cardiopathie valvulaire compliquée, l'HTA sévère, le diabète, les céphalées accompagnées de symptômes neurologiques en foyer, le cancer (connu ou soupçonné) du sein, de l'endomètre ou du col utérin, les saignements vaginaux inexplicables, ainsi que les réactions allergiques à un des composants de l'anneau.

Parmi les contre-indications relatives, on trouve le prolapsus utéro-vaginal ou la sténose vaginale si la rétention de l'anneau s'en trouve affectée.

#### **1.2.2.3.5. Effets indésirables**

Ils sont dans l'ensemble semblables à ceux que l'on constate pour les COC; toutefois, certains sont propres à l'anneau vaginal, notamment :

- Des saignements irréguliers au premier cycle d'utilisation.
- Des effets indésirables de nature hormonale : céphalées, nausée et sensibilité des seins.
- Des symptômes vaginaux : vaginite et leucorrhée.

#### **1.2.2.4. La contraception injectable combinée**

Cette forme contraceptive n'est pas encore largement utilisée. Il s'agit d'un contraceptif injectable mensuel composé de 5 mg de cypionate d'œstradiol et de 25 mg d'acétate de *médroxyprogestérone* (Lunelle®).

Il s'administre en intramusculaire, en s'assurant que l'intervalle entre les injections ne dépasse pas 33 jours.

Dans le cadre d'une étude portant sur 782 américaines suivies pendant un an, aucune grossesse n'a été constatée (29). Son principal mécanisme d'action est l'inhibition de l'ovulation.

Il dispose des mêmes indications et contre-indications que les COC et devrait être envisagé par les femmes qui ont de la difficulté à se rappeler la prise de pilule chaque jour, qui souhaitent obtenir des saignements mensuels prévisibles ou qui présentent des troubles d'absorption entérique.

#### **1.2.3. Contraception hormonale à base de progestatif (30)**

Les contraceptifs ne contenant qu'un progestatif peuvent être offerts sous forme de comprimé oral, d'implants ou de solution injectable.

##### **1.2.3.1. Les progestatifs injectables**

L'acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR) est utilisé à titre de contraceptif par des millions de femmes à travers le monde.

###### **1.2.3.1.1. Efficacité**

L'AMPR est une forme grandement efficace de contraception dont le taux d'échec est estimé à moins de 0,3 % par an (31).

###### **1.2.3.1.2. Mécanisme d'action**

Son action se fait principalement par l'inhibition de la sécrétion des gonadotrophines hypophysaires, ce qui prévient l'ovulation. Il accroît la viscosité de la glaire cervicale et provoque une atrophie endométriale.

### **1.2.3.1.3. Indications**

Puisqu'il ne nécessite pas d'attention quotidienne, il peut être mieux adapté aux besoins des femmes qui ont de la difficulté à respecter la posologie des autres moyens de contraception.

Il peut également convenir aux femmes allaitantes ou ayant :

- ▲ Une sensibilité ou des contre-indications connues aux œstrogènes;
- ▲ Plus de 35 ans et qui fument ;
- ▲ des migraines ;
- ▲ une endométriose ;
- ▲ la drépanocytose ;
- ▲ sous anticonvulsivants.

### **1.2.3.1.4. Contre indications**

- ▲ *Contre-indications absolues* : grossesse, saignements vaginaux inexpliqués et diagnostic courant de cancer du sein.
- ▲ *Contre-indications relatives* : cirrhose grave, hépatite virale évolutive et adénome hépatique bénin.

### **1.2.3.1.5. Effets indésirables**

Les effets indésirables associés à l'AMPR sont :

- ▲ la perturbation du cycle menstruel (le plus courant).
- ▲ La prise de poids
- ▲ Les effets indésirables de nature hormonale (céphalée, acné, baisse de la libido, la nausée et la sensibilité des seins)
- ▲ Des variations de l'humeur ont également été signalées.
- ▲ Retour tardif de la fécondité (neuf mois en moyenne)
- ▲ Baisse de la densité minérale osseuse sans ostéoporose notamment au niveau de la colonne lombaire.

## **1.2.3.2. Progestatif oral : pilule de progestatif seul**

Utilisées selon les indications les pilules de progestatif seul (PPS) sont très sûres et grandement efficaces. En utilisation parfaite, elles présentent un taux d'échec de 0,5 %. **(31)**

#### **1.2.3.2.1. Mécanisme d'action**

L'altération de la glaire cervicale (portant sur le volume, la viscosité et la structure moléculaire) constitue le principal mécanisme d'action des PPS. Ceci entrave ou empêche la pénétration des spermatozoïdes. L'ovulation peut être supprimée et des modifications de l'endomètre peuvent se produire.

#### **1.2.3.2.2. Indications**

Elles peuvent être utilisées par les femmes qui nécessitent un moyen de contraception exempt d'œstrogènes ou chez qui les COC entraînent des effets particulièrement indésirables, ainsi que celles qui présentent des migraines accompagnées de symptômes neurologiques ou qui allaitent.

#### **1.2.3.2.3. Contre-indications**

- ▲ *Contre indications absolues* : grossesse et diagnostic courant de cancer du sein.
- ▲ *Contre indications relatives* : hépatite virale évolutive et les tumeurs hépatiques.

#### **1.2.3.2.4. Effets indésirables**

L'utilisation des PPS est associée à des saignements irréguliers et des pertes vaginales légères. Les effets indésirables de nature hormonale (*tels que les céphalées, le ballonnement, l'acné et la sensibilité des seins*) ne surviennent que peu fréquemment.

### **1.2.3.3. Les implants de progestatif**

Insérés en sous-cutanée, sous la face interne de l'avant-bras, les implants constituent une méthode contraceptive réversible de longue durée car restant efficace pendant cinq ans en moyenne. Ils peuvent être composés d'un, de deux ou de six bâtonnets.

#### **1.2.3.3.1. Efficacité**

Le taux d'échec associé aux implants se situe autour de 0,1 % par année (22).

#### **1.2.3.3.2. Mécanisme d'action**

Le *lévonorgestrel* libéré par les bâtonnets qui la constitue supprime l'ovulation, provoque une atrophie endométriale et rend la glaire cervicale imperméable aux spermatozoïdes.

Les systèmes d'implants fondés sur un nombre réduit de bâtonnets disposent de l'avantage d'une facilité accrue en ce qui a trait à l'insertion et au retrait des bâtonnets en question.

Implanon® qui un autre type d'implant est constitué d'un seul bâtonnet dont le principe actif est *l'étonogestrel*. Il diffère des modèles Norplant® puisqu'il semble inhiber systématiquement l'ovulation jusqu'au début de la troisième année d'utilisation.

#### **1.2.3.3.3. Effets indésirables**

La présence de saignements vaginaux prolongés ou irréguliers constitue le principal effet secondaire.

### **1.2.4. Les dispositifs intra-utérins (Stérilet) (32)**

Il existe deux types de DIU :

- ▲ Le DIU libérant du *Lévonorgestrel* ou « système intra-utérin à libération de lévonorgestrel » (SIU-LNG) ;
- ▲ Deux DIU de cuivre (*NOVA-T* et *Flexi-T 300*).

#### **1.2.4.1. Efficacité**

Le taux d'échec du DIU de cuivre est estimé à 1,26 par 100 femmes-années, celui du DIU à libération de lévonorgestrel est estimé à 0,09 par 100 femmes-années. (33)

#### **1.2.4.2. Mécanisme d'action**

Le principal mécanisme d'action semble être la prévention de la fertilisation. Même si elle se produit, le DIU semble également avoir des effets post-fertilisation, dont l'inhibition potentielle de l'implantation.

Les DIU de cuivre consistent en une tige verticale sur laquelle s'enroule un fil de cuivre à âme d'argent. La présence de cuivre dans la cavité endométriale entraîne des modifications biochimiques et morphologiques au niveau de l'endomètre qui nuisent au transport des spermatozoïdes. Les ions de cuivre ont également un effet direct sur la motilité des spermatozoïdes, ce qui affecte la capacité de ces derniers à pénétrer la glaire cervicale.

Le SIU-LNG consiste en un petit dispositif de polyéthylène en forme de «T» comportant dans sa composante verticale, un réservoir cylindrique contenant du lévonorgestrel qu'il libère lentement au travers d'une membrane limitant le débit d'hormone.

Il ne suscite qu'une faible réaction de type « corps étranger » mais entraîne la décidualisation de l'endomètre et l'atrophie glandulaire. Les récepteurs endométriaux des œstrogènes et de la progestérone sont inhibés. La glaire cervicale s'épaissit, créant ainsi une barrière à la pénétration des spermatozoïdes. L'ovulation peut même s'en trouver inhibée.

Les DIU restent actifs 10 ans en moyenne,

#### **1.2.4.3. Indications**

En l'absence de contre-indications, l'utilisation du DIU convient aux femmes qui souhaitent obtenir une efficacité anticonceptionnelle à long terme ou utiliser un moyen de contraception moins exigeant sur le plan de l'observance.

Les femmes qui présentent des contre-indications ou une sensibilité aux œstrogènes, celles qui allaitent, peuvent s'avérer de bonnes candidates à l'utilisation d'un DIU qui peut aussi être utilisé aux fins d'une contraception post-coïtale.

#### **1.2.4.4. Contre-indications**

##### **Contre indications absolues**

- ▲ La grossesse
- ▲ Infection pelvienne ou ITS (*au cours des trois derniers mois*)
- ▲ Sepsie puerpérale
- ▲ Immédiatement à la suite d'un avortement septique
- ▲ Cavité utérine gravement déformée
- ▲ Saignements vaginaux inexplicables

- ▲ Cancer du col utérin ou de l'endomètre
- ▲ Maladie trophoblastique maligne
- ▲ Allergie au cuivre (dans le cas des DIU de cuivre)
- ▲ Cancer du sein (dans le cas du SIU-LNG)

### **Contre-indications relatives**

- ▲ Facteurs de risque en ce qui a trait aux ITS ou au virus du VIH-SIDA
- ▲ Immunodépression infectieuse ou médicamenteuse (*corticothérapie*) ;
- ▲ De 48 heures à quatre semaines à la suite d'un accouchement ;
- ▲ Cancer de l'ovaire ;
- ▲ Maladie trophoblastique gestationnelle bénigne.

#### **1.2.4.5. Effets indésirables**

Les effets indésirables associés à l'utilisation d'un DIU sont :

- ▲ Les saignements menstruels irréguliers et l'augmentation du volume des menstrues mais leur diminution est constatée avec le SIU-LNG.
- ▲ La dysménorrhée avec le DIU de cuivre mais le SIU-LNG est plutôt associé à une diminution des douleurs menstruelles.
- ▲ la dépression, l'acné, les céphalées et la sensibilité des seins.
- ▲ Kystes ovariens fonctionnels chez certaines utilisatrices de SIU-LNG.

#### **1.2.5. La contraception d'urgence (34)**

La contraception d'urgence fait référence aux moyens utilisables après une relation sexuelle, mais dont l'action se fait avant l'implantation. Il en existe deux types :

- ▲ les méthodes hormonales, aussi appelées contraception orale d'urgence (COU),
- ▲ l'insertion post coïtale d'un stérilet au cuivre.

Il existe deux types de COU dont l'un consiste à prendre deux doses de 750 µg de *lévonorgestrel* par voie orale à 12 heures d'intervalle. Le second connu sous le nom de méthode *Yuzpe*, consiste en deux doses contenant 100 µg d'*éthinyloestradiol* et 500 µg de *lévonorgestrel*, administrées par voie orale, à 12 heures d'intervalle.

L'antiprogestatif *mifépristone* (RU 486) est reconnu comme étant un contraceptif post coïtal très efficace.

La mise en place d'un stérilet au cuivre, dans les cinq jours suivant une relation sexuelle non protégée, est également un moyen efficace de prévention de la grossesse. Ce DIU reste efficace dans les 7 jours qui suivent une relation sexuelle non protégée.

#### **1.2.5.1. Mécanisme d'action**

Le mode d'action des COU n'est pas encore totalement connu. On estime toutefois, qu'ils peuvent entraver la maturation folliculaire, la formation du mucus cervical, la migration des spermatozoïdes, le maintien du corps jaune, la réceptivité de l'endomètre, la fécondation ou la croissance du zygote, son transport ou son adhérence mais le principal mode d'action selon les preuves statistiques semble être lié au processus ovulatoire.

#### **1.2.5.2. Efficacité**

L'OMS rapporte un taux de grossesse de 1,1 % pour le traitement au *lévonorgestrel* seul, comparativement à 3,2 % pour la méthode *Yuzpe*. La *mifépristone* est six fois plus efficace que la méthode *Yuzpe*. A très faible dose (10 mg), elle est aussi efficace que le *lévonorgestrel* seul. **(35)**

On estime que l'insertion post coïtale d'un stérilet au cuivre, dans les cinq jours suivant une relation sexuelle non protégée, est efficace à 98,7 % **(33)**.

#### **1.2.5.3. Indications**

Il faut envisager l'utilisation de la COU chez toute femme voulant éviter une grossesse se présentant dans les cinq jours suivant :

- ▲ Une relation sexuelle mal ou non protégée,
- ▲ A la suite d'une violence sexuelle.

#### **1.2.5.4. Contre-indications**

La seule allergie aux COU porte sur les composantes du produit. Dans le cas d'un stérilet au cuivre post coïtal, il faut exclure la possibilité d'une grossesse préexistante, surtout si la femme a eu des rapports sexuels en début de cycle. Il ne doit y avoir ni signe d'infection vaginale ou

cervicale ni antécédents récents d'infection pelvienne; de plus, le risque d'infection transmise sexuellement doit être faible.

#### **1.2.5.5. Effets indésirables**

Le traitement comportant deux doses de *lévonorgestrel* entraîne une incidence inférieure de nausées, de vomissements, d'étourdissements et de fatigue que la méthode *Yuzpe*.

Quant au stérilet au cuivre post coïtal, les complications possibles sont des douleurs pelviennes, des saignements anormaux, une infection pelvienne, une perforation utérine et l'expulsion.

### **1.2.6. Les méthodes de planification familiale naturelle (36)**

On entend par « *planification familiale naturelle* » (PFN), les méthodes de contrôle de la fertilité qui ne font pas recours à des dispositifs ou à des agents chimiques de contraception. Elles reposent sur la compréhension de la physiologie du cycle menstruel et sur la détermination du moment de l'ovulation, et ce, dans le but de ne permettre le coït que lorsque le risque de grossesse est réduit ou même inexistant.

Parmi les méthodes de planification familiale naturelle, on trouve le coït interrompu (retrait), l'abstinence et la connaissance du cycle de fertilité

#### **1.2.6.1. Connaissance du cycle de fertilité**

Les méthodes qui permettent d'y accéder s'affairent à déterminer la période de fertilité d'une femme et donc, les jours pendant lesquels les partenaires devraient s'abstenir de pratiquer le coït ou se protéger soigneusement à l'aide de méthodes de barrière.

Les trois principaux signes de fertilité sont les modifications de *la glaire cervicale*, de *la température basale* et de *la position du col utérin*. D'autres méthodes se fondent sur des calculs à l'aide d'un calendrier.

##### **1.2.6.1.1. Efficacité**

Les taux d'échec estimés par l'OMS sont de 1 à 9 %, selon une utilisation parfaite. (22)

##### **1.2.6.1.2. Mécanisme d'action**

- **Connaissance du cycle de fertilité et méthode sympto-thermique**

Cette méthode fait appel aux trois signes de fertilité :

- **Les modifications de la glaire cervicale**

Avant l'ovulation, la glaire cervicale subit des modifications tant au niveau de son volume que de sa nature. Elle se clarifie, devient plus élastique au fur et à mesure que l'ovulation approche : c'est le « *spinnbarkeit* ». Après cette dernière, elle devient visqueuse, opaque et imperméable aux spermatozoïdes; de plus, son volume connaît une baisse marquée. Après trois jours de glaire cervicale présentant une clarté et une élasticité maximale, la femme connaît une phase moins fertile.

- **Température basale**

La température corporelle est prise par voie orale ou vaginale, à l'aide d'un thermomètre, après au moins six heures de sommeil. À la suite de la hausse post-ovulatoire du taux de progestérone, elle connaît une hausse d'au moins 0,5°C au cours de la phase lutéale du cycle qui marque la fin de la période fertile.

Pour éviter une grossesse, le coït non protégé doit être reporté jusqu'à ce qu'une hausse de température ait été enregistrée pendant trois jours consécutifs.

- **Position du col utérin**

Le col peut être senti près de l'*ostium vaginae* à la suite des menstruations; sa position s'élève considérablement au sein du vagin au cours de la phase folliculaire. Il atteint sa position la plus élevée au moment de l'ovulation. Sa consistance devient alors souple et le diamètre de son orifice s'élargit. Au cours de la phase lutéale, le col descend dans le vagin et se raffermi, se referme et se rapproche de l'*ostium vaginae*.

- **La méthode « Billings »**

Elle repose uniquement sur les modifications de la glaire cervicale. Pour plus de certitude, il est conseillé de ne se fier qu'à la deuxième période d'infertilité (post-ovulation). **(37)**

- **Algorithme de deux jours**

Ici, un jour est classé comme « fertile » si des sécrétions cervicales sont constatées au cours de ladite journée ou si elles ont été constatées le jour précédent.

- **La “Standard day Method”**

Elle définit la période de fertilité comme s'étalant du 8<sup>e</sup> au 19<sup>e</sup> jour du cycle menstruel. Pendant ce temps, le couple s'abstient de pratiquer le coït. Elle ne convient qu'aux femmes dont les cycles comptent 26 à 32 jours.

- **La méthode du calendrier**

Les femmes doivent déterminer à l'aide de calculs, le début et la durée de leur période de fertilité en fonction des postulats suivants : l'ovulation se produit de 12 à 16 jours avant le déclenchement des menstruations suivantes; les spermatozoïdes demeurent viables pendant une période allant jusqu'à cinq jours; et l'ovocyte non fertilisé survit pendant 24 heures.

Le couple doit donc éviter de pratiquer le coït ou utiliser une méthode de contraception d'appoint pendant une période de 8 à 10 jours au cours de chaque cycle. L'utilisatrice doit remplir un calendrier menstruel pendant au moins six mois. Sa période de fertilité est déterminée par la soustraction de 20 jours à la durée de son cycle le plus court (afin d'établir le début de la période de fertilité) et par la soustraction de 10 jours à la durée de son cycle le plus long (afin d'établir la fin de la période de fertilité).

- **Trousse de prédiction de l'ovulation**

Elle fait appel à un petit moniteur électronique portatif et à des bâtonnets diagnostics (test d'urine) jetables. Ce moniteur mesure la présence d'un métabolite urinaire des œstrogènes et de la LH.

- **Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)**

La MAMA est extrêmement efficace à titre de méthode post-partum temporaire. Elle se fonde sur l'infertilité physiologique, attribuable à la suppression hormonale de l'ovulation, des femmes qui allaitent.

Son efficacité est de 98 %, pour une femme allaitante, seulement si :

- ▲ Elle est toujours en aménorrhée ;
- ▲ elle allaite son enfant exclusivement ;
- ▲ son enfant est âgé de moins de six mois.

L'intervalle entre les périodes d'allaitement ne devrait pas dépasser quatre heures le jour, et six heures, la nuit. **(38)**

### **1.2.6.1.3. Indications**

La PFN peut constituer une option en matière de contraception pour :

- ▲ les couples qui souhaitent éviter avoir recours à des méthodes de barrière ou hormonales;
- ▲ les couples qui souhaitent accroître l'efficacité du retrait ou des méthodes de barrière au cours de la période de fertilité;
- ▲ les couples en mesure d'assumer une grossesse accidentelle.

### **1.2.6.1.4. Contre-indications**

La PFN peut ne pas s'avérer une option convenable pour :

- ▲ les couples qui ne veulent pas ou ne sont pas en mesure de faire preuve de diligence quant à l'observation et à la consignation des signes de fertilité, ainsi qu'en ce qui concerne le respect des règles visant la prévention de la grossesse;
- ▲ les femmes dont le cycle menstruel est irrégulier;
- ▲ les femmes en post-partum (sauf en ce qui a trait à la MAMA) ;
- ▲ les femmes qui ont de la difficulté à évaluer la nature de la glaire cervicale, en raison d'une infection vaginale ou du recours à des agents vaginaux (p. ex. lubrifiants, spermicides)

## **1.2.6.2. Le coït interrompu (Retrait)**

De toutes les méthodes, elle semble être la plus vastement utilisée dans le monde, tant dans les pays développés qu'en développement. **(37)**

#### **1.2.6.2.1. Efficacité**

Les taux d'échec au cours de la première année d'utilisation ont été décrits comme étant de 4 % selon une utilisation parfaite **(22)**.

#### **1.2.6.2.2. Mécanisme d'action**

Au cours du coït, l'homme retire son pénis du vagin de sa partenaire avant l'éjaculation, ce qui devrait prévenir tout contact entre l'ovule et le spermatozoïde contenu dans le sperme.

#### **1.2.6.2.3. Indications**

Le retrait peut constituer une option en matière de contraception lorsque :

- ▲ aucun autre moyen de contraception n'est disponible;
- ▲ le couple préfère éviter d'avoir recours aux autres méthodes ;
- ▲ des considérations d'ordre religieux interdisent le recours à d'autres méthodes;

#### **1.2.6.2.4. Contre-indications**

Puisque donnant lieu à une intromission, elle ne devrait pas être utilisée en présence d'un risque connu d'infection transmissible sexuellement. Les femmes qui doivent éviter la grossesse pour des raisons médicales ne devraient pas se fier uniquement à cette méthode.

### **1.2.6.3. L'abstinence**

Le terme « abstinence » peut être défini de trois façons **(32)** :

- ▲ *Le fait de s'abstenir de tout comportement sexuel;*
- ▲ *des comportements sexuels entraînant un contact entre les organes génitaux ;*
- ▲ *des comportements sexuels entraînant une pénétration.*

#### **1.2.6.3.1. Efficacité**

L'abstinence constitue une méthode de contraception très efficace et permet aux gens de pratiquer d'autres activités sexuelles, sans pour autant accroître le risque de grossesse.

### **1.2.6.3.2. Indications**

L'abstinence primaire n'est pas inhabituelle chez les jeunes gens. En effet, des personnes de tout âge choisissent sciemment de faire preuve d'abstinence à plusieurs reprises au cours de leur vie. **(30)** Elle est par ailleurs fortement conseillée comme moyen de prévention des IST et du VIH-SIDA.

### **1.2.6.3.3. Contre-indications**

Pour éviter les frustrations, les deux partenaires doivent s'entendre sur le choix d'avoir recours à cette méthode.

### **1.2.6.3.4. Effets indésirables**

Parmi les risques et les effets indésirables, on trouve les préoccupations quant au fait que l'abstinence puisse être trop restrictive pour certains couples.

## **1.2.7. La Contraception Chirurgicale Volontaire (39)**

La contraception chirurgicale volontaire (CCV) est la méthode contraceptive permanente. Elle peut intéresser l'homme ou la femme.

### **1.2.7.1. La ligature des trompes**

Il est possible que des fertilisations surviennent malgré l'intervention. L'OMS indique qu'un taux d'échec de 0,5% lui est associé **(22)**.

#### **1.2.7.1.1. Mécanisme d'action**

Les techniques de ligature des trompes entraînent toutes l'occlusion des trompes de Fallope, assurant ainsi la prévention du contact entre l'ovule et les spermatozoïdes. Les techniques utilisées pour la ligature des trompes par laparoscopie sont l'application de clips ou d'anneaux tubaires, ou l'électrocautérisation d'une partie de la trompe. Habituellement, un segment intermédiaire de chacune des trompes est

excisé et les extrémités des trompes sont par la suite ligaturées (*méthode Pomeroy*).

La *stérilisation transcervicale* est une autre technique, au cours de laquelle l'accès aux trompes s'effectue par le col utérin en vue de la mise en place (hystéroscopique ou à l'aveugle) d'une matière occlusive ou d'un dispositif visant à obstruer les trompes. Au bout de trois mois, des tissus se développent sur le dispositif et en viennent à obstruer les trompes entièrement.

#### **1.2.7.1.2. Indication**

Au Mali, la législation stipule que : « *toute personne majeure peut sur son consentement écrit bénéficier d'une méthode de contraception irréversible. Toute fois concernant une personne mariée, l'accord de son conjoint est obligatoire* » mais aussi que « *sur avis médical confirmé par une contre expertise, toute femme mariée dont la vie pourrait être menacée par la survivance d'une grossesse peut, sur son seul consentement écrit, bénéficier d'une méthode de contraception irréversible* » **(20)**

#### **1.2.7.1.3. Contre-indications**

- ▲ Les problèmes de santé généraux, particulièrement les états pathologiques cardio-pulmonaires qui peuvent être aggravés par l'anesthésie générale ;
- ▲ La grossesse (*à moins que la procédure de stérilisation ne soit effectuée pendant l'avortement ou immédiatement après, au cours de la période post-partum*) ;
- ▲ La présence d'une infection pelvienne ou l'incapacité d'obtenir accès aux trompes de Fallope au moment de la chirurgie ;
- ▲ Une incertitude, de la part de la patiente, quant au caractère souhaitable d'une contraception permanente

Le regret constitue la principale préoccupation en matière de stérilisation. Parmi les caractéristiques de sujets susceptibles de regretter leur décision figurent les suivantes : **(40)**

- ▲ Sujet de moins de trente ans ou sans enfant de sexe masculin ;
- ▲ Célibataire ou récemment mariée ;
- ▲ Ont été poussé à prendre cette décision ;
- ▲ Partenaire opposé à cette décision ;
- ▲ Intervention pratiquée au tout début du post-partum ;
- ▲ Accès limité à d'autres méthodes.

#### **1.2.7.1.4. Effets indésirables**

- ▲ Douleur aux épaules attribuable à la présence de CO<sub>2</sub> (utilisé au cours de l'opération) dans la cavité péritonéale ;
- ▲ Douleurs ou crampes dans la partie inférieure de l'abdomen ;
- ▲ Ecchymoses et saignements au niveau des incisions ;
- ▲ Nausée et étourdissement post-opératoire ;
- ▲ Risques liés à l'anesthésie ;
- ▲ Infection au niveau de l'incision ;
- ▲ Traumatisme mécanique, y compris la perforation de l'utérus causée par un manipulateur utérin ;
- ▲ Complications urinaires ;
- ▲ Déchirures mésosalpingiennes et « trans-section » de la trompe ;
- ▲ Lésions aux vaisseaux sanguins, aux intestins ou à d'autres organes ;
- ▲ Les brûlures intestinales qui compliquent l'électrocoagulation tubaire peuvent entraîner une perforation différée et une péritonite.

#### **1.2.7.1.5. Complications à long terme**

Parmi les complications à long terme de la ligature des trompes, la grossesse ectopique est celle qui semble être réellement lié à l'intervention même si des modifications des règles et des problèmes psychosexuels sont encore en discussion (39).

#### **1.2.7.2. La vasectomie**

La vasectomie constitue la méthode de contraception chirurgicale appliquée aux hommes.

##### **1.2.7.2.1. Efficacité**

Les taux de grossesse constatés à la suite d'une vasectomie varient de 0 à 2,2 %, quelle que soit la méthode d'occlusion utilisée après une moyenne de vingt éjaculations intervenant après l'acte (41).

##### **1.2.7.2.2. Mécanisme d'action**

Parmi les techniques de stérilisation masculine figurent la vasectomie classique, la vasectomie sans bistouri ou celles faisant appel à l'occlusion chimique percutanée du canal déférent ou encore à l'utilisation d'anneaux / clips en argent, en silicone–argent ou en tantale (approche compatible avec l'inversion de la vasectomie).

Elles s'affairent toutes à effectuer une section du canal déférent puis à obstruer les deux bouts du canal afin de prévenir toute remontée de spermatozoïdes à travers l'urètre lors de l'éjaculation.

#### **1.2.7.2.3. Indications**

Cette méthode convient aux hommes qui souhaitent avoir recours à une méthode de contraception permanente et irréversible.

#### **1.2.7.2.4. Contre-indications**

- ▲ L'incertitude envers le recours à une méthode de contraception permanente ;
- ▲ Les problèmes de santé généraux, tels que l'allergie aux anesthésiques locaux, l'immunosuppression, les maladies infectieuses aiguës ou les troubles de coagulation qui ne peuvent être maîtrisés à l'aide de vasopressine ;
- ▲ L'infection locale ;
- ▲ Les anomalies génitales locales nuisant à la localisation adéquate du canal déférent, telles qu'une hernie, une varicocèle, une hydrocèle ou une tumeur ;
- ▲ Une dysfonction sexuelle.

#### **1.2.7.2.5. Risques et effets indésirables**

- ▲ Douleurs locales ;
- ▲ Apparition d'ecchymoses et enflure du scrotum.

### **1.2.8. Nouvelles approches en matière de contraception (42)**

#### **1.2.8.1. Les agents antitesticulaires**

La *lonidamine* est un composé indazole-acide carboxylique utilisé dans le traitement du cancer. Il a été démontré que de récents dérivés de cette substance présentaient, dans le cadre d'études chez les animaux, une certaine efficacité et une réversibilité à titre d'agents contraceptifs, cela, sans entraîner une toxicité hépatique ou rénale. (43)

Ces dérivés n'entraînent aucun effet sur les composants de l'axe hypothalamo-hypophyso-testiculaire; leur effet sur les testicules est

attribuable à leur capacité de causer la perte de cellules germinales à partir de l'épithélium séminifère. (43)

### **1.2.8.2. Stratégies anti-implantation**

Au-delà de la génération d'anticorps anti-hCG, des recherches sont en cours sur les stratégies visant à stimuler des processus permettant de contrecarrer les étapes clés de l'implantation. Parmi ces étapes, on trouve l'angiogenèse et la protection du conceptus contre les réactions immunitaires.

La *fumagilline* est un anti-angiogénique ayant démontré, dans le cadre d'études sur les singes, une certaine capacité à prévenir l'implantation lorsqu'elle était administrée par voie vaginale (44)

Aucune étude sur ce produit ne semble encore avoir été menée chez l'homme.

Le peptide *pre-implantation factor* est l'un des signes connus de reconnaissance embryo-maternelle qui apparaît le plus tôt; même les embryons ne comptant que deux cellules semblent en produire (45).

Bien que son rôle exact dans l'implantation soit inconnu, il serait théoriquement possible d'en tirer un analogue que l'on pourrait utiliser en vue de nuire à la reconnaissance embryo-maternelle, ce qui entraînerait l'échec de l'implantation.

## **1.3. ETAT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU MALI**

### **1.3.1. Evolution de la planification familiale (11)**

Les moyens modernes de régulation des naissances bien qu'existant depuis les années cinquante ne sont apparus au Mali qu'en 1972 avec la création de l'Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille (AMPPF), à la réorientation de la politique de santé maternelle et infantile.

Huit années plus tard fut créée la Division Santé Familiale et Communautaire (DSFC) en vue de coordonner au niveau national, l'ensemble des activités en rapport avec la planification familiale. Cette dernière fût transformée en 2001 en Division Santé de la Reproduction au sein de la Direction Nationale de la Santé.

L'adoption en Mai 1991 d'une politique nationale de population révisée en 2001 marque également un tournant dans l'évolution de la planification familiale dans notre pays.

### **1.3.2. Les méthodes contraceptives disponibles (46)**

Au Mali, les méthodes et moyens permettant aux couples de conformer à leur volonté le nombre et l'espacement des naissances conduisant à leur descendance sont :

#### **Les méthodes temporaires (courte durée) :**

Méthodes de barrière :

- *Les condoms (masculins et féminins) ;*
- *Le diaphragme ;*
- *Les spermicides ;*
- *Les capes cervicales.*

Les contraceptifs oraux combinés

Contraceptifs à progestatifs seuls :

- *Les contraceptifs oraux progestatifs*
- *Les progestatifs injectables.*

Toutes les méthodes naturelles

#### **Les méthodes temporaires (longue durée) :**

- *Les DIU de cuivre*
- *Les implants de progestatifs*

#### **Les méthodes permanentes :**

La stérilisation :

- *La ligature des trompes*
- *La vasectomie.*

### **1.3.3. Evolution de la prévalence contraceptive au Mali (11)**

Le niveau de prévalence contraceptive n'a commencé à être véritablement estimé qu'à partir de 1987, date avant laquelle le niveau d'utilisation de la contraception n'était estimé qu'à partir des rapports périodiques internes de la DSFC et par une étude menée par l'AMPPF.

La première enquête d'envergure nationale portant sur les méthodes modernes fut l'EDSM I qui en 1987 faisait part d'un niveau d'utilisation située à 1,3% ; la seconde estimation consignée au sein de l'EDSM II en 1996 fait part d'une prévalence contraceptive de 4,5 % alors que les plus récents chiffres transmis par l'EDSM III ne la porte qu'à 5,7% en 2001.

Sur une période de quinze ans, la prévalence contraceptive n'est donc passée que de 1,3 à 5,7% soit une progression annuelle de moins de 0,3% par an ce qui correspond à moins de trois nouvelles utilisatrices sur mille.

Les niveaux d'utilisation actuelle de la contraception surtout des méthodes modernes restent encore très faible ce qui explique en grande partie que la fécondité soit encore élevée.

#### **1.4. LES POLITIQUES NORMES ET PROCEDURES (46)**

Elaborées par le Ministère de la santé, les politiques normes et procédures (PNP) sont les documents servant de cadre de référence à l'ensemble des intervenants en matière de santé de la reproduction dans le but de leur permettre de fournir des prestations de qualité.

Régulièrement révisées, elles doivent servir de guide opérationnel au personnel socio-sanitaire dans l'offre du paquet minimum d'activités. Ils comprennent deux parties :

##### ***1.4.1. La politique et les normes des services :***

La politique définit la raison d'être, les bénéficiaires, les activités, les prestataires et les responsabilités pour l'offre des services.

Les normes précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables de performance et les qualifications requises exigées pour chaque service offert.

Elles sont destinées principalement aux décideurs, aux gestionnaires de services, aux superviseurs, aux responsables d'ONG et associations intervenant dans le secteur public et privé afin de leur permettre de mieux définir et organiser leurs interventions en matière de santé de la reproduction à différents niveaux.

##### ***1.4.2. Les procédures :***

Elles décrivent les gestes logiques nécessaires et indispensables à l'offre des services de qualité par les prestataires. Ainsi pour chaque composante de la santé de la reproduction les gestes à exécuter par le prestataire sont décrits avec précision dans l'ordre logique et chronologique.

Ce sont également ces mêmes documents qui servent de référence pour l'exécution des activités, la formation du personnel, la supervision et l'évaluation.

### **1.4.3. Lien entre politique, normes et procédures :**

L'interrelation existant entre les politiques, normes et les procédures est telle que les deux premières (politiques et normes) sont utiles aux décideurs et gestionnaires de services (*niveau décisionnel*) afin de mieux définir et cibler leurs interventions en matière de santé de reproduction alors que les procédures, elles sont utiles aux prestataires (*niveau opérationnel*) pour exécuter et fournir des soins de qualité.

Elles sont périodiquement révisées afin que les étapes et gestes décrits restent valables.

### **1.4.4. Les critères de bonne qualité (46)**

Les PNP définissent une prestation de service de planification familiale comme étant de bonne qualité si et seulement si elle prend en compte trois éléments :

- La prévention de l'infection
- Le respect des droits du client
- La satisfaction des besoins et droit du prestataire

#### **1.4.4.1. La prévention de l'infection :**

Elle devrait comprendre :

- des mesures individuelles de prévention des infections (*lavage des mains, port de gants, de blouse ...*)
- le traitement rigoureux du matériel,
- les conditions d'élimination des déchets solides et liquides ;
- l'entretien des locaux.

#### **1.4.4.2. Les droits du client**

Un élément essentiel de la qualité des services de santé de la reproduction est le comportement du personnel qui détermine l'augmentation ou la baisse de la fréquentation d'un service de santé.

Aussi le prestataire doit respecter les droits des clients suivants qui sont également ceux définis par l'IPPF :

- *Le droit à l'information ;*
- *Le droit d'accès aux services ;*
- *Le droit de choisir la méthode contraceptive qu'il souhaite ;*
- *Le droit à la sécurité lors de la visite ;*
- *Le respect de son intimité au cours de l'examen ;*
- *Le droit au secret professionnel ;*
- *Le droit à la dignité ;*
- *Le droit au confort ;*
- *Le droit à la continuité ;*
- *Le droit d'expression.*

#### **1.4.4.3. La couverture des besoins du prestataire**

L'efficacité et la qualité d'une prestation de service de santé sont fortement conditionnées par la mise des prestataires dans les conditions optimales de travail. Ceux-ci ont des besoins très importants dont la satisfaction facilite leur capacité à fournir des services qui traitent des droits des clients. Ce sont :

- *L'accès aux formations et compétences nécessaires pour exécuter les tâches qui leur sont demandées ;*
- *L'accès aux informations relatives à leur fonction ;*
- *Des locaux physiques et l'organisation nécessaires pour offrir une prestation de qualité ;*
- *La réception continue de produits et de matériel de qualité ;*
- *Des directives claires, pertinentes et objectives de même que du soutien pour procéder aux changements nécessaires.*
- *Du soutien de la part d'autres personnes ou d'unités ainsi que le nombre de clients dont ils peuvent s'occuper pour assurer le niveau minimum de qualité de soins nécessaires ;*
- *Le respect (reconnaissance pour leurs compétences et le respect pour leurs besoins humains.)*
- *Des encouragements les poussant à développer leur créativité et leur potentiel ;*
- *Recevoir un feed-back concernant leurs compétences et attitudes, selon les observations des autres.*
- *Le droit d'exprimer son opinion personnelle sur la qualité du programme.*

# METHODOLOGIE

## 2. METHODOLOGIE

### 2.1. Type d'étude

Notre étude s'est inspirée des Politiques Normes et Procédures élaborées par le Ministère de la santé en matière de Santé de la Reproduction.

Elle a porté sur l'évaluation de la qualité de la prestation des services offerts par des équipes de Planification Familiale.

Il s'est agit d'une étude descriptive transversale à un passage qui a comporté :

- ▲ Une **observation des prestataires** en matière de prévention des infections ;
- ▲ Une **observation portant sur l'entretien des locaux**, le traitement du matériel et des déchets ;
- ▲ **L'appréciation de la couverture des besoins** des prestataires selon eux-mêmes ;
- ▲ L'appréciation selon les clientes du **respect de leur droit**.

### 2.2. Cadre et lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée au sein du district sanitaire de Bamako. Elle a concerné les unités de planification familiale des six centres de santé de référence de la capitale.

### 2.3. Période de l'étude

L'étude s'est déroulée sur une période de trois (3) mois allant de Février à Avril 2005.

### 2.4. Population d'étude

La population d'étude était composée des clientes ayant bénéficié d'une prestation de service de planification familiale, des prestataires des services et de l'unité de planification elle-même.

## 2.5. Echantillonnage

Nous avons choisi les centres de référence du District sanitaire compte tenu du fait qu'ils constituent des structures de deuxième référence et sont largement repartis à travers le district sanitaire.

A ce titre, le plateau technique devrait y être d'un niveau assez élevé tout en restant à proximité des populations de chacune des six communes du district. Ceci dans le but d'avoir une appréciation d'ensemble des services offerts.

Le local des unités de planification familiale, les prestataires que nous avons rencontré lors de la période d'étude de même que les clientes en fin d'entretien avec ces dernières ont constitué notre échantillon qui était exhaustif, portant donc sur toutes les personnes qui acceptaient de se soumettre à notre étude.

C'est ainsi que nous nous sommes entretenu avec :

- ▲ trente (30) prestataires ;
- ▲ deux cent onze (211) clientes.

Aussi, nous avons apprécié en matière de prévention des infections :

- ▲ les six (6) unités de planification familiale ;
- ▲ les trente (30) prestataires interviewés .

## 2.6. Critères d'inclusion

Ont été incluses dans notre étude :

- ▲ Les unités de planification familiale des centres de santé de référence du district sanitaire ;
- ▲ Les prestataires des unités de planification familiale des six centres de santé de référence du district de Bamako ;
- ▲ Les clients ayant bénéficié d'une prestation de service dans l'un des six centres de santé de référence du District.

## 2.7. Critères de non inclusion

De cette étude, nous avons exclu tous les prestataires des centres de santé de référence qui n'appartenaient pas aux unités de Planification familiale mais aussi tous les clients de ces centres qui n'ont pas eu à bénéficier des services des unités de planification familiale.

Ont également été exclues les autres unités des CSRéf du district.

## **2.8. Plan de collecte des données**

### **2.8.1. Variables mesurées**

▲ *Variables dépendantes mesurées :*

Qualité des services au sein des unités de planification familiale

▲ *Variables indépendantes mesurées :*

✓ En rapport avec les clientes :

- Caractéristiques des clients (*Age, sexe, niveau de scolarisation, situation matrimoniale, nombre d'enfants... ;*)
- Niveau de satisfaction quant à la prestation ;
- Respect des droits de la cliente (*Réception des informations recherchées, accessibilité du centre, droit à la méthode de son choix, respect de l'intimité, droit au respect, au confort... ;*)

✓ En rapport avec les prestataires :

- Mesures individuelles de prévention des infections (*Port de blouse, lavage des mains, port de gants et doigtiers, préparation de la peau et des muqueuses.*) ;
- Couverture des besoins du prestataire (*accès à la formation, aux informations, infrastructures adéquates, réception de directives claires, de produits fiables, d'appui, respect dans le travail... ;*)

✓ En rapport avec les unités de planification familiale :

- Mesures de prévention des infections (*Traitement du matériel, des déchets, entretien des locaux*) ;

## **2.9. Support des données :**

La collecte des données a été réalisée sur :

▲ Un questionnaire « *Mesures individuelles de prévention des infections* » ;

- ▲ Un questionnaire « *Mesures collectives de prévention des infections* » ;
- ▲ Un questionnaire « *Besoin des prestataires* » ;
- ▲ Un questionnaire « *Respect des droits des clientes* ».

## **2.10. Technique de collecte des données**

Elle a consisté dans un premier temps en une observation des prestataires de santé acteurs au sein des unités. Ceci se faisant dans la plus grande discrétion en notant si oui ou non la régularité de la réalisation des gestes indiqués par les normes.

Dans un second temps nous nous sommes entretenus au cours d'interviews individuels et privés avec chacun des prestataires de l'unité.

Ensuite nous nous sommes entretenus avec les clientes ayant bénéficiées d'une prestation de services au sein de l'unité.

Nous avons également apprécié les mesures collectives de prévention des infections (traitement du matériel, des déchets, entretien des locaux) et ce, également à l'insu des prestataires.

## **2.11. Saisie et analyse des données**

La saisie des données s'est effectuée sur le logiciel Epi Info Version 6.0, et l'analyse sur SPSS 12.0.

Le traitement de texte et les tableaux se sont faits sur Microsoft Word 2003.

Les graphiques (diagrammes et histogrammes) ont été réalisées à partir de Microsoft Excel 2003.

## **2.12. Aspects éthiques**

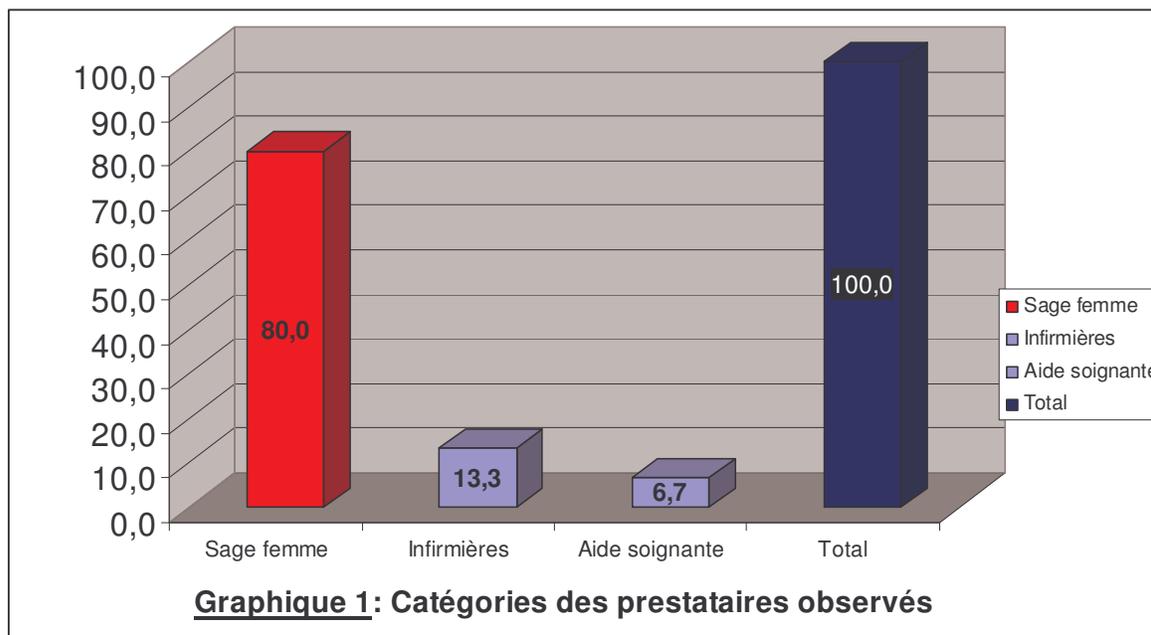
Hors mis le volet de l'étude portant sur l'observation du respect des mesures de prévention des infections, nous avons clairement expliqué aux prestataires et aux clientes les motivations et les objectifs de notre étude. Leur consentement a d'abord été obtenu avant que leur inclusion dans cette étude ne soit effective.

Seul le médecin chef du centre avait connaissance de notre protocole et donc du caractère discret de notre observation de l'unité et des prestataires.

# Résultats

### 3. RESULTATS

#### 3.1. Caractéristiques des prestataires observés



Huit prestataires sur dix observés étaient des sages-femmes (n=24). Les infirmières représentaient 13,3% (n=4) de notre échantillon et les aides-soignantes 6,7% (n=2).

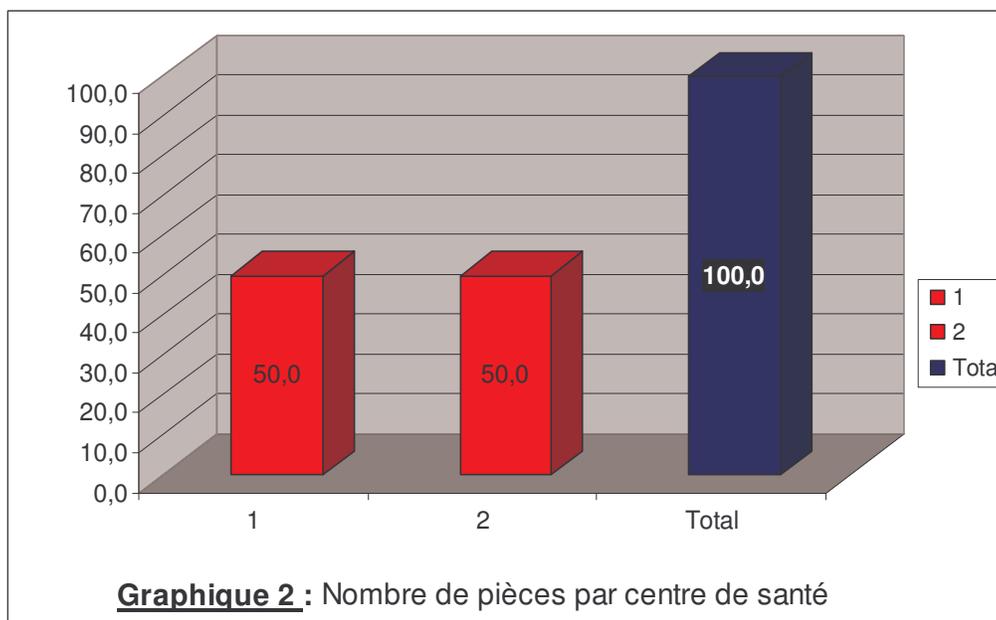
**TABLEAU I :** REPARTITION DES PRESTATAIRES EN FONCTION DES CENTRES DE SANTE DE REFERENCE

Centre de Santé	Effectif	Pourcentage
COMMUNE I	6	20,0
COMMUNE II	5	16,7
COMMUNE III	5	16,7
COMMUNE IV	5	16,7
COMMUNE V	4	13,3
COMMUNE VI	5	16,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

C'est en Commune I que nous avons observés le plus de prestataires (20% n=6) et en commune V qu'ils furent le moins nombreux (13,3% n=4). La moyenne de prestataires par unité PF est de cinq.

### 3.2. Caractéristiques des unités de planification familiale observées

#### 3.2.1. Infrastructures disponibles



50% de notre échantillon d'unités PF disposaient des deux pièces requises pour leurs activités.

**TABLEAU II :** PROPORTION DE CENTRES DE SANTE EN FONCTION DU NOMBRE DE PIECES DONT DISPOSE L'UNITE.

CSREF	Nombre de pièces par unité PF				TOTAL	
	1		2		n	%
	n	%	n	%		
Commune I	1	16,7	0	0	1	16,7
Commune II	1	16,7	0	0	1	16,7
Commune III	0	0	1	16,7	1	16,7
Commune IV	0	0	1	16,7	1	16,7
Commune V	0	0	1	16,7	1	16,7
Commune VI	1	16,7	0	0	1	16,7
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>50</b>	<b>3</b>	<b>50</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Les unités PF qui disposent de deux pièces pour les prestations sont

celles des CSRéf des communes III, IV et V.

### 3.3. Caractéristiques des clients interviewés

**TABLEAU III :** REPARTITION DES CLIENTES INTERVIEWÉES EN FONCTION DU CENTRE DE SANTE

Centre de santé	Effectif	Pourcentage
Commune I	47	22,3
Commune II	39	18,5
Commune III	15	7,1
Commune IV	25	11,8
Commune V	33	15,6
Commune VI	52	24,6
<b>Total</b>	<b>211</b>	<b>100,0</b>

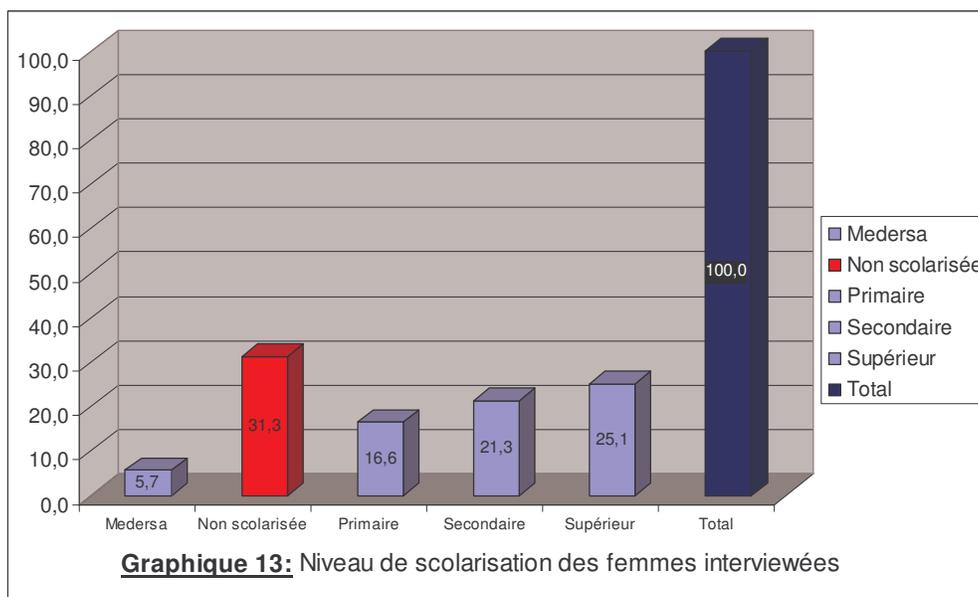
C'est en Commune VI que nous avons interviewés le plus grand nombre de clientes à la sortie de leur entretien avec le prestataire puisque ces femmes ont constitué 24,6% (n=52) de notre échantillon, alors qu'en Commune III, elles n'étaient que de 7,1% (n=15).

**TABLEAU IV :** REPARTITION DES CLIENTES INTERVIEWÉES PAR TRANCHE D'AGE.

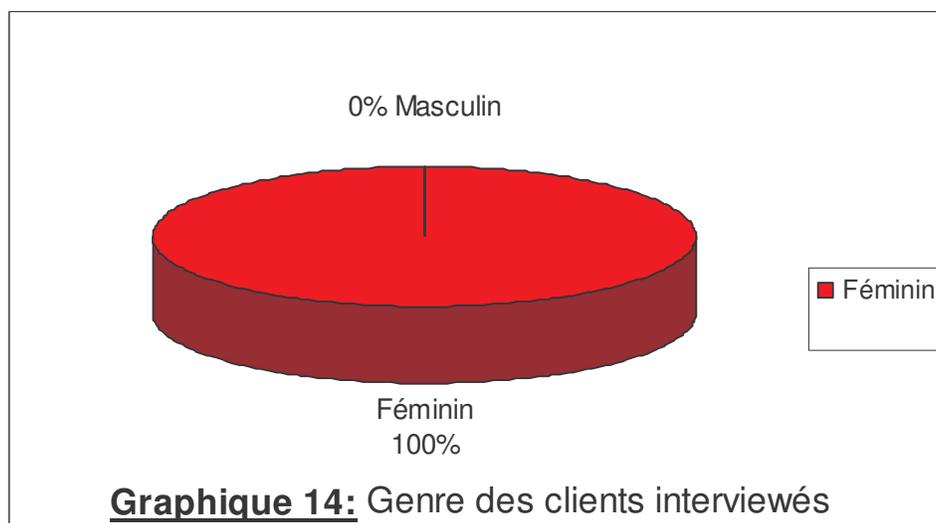
Tranches d'âge	Effectifs	Pourcentage
15-19	23	10,9
20-24	43	20,4
25-29	68	32,2
30-34	28	13,3
35-39	26	12,3
40-44	16	7,6
45-49	2	0,9
<b>Total</b>	<b>206</b>	<b>97,6</b>
Non disponible	5	2,4
<b>TOTAL</b>	<b>211</b>	<b>100,0</b>

52,6% (n=111) des clientes interviewées avaient un âge compris entre 20 et 29 ans.

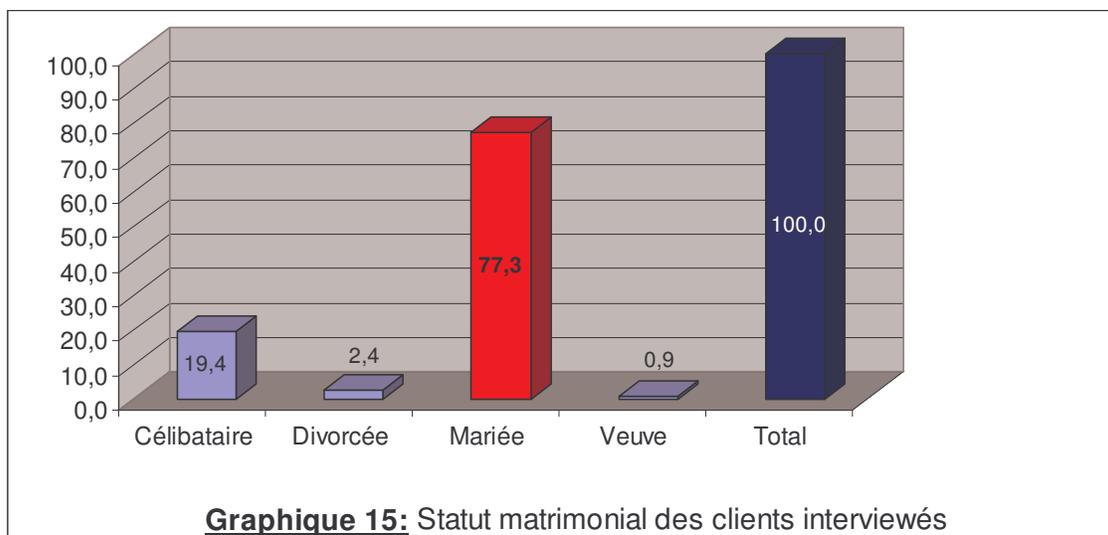
La tranche d'âge la moins représentée était celle des 45-49 ans représentant 0,9% (n=2).



Ce sont les femmes non scolarisées qui ont représentées la plus grande proportion parmi celles que nous avons interviewés (31,3% n=66) soit un peu moins d'une femme sur trois.



Le sexe ratio était de 100% (n=211) en faveur des femmes.



77,3% (n=163) des clients interviewés étaient mariées,  
 Les célibataires représentaient 19,4%,(n=41)  
 Les divorcées et les veuves respectivement 2,4 (n=5) et 0,9%(n=2).

**TABLEAU V :** REPARTITION DES FEMMES INTERVIEWÉES EN FONCTION DE LA METHODE CONTRACEPTIVE UTILISÉE.

Méthode contraceptive	Effectifs	Pourcentage
COC	52	24,6
PPS	17	8,1
Implants	12	5,7
Injectables	97	50,0
DIU	32	15,1
Condom + Spermicide	1	0,5
Diaphragme	0	0,0
Mousse/gelée	0	0,0
CCV	0	0,0
Contenance périodique	0	0,0
MAMA	0	0,0
Retrait	0	0,0
Méthodes populaires	0	0,0
<b>Total</b>	<b>211</b>	<b>100,0</b>

50% (n=97) des femmes utilisaient les injectables (Acétate de medroxyprogesterone) comme méthode contraceptive, 24,6% (n=52) la contraception orale combinée (COC) et 15,1% (n=32) pour le DIU. Aucune des femmes que nous avons interviewées n'utilisaient le

diaphragme, la mousse ou gelée, la contraception chirurgicale volontaire (CCV). De même aucune d'entre elle n'utilisait ni une méthode traditionnelle, ni une méthode populaire.

**TABLEAU VI :** NOMBRE DE GROSSESSES VIVANTES PAR FEMME INTERVIEWEE.

Nombre d'enfants	Effectifs	Pourcentage
0	8	3,8
1	40	19,0
2	36	17,1
3	45	21,3
4+	82	38,8
<b>Total</b>	<b>211</b>	<b>100,0</b>

Dans notre échantillon de clients interviewés, 38,8% (n=82) avaient au moins quatre enfants. Le nombre moyen d'enfants par femmes est de 3,27.

**TABLEAU VII :** NOMBRE D'ENFANTS PAR FEMME INTERVIEWÉE EN FONCTION DU NIVEAU DE SCOLARISATION

Nombre d'enfants	Niveau de scolarisation										Total	
	Non scolarisée		Medersa		Primaire		Secondaire		Supérieur			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	1	0,5	1	0,5	0	0,0	4	1,9	2	0,9	8	3,8
1	7	3,3	1	0,5	4	1,9	16	7,6	12	5,7	40	18,9
2	10	4,7	1	0,5	8	3,8	8	3,8	9	4,3	36	17,1
3	12	5,7	2	0,9	8	3,8	7	3,3	16	7,6	45	21,3
4+	36	17,1	7	3,3	15	7,1	10	4,7	14	6,6	82	38,9
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>31,3</b>	<b>12</b>	<b>5,7</b>	<b>35</b>	<b>16,6</b>	<b>45</b>	<b>21,3</b>	<b>53</b>	<b>25,1</b>	<b>211</b>	<b>100,0</b>

Des clientes interviewées :

- ▲ la plus forte proportion de femmes ayant au moins quatre enfants se situe parmi les non scolarisées (17,1% n=36) ;
- ▲ Plus d'une femme sur deux (54,54%) de cette catégorie a effectué plus de quatre grossesses vivantes à la naissance.

Dans notre échantillon les proportions de femmes possédant plus de quatre enfants en fonction du niveau de scolarisation sont :

- ▲ 58,3% (n=7) des femmes de la medersa ;
- ▲ 42,9% (n=15) des femmes ayant atteint le niveau primaire ;
- ▲ 22,2% (n=10) du secondaire ;
- ▲ 26,4% (n=14) du niveau supérieur.

### 3.4. Mesures de prévention des infections

#### 3.4.1. Mesures individuelles de prévention des infections

**TABLEAU VIII** : PROPORTION DES PRESTATAIRES PORTANT REGULIEREMENT LA BLOUSE

Port de Blouse	Effectif	Pourcentage
Non	3	10,0
Oui	27	90,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Au cours de notre observation, nous avons pu constater que 10% (n=3) des prestataires ne portaient pas régulièrement la blouse lors des entretiens et consultations.

**TABLEAU IX** : PROPORTION DES PRESTATAIRES METTANT UNE BLOUSE EN FONCTION DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE.

	Non		Oui		Total	
	n	%	n	%	n	%
Commune I	1	3,3	5	16,7	6	20,0
Commune II	0	0,0	5	16,7	5	16,7
Commune III	0	0,0	5	16,7	5	16,7
Commune IV	2	6,7	3	10,0	5	16,7
Commune V	0	0,0	4	13,3	4	13,3
Commune VI	0	0,0	5	16,7	5	16,7
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>10,0</b>	<b>27</b>	<b>90,00</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

Dans quatre des six centres observés, tous les prestataires portaient régulièrement la blouse. C'est en Commune IV que nous avons observé la plus grande proportion de prestataire (6,66% (n=2) n'ayant pas porté de blouse. Ce qui correspond dans ce centre à une proportion atteignant les 40%.

**TABLEAU X** : PROPORTION DES PRESTATAIRES PORTANT LA BLOUSE EN FONCTION DE LA CATEGORIE

Port de blouse	Catégorie						Total	
	Sage-femme		Infirmière		Aide-soignante		n	%
	n	%	n	%	n	%		
<b>Non</b>	3	10,0	0	0,0	0	0,0	3	10,0
<b>Oui</b>	21	70,0	4	13,3	2	6,7	27	90,0
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>80,0</b>	<b>4</b>	<b>13,3</b>	<b>2</b>	<b>6,7</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

10% (n=3) de notre échantillon de prestataires constitué essentiellement de sage-femme ne la mettaient pas régulièrement, soit une sage-femme sur huit.

**TABLEAU XI** : POURCENTAGE DE PRESTATAIRE SORTANT AVEC LA BLOUSE

Sortie avec la blouse	Effectif	Pourcentage
Non	25	83,3
Oui	2	6,7
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>90,0</b>
N.A	3	10,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

6,7% (n=2) des prestataires portant régulièrement la blouse sortaient avec celle-ci de la formation sanitaire.

**TABLEAU XII** : PROPORTION DE PRESTATAIRES SORTANT AVEC LA BLOUSE EN FONCTION DE LA CATEGORIE

Sortie	Catégories						Total	
	Sage femme		Infirmière		Aide soignante		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Non	20	66,7	3	10,0	2	6,7	25	83,3
Oui	1	3,3	1	3,3	0	0,0	2	6,7
N.A	3	10,0	0	0,0	0	0,0	3	10,0
Total	24	80,0	4	13,3	2	6,7	30	100,0

Une sage femme sur 21 (4,16% n=1) sortaient de la formation sanitaire avec la blouse, mais jusqu'à 25% (n=1) des infirmières le faisaient.

**TABLEAU XIII** : PROPORTION DES PRESTATAIRES LAVANT LEURS MAINS AVANT UN ACTE.

Lavage des mains ( <i>Avant et après...</i> )	Oui		Non		Total	
	n	%	n	%	n	%
Examen de chaque cliente	8	26,7	22	73,3	30	100,0
Manipulation d'instruments	14	46,7	16	53,3	30	100,0
Touché les muqueuses	25	83,3	5	16,7	30	100,0
Rinçage et séchage des mains	12	40,0	18	60,0	30	100,0

Des prestataires que nous avons observés :

- ▲ Un peu plus d'un sur quatre (26,7% n=8) se lavaient régulièrement les mains avant et après avoir examinés leurs patientes ;
- ▲ 53,3% (n=16) ne se nettoyaient pas les mains avant de toucher le matériel stérile, soit un peu plus de la moitié des prestataires observés ;
- ▲ 16,7% (n=5) ne se nettoyaient pas les mains avant et après avoir touché les muqueuses et seulement les deux cinquièmes (40% n=12) se rinçaient et séchaient leurs mains avec une serviette individuelle.

**TABLEAU XIV** : PROPORTIONS DE PRESTATAIRES SE LAVANT LES MAINS AVANT D'EXAMINER UNE PATIENTE EN FONCTION DE LA CATEGORIE

Lavage des mains avant et après examen	Catégories						Total	
	Sage-femme		Infirmière		Aide soignante			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Non	16	53,3	4	13,3	2	6,7	22	73,3
Oui	8	26,7	0	0,0	0	0,0	8	26,7
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>80</b>	<b>4</b>	<b>13,3</b>	<b>2</b>	<b>6,7</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Les prestataires qui se lavaient les mains avant et après avoir examiné une patiente étaient essentiellement des sages-femmes, mais ce n'est qu'un tiers d'entre elle (33% n=8) qui le faisaient.

**TABLEAU XV** : PROPORTION DE PRESTATAIRES PORTANT DES GANTS OU DES DOIGTIERS PENDANT L'EXAMEN.

Port de gants et doigtiers...	Oui		Non		Total	
	n	%	n	%	n	%
Avant contact avec le sang	30	100	0	0,0	30	100,0
Avant contact avec les liquides organiques	28	96,6	1	3,4	29	100,0
Avant contact avec les muqueuses	24	88,8	5	17,2	29	100,0
Avant de toucher le matériel stérile	5	16,7	25	83,3	30	100,0
Port d'une nouvelle paire de gants pour chaque patiente	0	0,0	30	100	30	100,0

Avant de toucher le sang, ce sont 100% des prestataires observés qui mettent des gants ou un doigtiers. Cette proportion descend à 96,6% (n=28) quand il s'agit d'entrer en contact avec les liquides organiques, mais ce ne sont que 16,7% (n=5) soit moins d'un prestataire sur cinq qui mettent des gants avant de toucher un matériel stérile.

Aucun prestataire n'utilisait une nouvelle paire de gants pour examiner chaque nouvelle patiente.

**TABLEAU XVI** : PROPORTION DES PRESTAIRES NETTOYANT LE SITE DE L'INJECTION AVANT L'ACTE.

<b>Nettoyage de la peau avant injection</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	22	73,3
Non	0	0,0
N.A	8	26,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

N.A : Non Applicable

Tous les prestataires ayant effectué une injection en notre présence nettoyaient le site de l'injection avant l'acte. Cet acte n'a pas été effectué en notre présence par 26,7% (n=8) des prestataires de notre échantillon.

**TABLEAU XVII** : PROPORTION DE PRESTATAIRES NETTOYANT LE COL AVEC UN DESINFECTANT AVANT L'INSERTION DU DIU.

<b>Nettoyage du col</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non	18	60,0
Oui	0	0,0
N.A	12	40,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

N.A : Non Applicable

Aucun (0,0% n=0) prestataire observé ne nettoyait avec un désinfectant quelconque le col avant d'insérer le DIU.

40% (n=12) des prestataires que nous avons observé n'ont pas effectués cet acte en notre présence.

**TABLEAU XVIII :** PROPORTION DES PRESTATAIRES NETTOYANT L'AVANT BRAS AVEC UN DESINFECTANT AVANT L'INSERTION D'UN IMPLANT

Nettoyage de l'avant bras	Effectif	Pourcentage
Oui	4	13,3
Non	0	0,0
N.A	26	86,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

N.A : Non Applicable

Tous les prestataires (n=4) observés lors de l'insertion d'un implant nettoyaient la face antéro-interne de l'avant-bras avec un désinfectant avant l'acte.

**TABLEAU XIX :** PROPORTION DES PRESTATAIRES PORTANT UNE BLOUSE EN RELATION AVEC LE LAVAGE DE MAIN AVANT D'EXAMINER LES CLIENTES

Lavage des mains avant l'examen	Port de blouse				Total	
	Non		Oui		n	%
	n	%	n	%		
<b>Non</b>	3	13,6	19	86,4	22	100,0
<b>Oui</b>	0	0	8	100	8	100,0
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>27</b>	<b>90</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Au cours de notre période d'observation, aucun des prestataires qui n'avait mis la blouse ne se lavait la main avant d'examiner une cliente, mais aussi que jusqu'à 86,4% (n=19) de ceux qui la mettaient ne se lavait également pas la main.

**TABLEAU XX :** PROPORTION DE PRESTATAIRES PORTANT LA BLOUSE QUI SE LAVAIENT LES MAINS AVANT DE TOUCHER LES MUQUEUSES.

Lavage des mains avant de toucher les muqueuses	Port de blouse				Total	
	Non		Oui		n	%
	n	%	n	%		
Non	0	0	5	16,7	5	100,0
Oui	3	10,0	22	73,3	25	100,0
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>10,0</b>	<b>27</b>	<b>90,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Les prestataires qui ne portaient pas de blouse se lavaient néanmoins tous les mains avant de toucher les muqueuses. De ceux qui la mettaient, jusqu'à 18,5% d'entre cette catégorie ne le faisaient pas soit 16,7% (n=5) de notre échantillon de prestataire.

**TABLEAU XXI :** PROPORTION DE PRESTATAIRES PORTANT UNE BLOUSE SE RINCANT REGULIEREMENT LES MAINS AVANT DE LES SECHER AVEC UNE SERVIETTE INDIVIDUELLE PROPRE.

Rinçage et séchage des mains avec une serviette individuelle	Port de blouse				Total	
	Non		Oui		n	%
	n	%	n	%		
Non	3	10,0	15	50,0	18	100,0
Oui	0	0,0	12	40,0	12	100,0
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>27</b>	<b>90,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Aucun des prestataires qui ne portait la blouse ne se rinçait les mains avant de les sécher avec une serviette individuelle propre mais aussi, jusqu'à 55,6% de ceux qui la portaient ne le faisait également pas, ce qui correspond à 50% (n=15) des prestataires observés.

**TABLEAU XXII :** PROPORTION DE PRESTATAIRES PORTANT UNE BLOUSE EN RAPPORT AVEC LE PORT DE GANT AVANT D'ENTRER EN CONTACT AVEC LE SANG.

Port de gants avant de toucher les liquides	Port de blouse				Total	
	Non		Oui			
	n	%	n	%	n	%
Non	0	0,0	1	3,3	1	100,0
Oui	3	10,0	25	83,4	28	100,0
N.A	0	0,0	1	3,3	1	100,0
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>10,0</b>	<b>27</b>	<b>90,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

N.A : Non Applicable

Parmi les prestataires qui portaient une blouse, seul 3,3% (n=1) ne portaient pas de gants avant de toucher le matériel stérile. Ceux qui n'en mettaient pas, portaient tous des gants avant de toucher le matériel stérile.

**TABLEAU XXIII :** PROPORTION DE PRESTATAIRES PORTANT UNE BLOUSE QUI METTENT DES GANTS AVANT DE TOUCHER LES MUQUEUSES.

Port de gants avant de toucher les muqueuses	Port de blouse				Total	
	Non		Oui			
	n	%	n	%	n	%
Non	0	0,0	5	16,7	5	100,0
Oui	3	10,0	21	70,0	24	100,0
N.A	0	0,0	1	3,3	1	100,0
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>10,0</b>	<b>27</b>	<b>90,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

N.A : Non Applicable

Tous les prestataires qui ne portaient pas la blouse mettaient néanmoins des gants avant de toucher les muqueuses.

De ceux qui la mettaient, 19,2 % ne portaient pas de gants avant de toucher les muqueuses, soit 16,7% (n=5) de notre échantillon de prestataires.

**TABLEAU XXIV :** PROPORTION DES PRESTATAIRES PORTANT DES GANTS AVANT DE TOUCHER DU MATERIEL STERILE EN FONCTION DU PORT DE BLOUSE.

Port de gants avant de toucher le matériel stérile	Port de blouse				Total	
	Non		Oui			
	n	%	n	%	n	%
Non	2	6,7	23	76,7	25	100,0
Oui	1	3,3	4	13,3	5	100,0
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>10,0</b>	<b>27</b>	<b>90,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

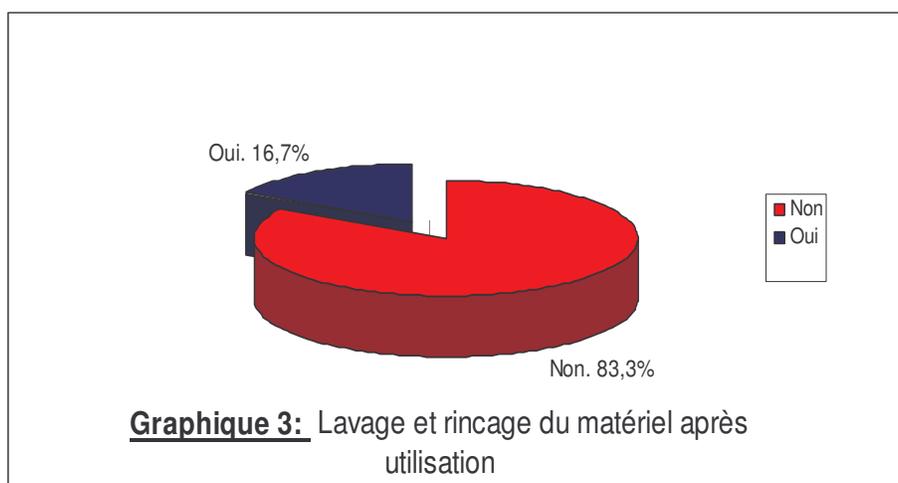
Jusqu'à 13,3% (n=4) des prestataires qui mettaient une blouse ne portaient pas de gants avant de toucher du matériel stérile. De ceux qui ne la mettaient pas, seul un sur trois le faisait.

### 3.4.2. Traitement du matériel

**TABLEAU XXV :** PROPORTION DE CENTRES EFFECTUANT UNE DECONTAMINATION DU MATERIEL APRES UTILISATION.

Décontamination du matériel	Effectif	Pourcentage
Oui	6	100
Non	0	0
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Toutes les unités PF (100%) observées effectuaient systématiquement une décontamination du matériel après utilisation.



Jusqu'à 83,3 % (n=5) des centres de santé n'effectuaient pas régulièrement le lavage et le rinçage de leur matériel après utilisation.

**TABLEAU XXVI :** PROPORTION D'UNITES DE PLANIFICATION FAMILIALE STERILISANT LE MATERIEL AVANT UTILISATION.

Stérilisation du matériel	Effectif	Pourcentage
Non	0	0
Oui	6	100
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Toutes les unités PF (100%) visitées stérilisaient le matériel après utilisation.

**TABLEAU XXVII :** PROPORTION D'UNITES PF EFFECTUANT UNE DESINFECTIION DE HAUT NIVEAU DU MATERIEL

Désinfection de haut niveau	Effectif	Pourcentage
Non	5	83,3
Oui	1	16,7
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Lors de notre période d'observation, 16,7% (n=1) des unités PF effectuaient une désinfection de haut niveau du matériel après utilisation.

**TABLEAU XXVIII :** PROPORTION D'UNITES PF EFFECTUANT A LA FOIS LA STERILISATION DU MATERIEL APRES UTILISATION ET LA DESINFECTIION DE HAUT NIVEAU.

Stérilisation du matériel	Désinfection de haut niveau				Total	
	Oui		Non		n	%
	n	%	n	%		
Oui	1	16,7	5	83,3	6	100,0
Non	0	0,0	6	100,0	6	100,0

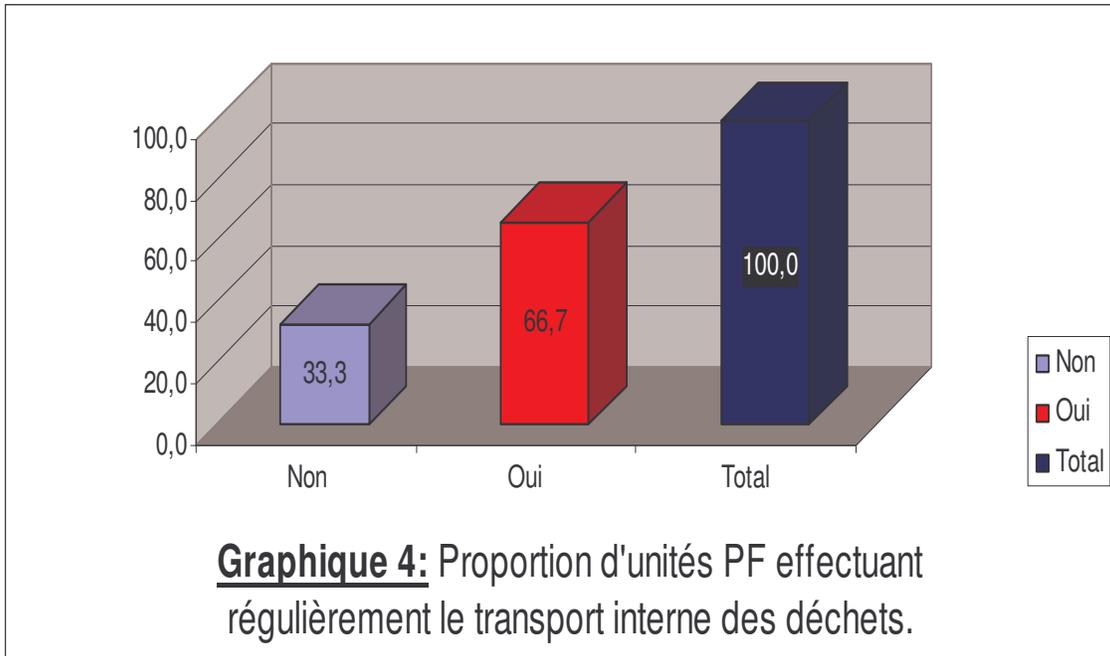
Au cours de notre période d'observation, 16,7% (n=1) effectuait à la fois la désinfection de haut niveau et la stérilisation pour le traitement du matériel.

#### 3.1.4. Traitement des déchets

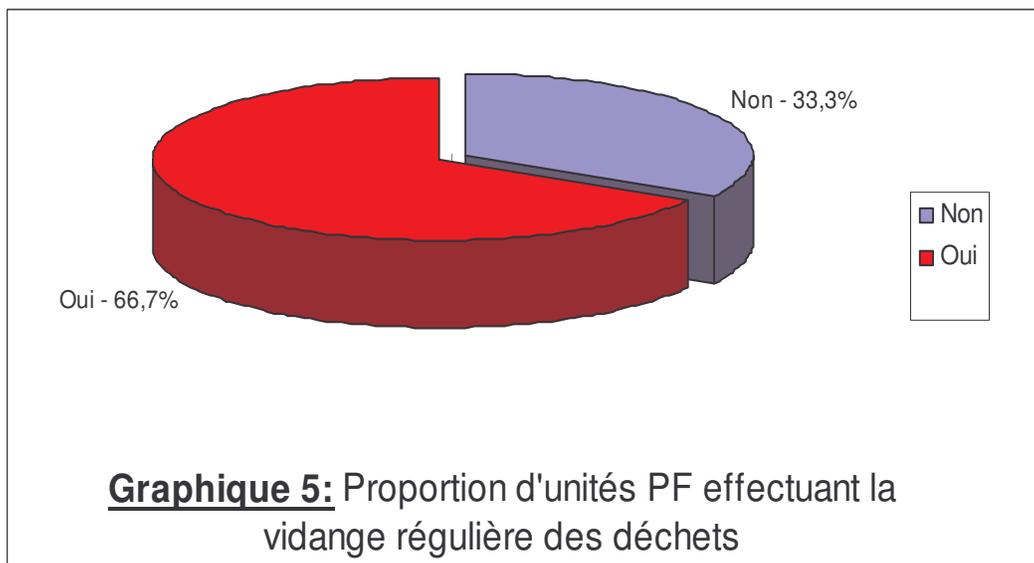
**TABLEAU XXIX :** PROPORTION D'UNITES PF EFFECTUANT UNE DECONTAMINATION DES DECHETS A LA SOURCE

Décontamination des déchets à la source	Effectifs	Pourcentage
Oui	0	0
Non	6	100
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Aucune des six Unités PF (n=0) observées n'effectuaient la décontamination des déchets à la source.



Un tiers (33,3% n= 2) des unités observées n'effectuaient pas régulièrement le transport interne des déchets dans les douze heures, de la source au lieu d'entreposage.



La vidange régulière des déchets n'était pas effectuée par 33,3% (n=2) des centres observés, soit dans un centre sur trois.

**TABLEAU XXX** : PROPORTION D'UNITES PF OU LES OBJETS POINTUS SONT RANGES DANS UN BAC NON PERFORABLE OU UNE BOUTEILLE.

<b>Objets pointus dans un bac non perforable</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	6	100,0
Non	0	0,0
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>

Toutes les unités PF (100%) observées rangeaient les objets pointus dans un bac non perforable.

**TABLEAU XXXI** : PROPORTION D'UNITES PF VERSANT LES LIQUIDES DANS UN TROU OU UN EVIER.

<b>Liquides dans un évier ou un trou</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non	2	33,3
Oui	4	66,7
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>

Dans 66,7% (n=4) des unités observées, la vidange des liquides se faisait dans un trou ou un évier, soit dans deux centres sur trois.

**TABLEAU XXXII** : PROPORTION D'UNITES PF ENTERRANT REGULIEREMENT LES DECHETS SOLIDES

<b>Déchets solides enterrés, brûlés ou incinérés</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non	2	33,3
Oui	4	66,7
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>

Dans notre échantillon 66,7% (n=4) des unités PF, les déchets solides étaient enterrés, brûlés ou incinérés. Ce geste était donc normalement effectué dans deux centres sur trois (n=4).

**TABLEAU XXXIII** : PROPORTION D'UNITES PF LAVANT REGULIEREMENT LES POUBELLES

Lavage des poubelles	Effectif	Pourcentage
Non	1	16,7
Oui	5	83,3
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>

Dans les unités PF observées, nous avons pu constater que 16,7% (n=1) ne lavaient pas régulièrement les poubelles.

### 3.1.5. Entretien des locaux

**TABLEAU XXXIV** : PROPORTION D'UNITES PF NETTOYANT REGULIEREMENT LEUR SOL

Nettoyage du sol avec une serpillière	Effectif	Pourcentage
Non	0	0,0
Oui	6	100,0
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>

100% (n=6) des unités PF nettoyaient régulièrement leur sol avec une serpillière.

**TABLEAU XXXV** : PROPORTION D'UNITES PF NETTOYANT LEURS MURS.

Nettoyage des murs	Effectif	Pourcentage
Non	6	100,0
Oui	0	0,0
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>

Aucune des unités PF (100% n=6) observées n'a nettoyé ses murs durant la période d'observation.

**TABLEAU XXXVI :** PROPORTION D'UNITES PF ASSOCIANT UN DESINFECTANT AU NETTOYAGE DU SOL

<b>Association d'un désinfectant lors du nettoyage du sol</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non	5	83,3
Oui	1	16,7
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>

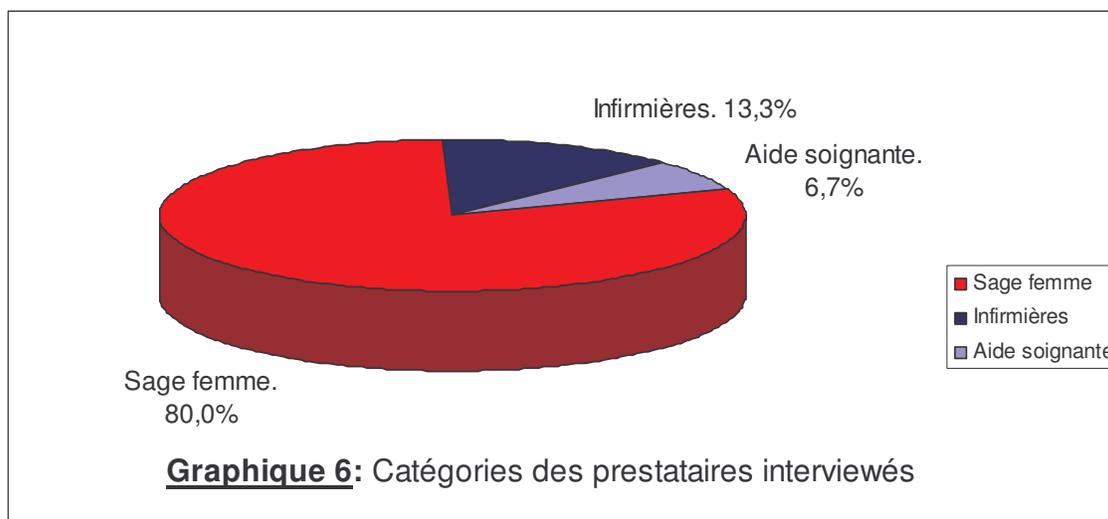
83,3% (n=5) de notre échantillon d'unités PF n'associaient pas un désinfectant lors du nettoyage du sol.

**TABLEAU XXXVII :** PROPORTION D'UNITES PF DANS LESQUELLES DES GANTS DE MENAGE ETAIENT UTILISES POUR LE NETTOYAGE DU SOL.

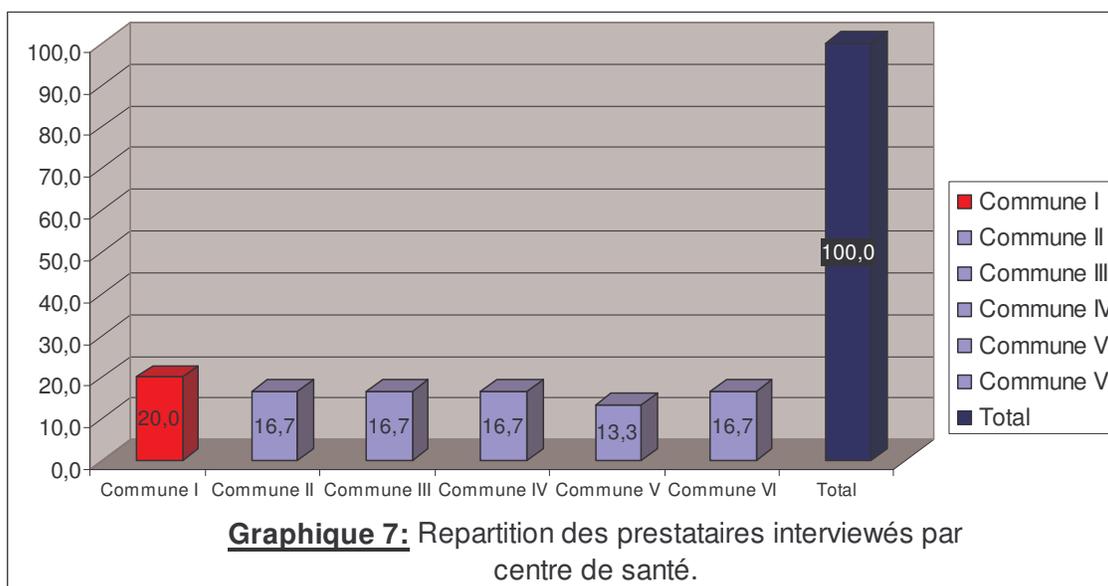
<b>Nettoyage du sol avec des gants de ménage</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non	2	33,3
Oui	4	66,7
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>

Pour le nettoyage du sol, des gants de ménage étaient utilisés dans 66,7% (n=4) des unités PF observés.

### 3.5. Couverture des besoins des prestataires selon ceux-ci



Au cours de notre enquête, nous avons interrogé des sages-femmes qui constituaient la plus grande proportion de prestataires interviewés (80% n=24), des infirmières (13,3% n=4) et des aides-soignantes (6,7% n=2).



C'est en Commune V que la proportion de prestataire interviewés était la moins élevée : 13,3% (n=4) alors qu'en Commune I, où elle était la plus élevée, elle atteignait 20% (n=6).

**TABLEAU XXXVIII** : PROPORTION DE PRESTATAIRES ESTIMANT AVOIR ACCES AUX FORMATIONS NECESSAIRES POUR EFFECTUER LES TACHES QUI LEURS SONT DEMANDES

Accès aux formations	Effectif	Pourcentage
Non	8	26,7
Oui	22	73,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Un peu plus d'un quart des prestataires (26,7% n=8) estimaient ne pas avoir accès aux formations et connaissances nécessaires pour effectuer les taches qui leurs sont demandées.

**TABLEAU XXXIX** : PROPORTION DES PRESTATAIRES N'AYANT PAS ACCES AUX FORMATIONS EN FONCTION DE LA CATEGORIE.

Accès aux formations	Catégories						Total	
	Sage femme		Infirmière		Aide-soignante			
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Non</b>	4	13,3	3	10,0	1	3,3	8	26,7
<b>Oui</b>	20	66,7	1	3,3	1	3,3	22	73,3
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>80</b>	<b>4</b>	<b>13,3</b>	<b>2</b>	<b>6,6</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Ce sont surtout les sages-femmes (13,3% n=4) qui ont le plus affirmées ne pas avoir accès aux formations devant leur permettre d'exécuter toutes les taches qui leurs sont demandées. Cette proportion correspond à une sage-femme sur six.

**TABLEAU XL :** PROPORTION DE PRESTATAIRES ESTIMANT AVOIR ACCES AUX FORMATIONS EN FONCTION DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE.

Centre de santé	Accès aux formations				Total	
	Non		Oui			
	n	%	n	%	n	%
Commune I	2	6,7	4	13,3	6	20,0
Commune II	3	10,0	2	6,7	5	16,7
Commune III	2	6,7	3	10,0	5	16,7
Commune IV	0	0,0	5	16,7	5	16,7
Commune V	0	0,0	4	13,3	4	13,3
Commune VI	1	3,3	4	13,3	5	16,7
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>26,7</b>	<b>22</b>	<b>73,3</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

C'est dans les communes I et III que les plus fortes proportions de prestataires estimant ne pas avoir accès aux formations ont été enregistrées.

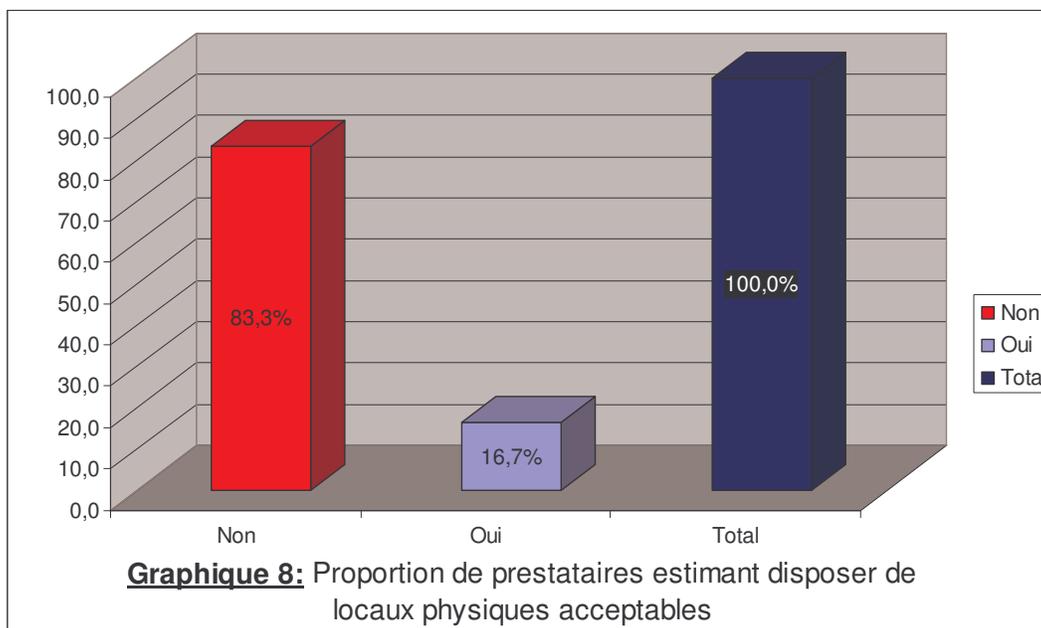
En commune I, un prestataire sur trois estime ne pas y avoir accès. Cette proportion passe au double (deux sur trois) en commune III.

Dans les communes IV et V, tous les prestataires ont affirmé y avoir accès.

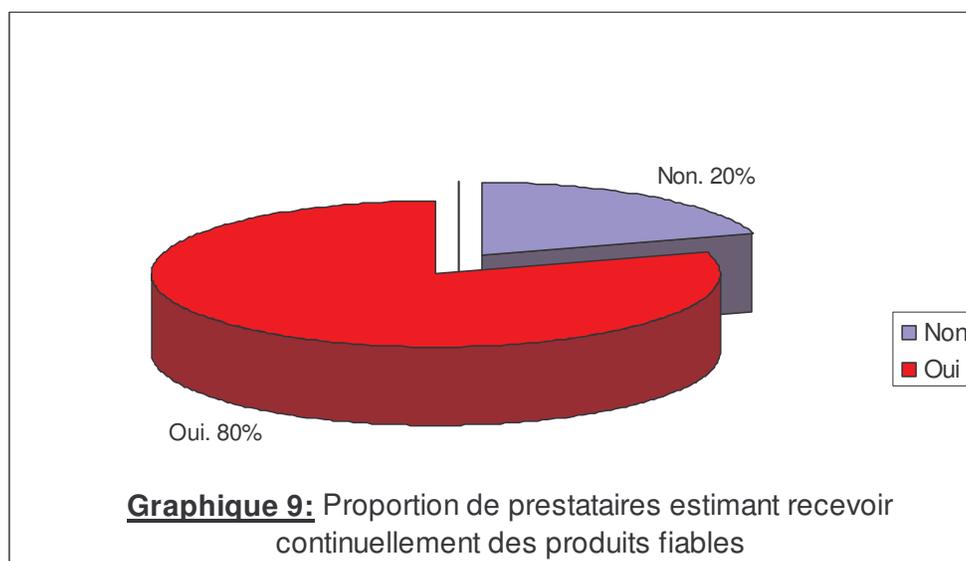
**TABLEAU XLI :** PROPORTION DE PRESTATAIRES ESTIMANT AVOIR ACCES AUX INFORMATIONS CONCERNANT LEURS FONCTIONS

Accès aux informations	Effectif	Pourcentage
Non	4	13,3
Oui	26	86,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

86,7% (n=26) des prestataires interviewés estiment avoir accès aux informations concernant leur fonction.



83,3% des prestataires (n=25) estiment que les locaux physiques dont elles disposent ne leur permettent pas de fournir des prestations de qualité.

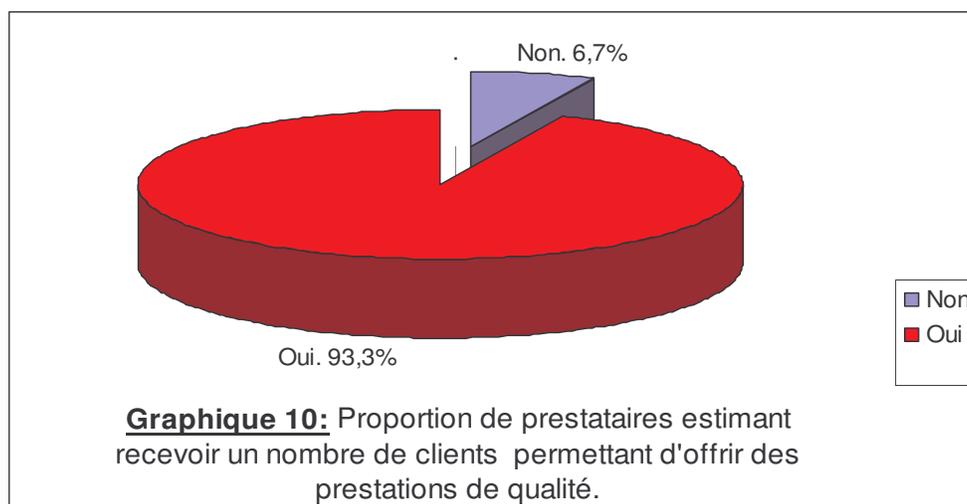


80% (n=24) des prestataires interviewés, ont affirmé recevoir continuellement des produits fiables et le matériel qui leur permet de fournir des services de qualité.

**TABLEAU XLII :** PROPORTION DE PRESTATAIRES ESTIMANT RECEVOIR DES DIRECTIVES CLAIRES DE LA PART DE LEUR SUPERIEUR HIERARCHIQUE.

Réception de Directives claires	Effectif	Pourcentage
Non	6	20
Oui	24	80
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

20% (n=6) des prestataires estiment ne pas recevoir des directives claires de la part de leurs supérieurs hiérarchiques pour procéder lorsqu'il y a lieu aux changements à opérer.



Seulement 6,7% (n=2) des prestataires interviewés estiment que le nombre moyen de clients reçus quotidiennement ne leur permettait pas d'offrir une prestation de qualité.

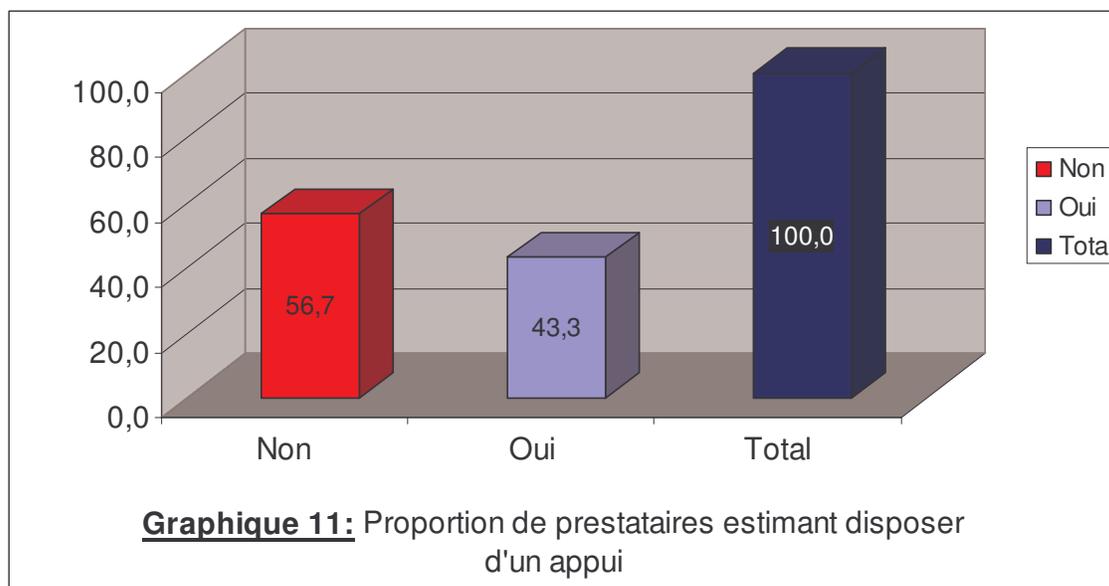
**TABLEAU XLIII :** PROPORTION PAR CATEGORIE DES PRESTATAIRES ESTIMANT NE PAS RECEVOIR UN NOMBRE DE CLIENT LEUR PERMETTANT DE FOURNIR DES SERVICES DE QUALITE ACCEPTABLE.

Nombre de clientes acceptable	Catégories						Total	
	Sage femme		Infirmière		Aide-soignante			
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Non	1	3,3	0	0,0	1	3,3	2	6,7
Oui	23	76,7	4	13,3	1	3,3	28	93,3
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>80,0</b>	<b>4</b>	<b>13,3</b>	<b>2</b>	<b>6,6</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Les catégories qui estiment que la quantité de clientes reçue quotidiennement ne leur permet pas de fournir des services d'un niveau de qualité acceptable sont les sages femmes et les aides-soignantes.

Cela correspond à des proportions différentes selon les catégories :

- ▲ 4,16% (n=1) des sages-femmes ;
- ▲ 50% (n=1) des aides-soignantes.



Un peu plus de la moitié (56,7% (n=17) des prestataires interviewés ont affirmé ne pas recevoir d'appui de la part d'autres personnes ou d'unités en cas de surcharge de travail.

**TABLEAU XLIV :** PROPORTION DE PRESTATAIRES ESTIMANT NE PAS DISPOSER D'APPUI EN FONCTION DU CENTRE DE SANTE.

Centre de santé	Réception d'un appui				Total	
	Non		Oui			
	n	%	n	%	n	%
Commune I	6	20,0	0	0,0	6	20,0
Commune II	3	10,0	2	6,7	5	16,7
Commune III	0	0,0	5	16,7	5	16,7
Commune IV	2	6,7	3	10,0	5	16,7
Commune V	2	6,7	2	6,7	4	13,3
Commune VI	4	13,3	1	3,3	5	16,7
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>56,7</b>	<b>13</b>	<b>43,3</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

En commune III, tous les prestataires (n= 5) estiment recevoir un soutien de la part d'autres personnes ou unités. Par contre en commune I, aucun des prestataires interviewés n'a affirmé recevoir d'appui ou de soutien de la part d'autres personnes en cas de surcharge de travail.

**TABLEAU XLV :** PROPORTION DE PRESTATAIRES ESTIMANT ETRE RECONNUS POUR SES COMPETENCES ET RESPECTE POUR SES BESOINS HUMAINS.

Respecte et reconnu pour ses compétences	Effectif	Pourcentage
Non	6	20,0
Oui	24	80,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

20% (n=6) des prestataires interviewés estiment ne pas être reconnus pour leur compétence et respectés pour leurs besoins humains.

**TABLEAU XLVI :** PROPORTION DES PRESTATAIRES ESTIMANT NE PAS ETRE RECONNU POUR LEUR COMPETENCES EN FONCTION DE LA CATEGORIE

Respectée et reconnue pour ses compétences	Catégories						Total	
	Sage femme		Infirmière		Aide-soignante			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Non	4	13,3	1	3,3	1	3,3	6	20,0
Oui	20	66,7	3	10,0	1	3,3	24	80,0
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>80,0</b>	<b>4</b>	<b>13,3</b>	<b>2</b>	<b>6,6</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Dans notre échantillon de prestataire interviewés, la catégorie qui a affirmé être le moins respecté était celle des sages-femmes (13,3% n=4) ce qui correspond à une sage-femme sur six. Alors que les aides-soignantes et les infirmières l'avaient également affirmés à des proportions égales (3,3% n=1).

**TABLEAU XLVII :** PROPORTION DE PRESTATAIRES ESTIMANT RECEVOIR DES ENCOURAGEMENTS.

Encouragé dans son travail	Effectif	Pourcentage
Non	15	50,0
Oui	15	50,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

50% (n=15) des prestataires interrogés ont affirmé ne pas recevoir d'encouragement ou être poussé à développer leur créativité et leur potentiel.

**TABLEAU XLVIII :** PROPORTION DE PRESTATAIRE RECEVANT UN FEED-BACK SELON LEURS ATTITUDES ET OPINIONS DES AUTRES

Réception d'un Feed-back	Effectif	Pourcentage
Non	10	33,3
Oui	20	66,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Parmi les prestataires que nous avons interviewés, 66,7% (n=20) ont affirmé recevoir un feed-back concernant leurs compétences et attitudes selon les observations des autres.

**TABLEAU XLIX :** PROPORTION DE PRESTATAIRES ESTIMANT NE PAS RECEVOIR DE FEED-BACK EN FONCTION DE LA CATEGORIE.

Réception de feed-back	Catégories						Total	
	Sage femme		Infirmière		Aide-soignante			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Non	10	33,3	0	0,0	0	0,0	10	40,0
Oui	14	46,7	4	13,3	2	6,7	20	60,0
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>80,0</b>	<b>4</b>	<b>13,3</b>	<b>2</b>	<b>6,7</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Dans notre échantillonnage, ce sont exclusivement les sages-femmes, à une proportion de 33,3% (n=10) qui ont estimées ne pas recevoir de feed-back concernant leurs compétences et attitudes en fonction des observations des autres.

**TABLEAU L :** PROPORTION DE PRESTATAIRES AUTORISÉS A EXPRIMER LEUR POINT DE VUE SUR LA QUALITE DU PROGRAMME DE PF.

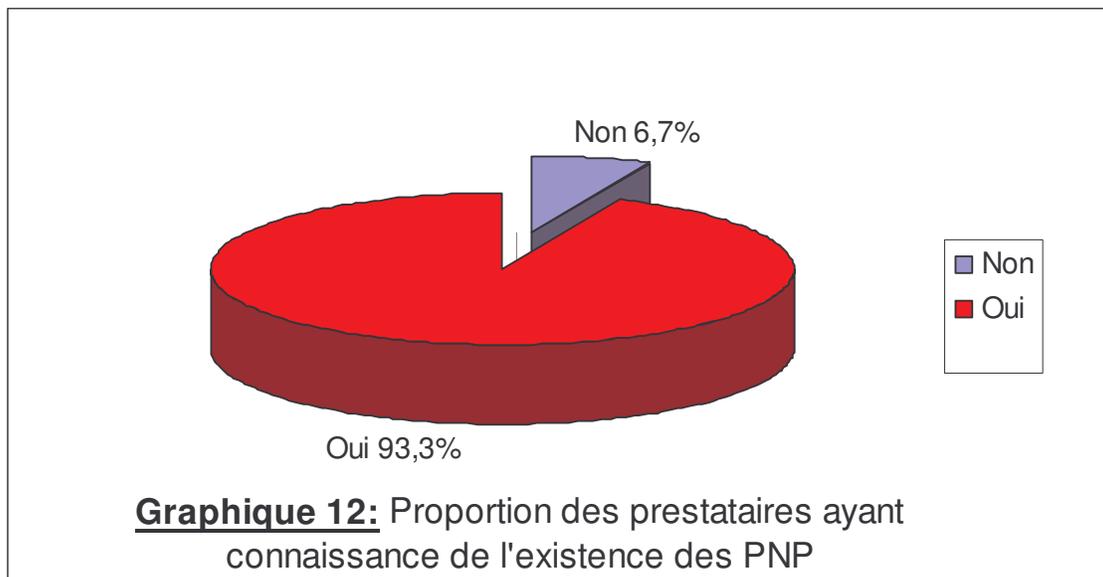
<b>Autorisée à exprimer son point de vue</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non	7	23,3
Oui	23	76,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

23,3% (n=23) des prestataires interviewés ont affirmé ne pas être autorisé à exprimer leur point de vue sur la qualité du programme.

**TABLEAU LI :** PROPORTION DES PRESTATAIRES AUTORISÉS A EXPRIMER LEUR POINT DE VUE EN FONCTION DE LA CATEGORIE.

<b>Autorisée à exprimer son point de vue</b>	<b>Catégorie</b>						<b>Total</b>	
	<b>Sage femme</b>		<b>Infirmière</b>		<b>Aide soignante</b>			
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Non	5	16,7	1	3,3	1	3,3	7	23,3
Oui	19	63,3	3	10,0	1	3,3	23	76,7
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>80,0</b>	<b>4</b>	<b>13,3</b>	<b>2</b>	<b>6,7</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Ce sont surtout les sages-femmes (16,7% n=5) qui ont affirmé ne pas être autorisé à exprimer leur point de vue sur la qualité du programme de PF de leur unité. Cette proportion observée correspond à un taux de près d'une sage-femme sur cinq.



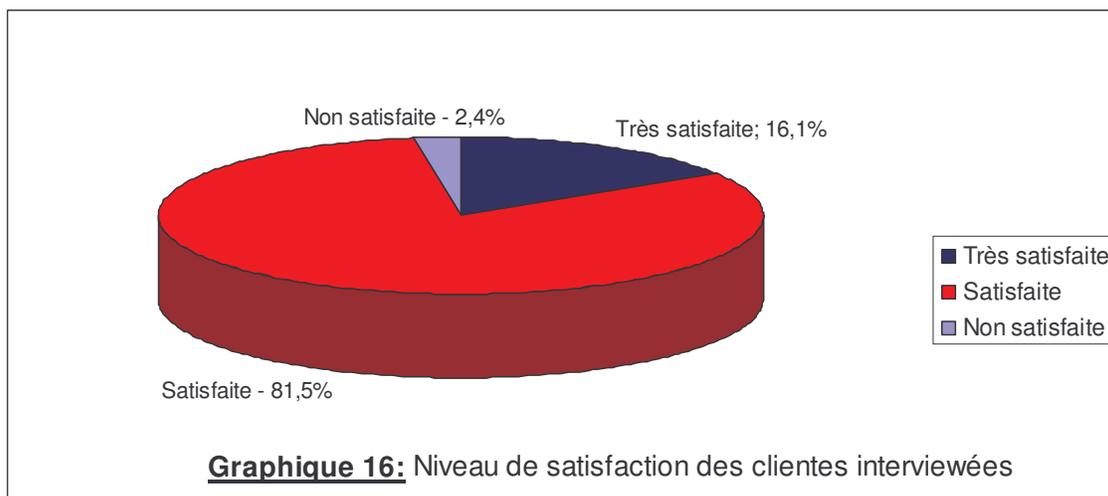
6,7% (n=2) des prestataires interviewés ont affirmé ne pas avoir connaissance de l'existence des PNP.

**TABLEAU LII:** PROPORTION DES PRESTATAIRES AYANT CONNAISSANCE DE L'EXISTENCE DES PNP EN FONCTION DE LA CATEGORIE

Connaissance de l'existence des PNP	Catégories						TOTAL	
	Sage femme		Infirmière		Aide-soignante		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Non	0	0,0	1	3,3	1	3,3	2	6,7
Oui	24	80,0	3	10,0	1	3,3	28	93,3
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>80,0</b>	<b>4</b>	<b>13,3</b>	<b>2</b>	<b>6,7</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Les catégories de prestataires ayant affirmé ne pas avoir connaissance des PNP étaient les infirmières et les aides soignantes à hauteur de 3,3% (n=1) chacune ce qui correspond à une proportion de une infirmière sur trois et une aide-soignante sur deux.

### 3.6. Le respect des droits des clientes



- ▲ 81,5% (n=172) des clientes se sont dites "*satisfaite*" de la prestation reçue ;
- ▲ 2,4% (n=5) d'entre elles ne l'étaient pas.
- ▲ 6,1% (n=34) ont affirmé être « *très satisfaite* ».

**TABLEAU LIII :** PROPORTION DE CLIENTES ESTIMANT AVOIR REÇU LES INFORMATIONS QU'ELLES SOUHAITAIENT RECEVOIR

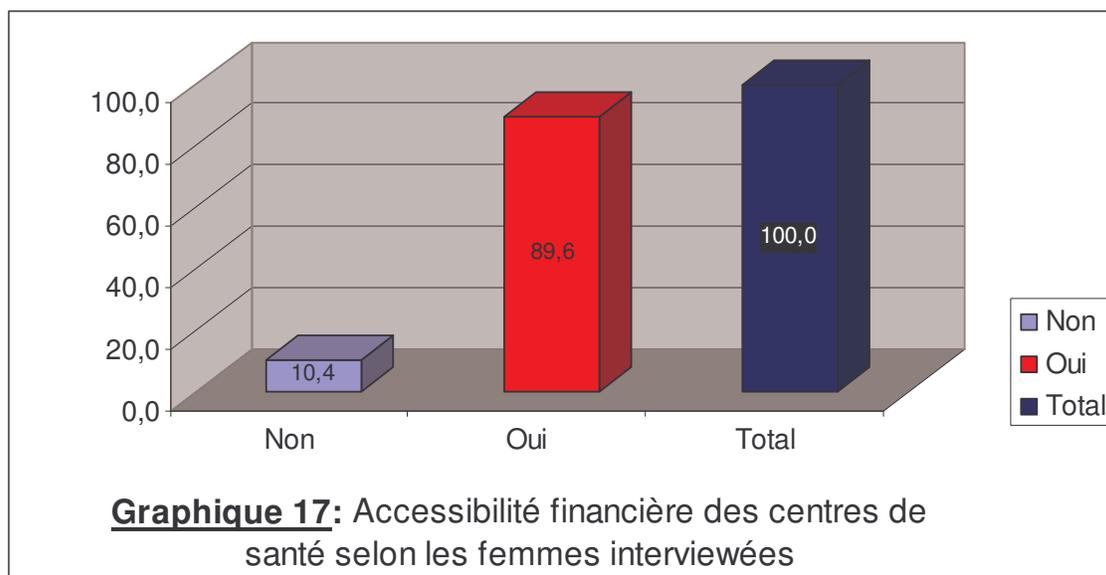
Réception des infos souhaitées	Effectifs	Pourcentage
Non	26	12,3
Oui	185	87,7
<b>Total</b>	<b>211</b>	<b>100,0</b>

12,3% (n=26) des clientes ont estimé ne pas avoir reçu les informations qu'elles souhaitaient recevoir des prestataires.

**TABLEAU LIV :** TEMPS MOYEN PARCOURU PAR LES FEMMES POUR ATTEINDRE LE CENTRE DE SANTE.

Durée en minutes	Effectifs	Pourcentage
1- 10	74	35,1
11 – 20	69	32,7
21 – 30	40	18,9
31 – 40	10	4,8
41 – 60	13	6,1
61 – 120	1	0,5
Total	207	98,1
Non disponible	4	1,9
<b>Total</b>	<b>211</b>	<b>100,0</b>

La majorité des femmes interviewées (67,8% n=143) parcouraient entre une et vingt minutes avant de gagner le centre de santé. Seul 0,5% (n=1) des femmes interviewés parcouraient plus d'une heure. Le temps moyen parcouru par les femmes était de 19,77 minutes.

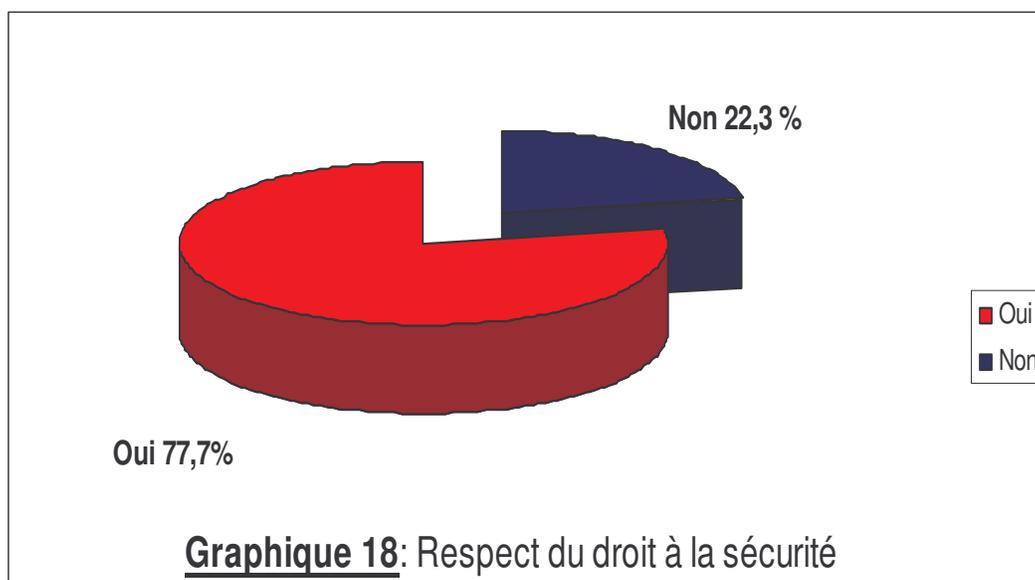


89,6% (n=189) des femmes interviewées ont estimé que les services leurs étaient financièrement accessibles.

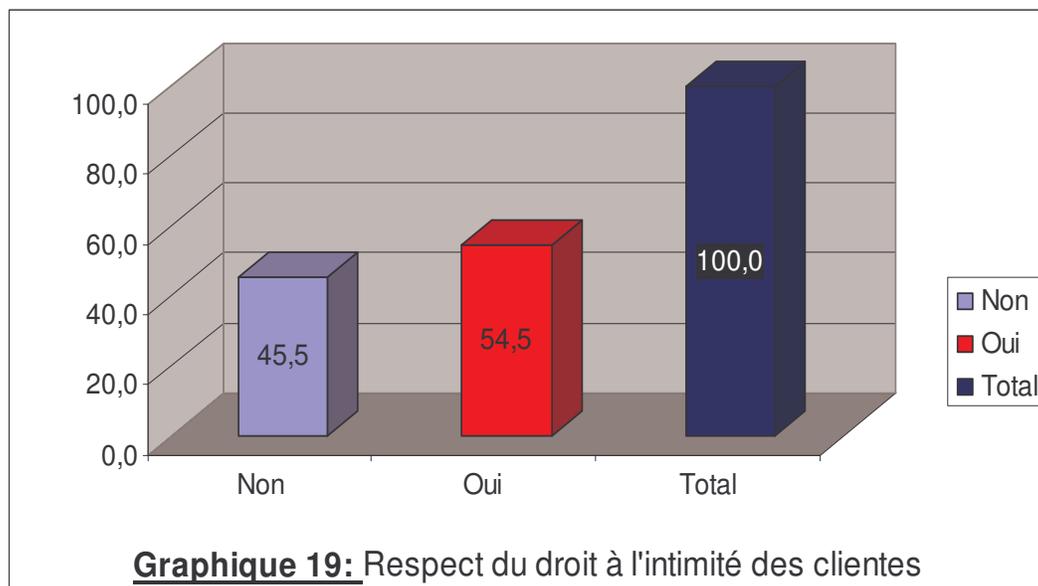
**TABLEAU LV : PROPORTION DES FEMMES ESTIMANT AVOIR EU LE DROIT DE CHOISIR LA METHODE CONTRACEPTIVE DE LEUR CHOIX.**

Droit de choisir	Effectif	Pourcentage
Non	37	17,5
Oui	174	82,5
<b>Total</b>	<b>211</b>	<b>100,0</b>

17,5% (n=37) des femmes interviewées ont estimé ne pas avoir eu le droit de choisir la méthode contraceptive qu'elles souhaitent.



22,3% (n=47) des femmes interviewées, ont estimé que pendant au moins un moment de la prestation de service, elles ont été inquiètes quant à leur propre sécurité.

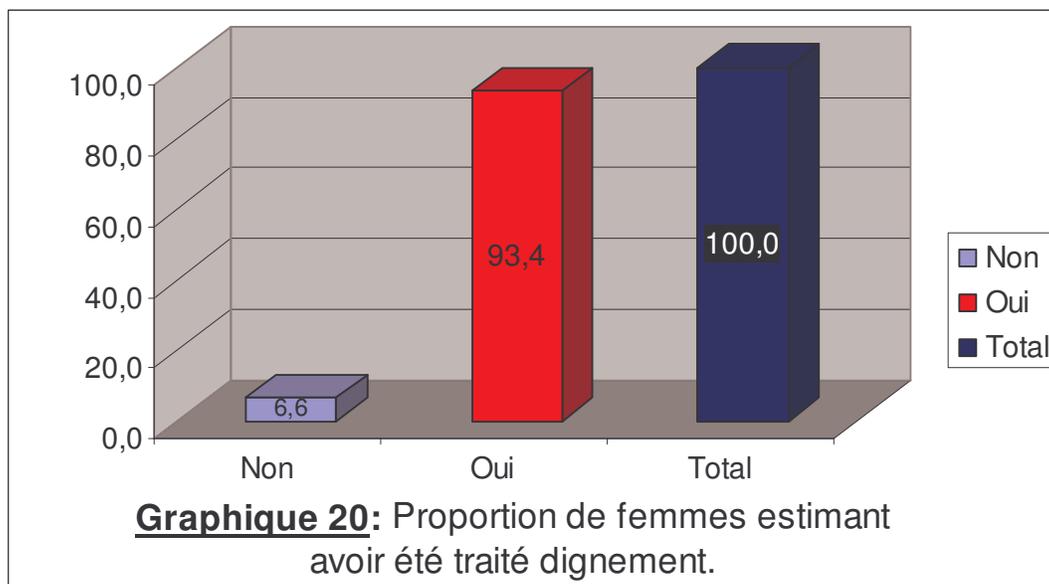


45,5% (n=96) des clientes ont estimé que l'entretien avec le prestataire ne s'est pas effectué dans l'intimité, soit un peu moins d'une femme sur deux.

**TABLEAU LVI:** PROPORTION DE FEMMES ESTIMANT NE PAS AVOIR EU DROIT A L'INTIMITE EN FONCTION DU NIVEAU DE SCOLARISATION.

Niveau de scolarisation	Respect de l'intimité				Total	
	Non		Oui		n	%
	n	%	n	%		
Medersa	4	1,9	8	3,8	12	5,7
Non scolarisée	24	11,4	42	19,9	66	31,3
Primaire	19	9,0	16	7,6	35	16,6
Secondaire	15	7,1	30	14,2	45	21,3
Supérieure	34	16,1	19	9,0	53	25,1
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>45,5</b>	<b>115</b>	<b>55,5</b>	<b>211</b>	<b>100,0</b>

Les femmes ayant estimé que leur intimité n'était pas respectée, étaient principalement du niveau de scolarisation « supérieur » (16,1% n=34).



93,4% (n=197) des femmes interviewées ont estimé avoir été traitées dignement par les prestataires les ayant reçu lors de leur visite au centre de santé.

**TABLEAU LVII :** RESPECT DES FEMMES EN FONCTION DU NIVEAU DE SCOLARISATION.

Niveau de scolarisation	Été traité dignement				Total	
	Non		Oui			
	n	%	n	%	n	%
Medersa	1	0,5	11	5,2	12	5,7
Non scolarisée	1	0,5	65	30,8	66	31,3
Primaire	0	0,0	35	16,6	35	16,6
Secondaire	3	1,4	42	20,0	45	21,4
Supérieur	9	4,2	44	20,8	53	25,0
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>6,6</b>	<b>197</b>	<b>93,4</b>	<b>211</b>	<b>100,0</b>

Parmi les femmes interviewées, celles qui estiment ne pas avoir été traitées dignement sont pour la majorité celles dont le niveau atteint le supérieur (4,2% n=9) suivi de celles qui ont atteint le secondaire (1,4% n=3).

**TABLEAU LVIII :** PROPORTION DES FEMMES AYANT ESTIME L'ENTRETIEN CONFORTABLE.

<b>Entretien confortable</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non	79	37,4
Oui	132	62,6
<b>Total</b>	<b>211</b>	<b>100,0</b>

Parmi les femmes interviewées 37,4% (n=79) ont estimé que l'entretien avec le prestataire ne fut pas confortable pour elles.

**TABLEAU LIX :** PROPORTION DES FEMMES INTERVIEWÉES CHEZ QUI EST EFFECTUÉ LE SUIVI.

<b>Suivi</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non	21	10,0
Oui	190	90,0
<b>Total</b>	<b>211</b>	<b>100,0</b>

Le suivi est effectué chez 90% (n=190) des femmes que nous avons interviewées.

**TABLEAU LX :** PROPORTION DES FEMMES AYANT EU DES QUESTIONS A POSER AU PRESTATAIRE.

<b>Questions à poser</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non	55	26,1
Oui	156	73,9
<b>Total</b>	<b>211</b>	<b>100,0</b>

73,9% (n=156) des femmes interviewées souhaitaient poser des questions aux prestataires lorsqu'elles se rendaient au centre de santé.

**TABLEAU LXI : PROPORTION DE CLIENTES AYANT PU POSER LES QUESTIONS SOUHAITÉES.**

<b>Questions effectivement posées</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non	43	20,4
Oui	113	53,6
N.A	55	26,0
<b>Total</b>	<b>211</b>	<b>100,0</b>

N.A : Non Applicable

Un peu plus d'une femme sur quatre qui souhaitaient poser des questions n'est pas arrivée à le faire, ce qui correspond à 20,4% (n= 43) de notre échantillon total.

**TABLEAU LXII : PROPORTION DES FEMMES AYANT PU POSER DES QUESTIONS EN FONCTION DU NIVEAU DE SCOLARISATION.**

<b>Niveau de scolarisation</b>	<b>Question effectivement posée</b>						<b>TOTAL</b>	
	<b>Non</b>		<b>Oui</b>		<b>N.A</b>		<b>Effectifs</b>	<b>%</b>
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%		
Medersa	2	1,0	4	1,9	6	2,8	12	5,7
Non scolarisée	11	5,2	35	16,6	20	9,5	66	31,3
Primaire	6	2,8	18	8,6	11	5,2	35	16,6
Secondaire	11	5,2	26	12,3	8	3,8	45	21,3
Supérieure	13	6,2	30	14,2	10	4,7	53	25,1
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>20,4</b>	<b>113</b>	<b>53,6</b>	<b>55</b>	<b>26,0</b>	<b>211</b>	<b>100,0</b>

Ce sont les femmes non scolarisées qui sont le plus arrivées à poser les questions qu'elles souhaitaient aux prestataires : 16,6% (n=35) de notre échantillonnage et 76,1 % d'entre elles soit un peu plus de trois femmes sur quatre.

# Commentaires et Discussions

## 4. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

### 4.1. Limites de notre étude

De façon générale, les études transversales ne permettent pas le suivi de l'évolution des populations étudiées au cours d'une étude. Notre travail s'inscrivant dans ce cadre, elle en subit les mêmes inconvénients.

En outre, l'observation des prestataires se faisait selon la régularité de l'application des gestes et non sur la quantité des gestes effectués en rapport avec eux qui ne l'était pas. Si un geste n'était pas appliqué une fois, il remettait en cause tous ceux qui étaient précédemment effectués. Nous avons par ailleurs constaté une modification des attitudes des prestataires dans le sens de l'amélioration.

Notre étude avait aussi la particularité d'avoir un volet observateur dépendant. Etant nous même le seul et unique enquêteur, il est donc probable que les biais enregistrés lors d'une observation aient pu se reproduire.

Aussi, nous n'avons pas utilisé d'indice synthétique résumant tous les aspects de la qualité car nous voulions cerner les déficits portant sur ses différentes composantes.

Par ailleurs l'étroitesse des locaux alloués aux unités PF rendait difficile l'interview des clientes qui devait se faire à l'abri des prestataires puisque la présence de ces derniers pouvait influencer les réponses. Et cela, tout en respectant les droits de la cliente, notamment celui relatif au confort.

### 4.2. Mesures individuelles de prévention des infections

Il convient de remarquer que les PNP précisent que 100% des prestataires doivent effectuer la totalité des gestes requis, et cela de façon régulière.

#### 4.2.1. Catégories des prestataires observés

Les prestataires observés étaient d'abord des sages-femmes. En effet celles-ci constituaient 80% (n=24) de notre échantillon de prestataires, les infirmières et les aides soignantes représentaient respectivement 13,3% (n=4) et 6,7% (n=2). La moyenne est de cinq prestataires par unité PF et tous sont de sexe féminin.

Aucun médecin ne figurait parmi les prestataires des unités. Ceux-ci semblent n'intervenir que lorsqu'une cliente décide d'avoir recours à la contraception chirurgicale volontaire. Cet état de fait pourrait être la conséquence de ce que les programmes des formations académiques de la faculté sont très peu portés sur la formation en planning familial, ce qui pour l'heure reste donc l'apanage des sages-femmes qui sont les principales prestataires de service dans les unités PF que nous avons eu à observer.

En outre, le fait que la totalité des prestataires soient de sexe féminin, semble constituer un frein à la réception des hommes tant de la part de ces derniers que des prestataires elles-mêmes.

Ces résultats diffèrent de ceux trouvés par Population Council qui fait part de 6,6% de médecins, 26,4% de sages-femmes, 17,6% d'infirmières et 44,3% d'aides-soignantes, 2,2% de techniciens supérieurs, 0,4% d'assistante sociale (47).

Cette différence peut s'expliquer par le fait que la taille de l'échantillon de l'étude citée était plus grande que le notre, de même que le lieu beaucoup plus large.

#### **4.2.2. Port de blouse**

Jusqu'à 10% (n=3) des prestataires observés ne portaient pas régulièrement la blouse, et ce principalement en commune IV. La catégorie principalement concernée est celle des sages-femmes, certainement en raison de leur plus grand nombre au sein de notre échantillon. Parmi ceux qui la mettaient régulièrement, une proportion atteignant les 7,4 % (n=2) sortait avec celle-ci en dehors de la formation sanitaire.

Si une grande proportion de notre échantillon mettait régulièrement la blouse, c'est plutôt l'état de celle-ci que l'on devrait remettre en cause, car peu de prestataires nous ont paru soucieux de son entretien.

Il semble que le fait de ne pas mettre la blouse a une incidence sur certaines mesures individuelles de prévention des infections car aucun des prestataires qui ne mettaient la blouse ne se rinçaient ni ne se séchaient les mains avec une serviette individuelle. Ce sont également eux qui se lavaient le moins les mains avant et après avoir examiné une cliente.

### **4.2.3. Lavage des mains avant un acte**

Avant d'examiner une patiente, seul un peu plus d'un prestataire sur quatre (26,7% n=8) se lavaient les mains avant et après avoir examiné une patiente. Cette proportion passe à un peu plus de la moitié (53,3% n=16) quand il s'agit d'entrer en contact avec du matériel stérile et elle atteint les 83,3% (n=25) quand il s'agit du contact avec une muqueuse.

Au total, plus de la moitié (50,9% n = 15,25) des prestataires qui se lavaient les mains avant d'effectuer un geste qui le requière.

Aussi trois prestataires sur cinq (60% n=18) ne se rinçaient, ni se séchaient la main avec une serviette individuelle. La catégorie qui le faisait le plus était celle des sages-femmes.

Ceci pourrait s'expliquer du fait de la très disponibilité des serviettes individuelles au sein des unités. Il faut cependant remarquer que chacune de ces unités dispose d'une source d'eau courante, potable et protégée, même si Population Council fait part de cette présence dans seulement 2% des points de prestations de services. (47)

### **4.2.4. Port de gants et doigtiers**

Tous les prestataires observés mettaient une paire de gant avant de toucher le sang (100% n=30), mais cette proportion est réduite à 96,6% (n=28) quand le contact doit se faire avec un liquide organique et elle s'effondre pour atteindre les 16,7% (n=5) lorsque le prestataire doit toucher un matériel qui a été au préalable stérilisé. Mais aucun des prestataires ne mettaient une nouvelle paire de gants avant d'examiner chaque nouvelle patiente.

Ce fait est pourrait être lié à la très faible disponibilité de cet outil, en effet l'on estime que seul 17% des centres de santé de référence en sont régulièrement équipés pour les gants et 11% pour les doigtiers. (47)

Les prestataires semblent donc à juste titre les utiliser par ordre de besoin d'autoprotection croissant.

### **4.2.5. Préparation de la peau et des muqueuses**

Lors de notre période d'observation, tous les prestataires nettoyaient régulièrement le site d'injection avec un désinfectant avant l'acte. Il en était de même lorsqu'il s'est agi de nettoyer l'avant bras pour l'insertion d'un implant.

Cependant aucun des prestataires observés ne nettoyait le col avant d'insérer un stérilet. Ce constat reste le même lorsqu'il s'agit de toute manipulation du col utérin. C'est peut être la tendance à ne pas le faire lors d'autres circonstances (TV, pose de spéculum...) qui est reproduite ici, alors que le nettoyage du site d'injection est largement entré dans les habitudes.

#### **4.2.6. Traitement du matériel**

Pour traiter le matériel, toutes les unités PF (100% ; n=6) effectuaient au préalable la décontamination avant le traitement proprement dit. La méthode de traitement préférée étant la stérilisation. En effet, ce sont les 100% (n=6) des unités PF qui le faisaient contre seulement 16,7% (n=1) pour la désinfection de haut niveau qui n'est qu'une méthode dite « acceptable » à la différence de la stérilisation qui est de loin préférable.

Les prestataires semblaient recourir à ce moyen (désinfection de haut niveau) le plus souvent lorsque le stérilisateur était indisponible. Seul 16,7% des unités (n=1) observées utilisaient à la fois les deux méthodes.

Cependant les 83,3% des centres (n=5) n'effectuaient pas régulièrement le lavage puis le rinçage du matériel après son utilisation, ce qui est pourtant une procédure fort utile car il permet d'y retirer les liquides organiques qui s'y sont éventuellement déposés et d'éviter ainsi un développement microbien.

#### **4.2.7. Traitement des déchets**

Aucune des unités PF de notre échantillon n'effectuait une décontamination des déchets à la source. Le rangement des déchets pointus se faisait néanmoins au sein de toutes les unités dans un bac non perforable, même si les liquides n'étaient pas toujours versés dans un évier ou un trou vu que 66,7% (n=4) ne le faisaient pas. Les déchets solides eux, étaient enterrés dans 66,7% (n=4) des unités PF.

En outre, un tiers (33,3% n=2) n'effectuaient pas régulièrement le transport interne et la vidange des déchets. L'habitude qui semble être de mise est le transport et la vidange des poubelles seulement quand celle-ci sont pleines.

Cette dernière (la poubelle) était lavée régulièrement au sein de 83,3% des unités PF (n=5).

#### **4.2.8. Entretien des locaux**

Au cours de notre période d'observation, si les 100% (n=6) des unités nettoyaient régulièrement leur sol, ce sont les conditions de ce nettoyage qui ne sont pas toujours conformes aux normes. En effet, 66,7% (n=4) soit les deux tiers seulement utilisaient des gants de ménage pour le nettoyage. Cette proportion descend à un sixième (16,7% n=1) quand il s'agit d'associer au nettoyage un désinfectant.

Cependant aucune des unités (0,0%) ne nettoyait leurs murs.

#### **4.3. Couverture des besoins des prestataires.**

Les prestataires observés en matière de mesures individuelles de prévention des infections sont également ceux qui ont été interviewés afin de connaître la couverture de leurs besoins. Notre échantillon est donc n=30 composé de 80% (n=24) de sages-femmes, 13,3% (n=4) d'infirmières et 6,7% (n=2) d'aides-soignantes.

La plus grande proportion de prestataires interviewés était en commune I (20% n=6) et en commune V, elle était la plus faible vu qu'elle pointait à 13,3% (n=4).

##### **4.3.1. Accès aux formations**

26,7% (n=8) des prestataires interviewés ont affirmé ne pas avoir accès aux formations leur permettant d'effectuer correctement les tâches qui leur sont demandés. Toutes les catégories semblent souffrir de ce manque. En effet une sage-femme sur six (n=4), trois infirmières sur quatre (n=3) et une aide soignante sur deux (n=1) ont affirmé ne pas y avoir accès.

C'est en Commune I et III que ce manque semble être plus marqué. Un prestataire sur trois estime ne pas y avoir accès en Commune I mais cette proportion passe au double (deux sur trois) en commune III. Toutefois, dans les communes IV et V, tous ont affirmé y avoir accès.

Ceci est peut être liée au fait de la très faible fréquence des formations et du recyclage dans le domaine de la PF, vu que la dernière précédant notre enquête semblait daté de 1996, soit neuf ans avant. Il nous a aussi été rapporté que dans bien des cas, seul le même prestataire disposait de la totalité des formations qui avaient lieu compte tenu de sa position hiérarchique au sein de l'unité.

Quant aux informations concernant leurs fonctions ce sont seulement 13,3% (n=8) des prestataires qui ont affirmé ne pas y avoir accès.

Il semble donc que le manque exprimé porte plus sur les formations basiques intéressant les aspects technique et pratique plutôt que théorique et verbal.

Nos résultats sont inférieurs à ceux trouvés par Population Council **(47)** qui fait part d'un accès à la formation portant sur au moins une des méthodes contraceptive atteignant les 96%, tout en reconnaissant que le recyclage est aussi peu fréquent vu que les prestataires qui en bénéficient ne sont que 44%.

#### **4.3.2. Disponibilité des infrastructures**

Jusqu'à 83,3% (n=25) des prestataires interviewés, soit cinq prestataires sur six affirment ne pas disposer des locaux physiques qui leur permettraient de fournir des services de qualité. Il faut remarquer que seul un centre sur deux disposent de deux pièces, les autres n'en ayant qu'une chacune. La moyenne des pièces sur les six centres est donc de 1,5 pièces par unité. Le nombre moyen de prestataires étant de cinq par unité, la conséquence directe de ce fait est une surcharge humaine des unités que nous avons pu constater de visu.

Ce déficit d'infrastructures semble porter également sur les salles d'attentes. En effet aucune des unités PF observée ne disposait de salle d'attente propre. La tendance étant de profiter de la salle d'attente de l'unité voisine, si ce n'est le couloir dont l'inconfort est des plus certains.

Ce déficit, a également une incidence certaine sur le counseling, étape quasiment indispensable au succès de la méthode contraceptive.

Cité par KOM MOGTO M, LANNELONGUE J. **(53)** rapporte que la contamination et donc les risques d'infection nosocomiale sont favorisés par le nombre de personnes, leurs mouvements, la parole et l'ouverture des portes au cours d'un acte.

Nos résultats sont quelque peu confortés par ceux du Population Council **(47)** qui estime que globalement la disponibilité des infrastructures au sein des points de prestations de services fixes est insatisfaisante vu que 71% ne disposent pas de salle d'IEC, 57% n'ont pas de salles d'attente. Et même quand cette dernière existe, chez jusqu'à 16% le nombre de place assise est insuffisant.

### **4.3.3. Disponibilité des produits contraceptifs**

80% (n=24) des prestataires interviewés affirment disposer de façon continue de produits fiables. Cette continuité ne semble porter que sur un nombre restreint de produits. En effet, seuls les COC, les PPS, les injectables sont les méthodes que l'on retrouve constamment dans tous les centres.

Le DIU et les spermicides semblent n'être constamment disponibles que dans 83,3% (n=5) des centres, les implants de progestatifs dans 1/3 des centres (n=2) en raison d'un déficit de formation en la matière.

Le diaphragme, la cape cervicale, le condom féminin quant à eux semblent bien inexistantes et ce, malgré la situation de ces unités au deuxième niveau de la pyramide sanitaire qui fait qu'ils en sont théoriquement fournis. Ce qui en théorie fait d'eux des sites où ces méthodes devraient être disponibles.

Nos résultats sont confirmés par Population Council qui fait part d'une rupture de stock portant sur les DIU dans 60% des centres, 45% sur les spermicides, 30% sur les pilules progestatives et 31% sur le condom féminin (47).

### **4.3.4. Nombre de clients reçus et appui aux prestataires**

Les prestataires interviewés ont pour une large part (93,3% n=28) affirmé que le nombre de clients reçus quotidiennement leur permet de fournir des services de qualité acceptable. Cependant dans les cas où ils ont à faire face à un nombre accru de clientes, seulement un sur deux (43,3% n=15) a déclaré bénéficier d'un appui de la part d'autres prestataires ou unités.

### **4.3.5. Relations entre prestataires et supérieurs hiérarchiques**

Un prestataire sur cinq (20% n=6) estime que les directives reçues de ses supérieurs hiérarchiques ne sont pas claires. C'est cette même proportion de prestataires (20% n=6) qui affirme ne pas être respecté et reconnu pour ses compétences.

Cette proportion augmente légèrement (23,3% n=7) lorsque les prestataires doivent être autorisés à exprimer leur point de vue sur la qualité du programme.

La proximité des valeurs affichées par ces résultats pourraient être liée au fait que de façon courante, le prestataire que l'on respecte est également celui avec qui l'on communiquera aisément (pour lui transmettre des directives) et que l'on acceptera d'écouter (pour connaître son point de vue sur la qualité du programme).

Il n'est donc pas étonnant dans ces conditions que un tiers (33,3% n=10) des prestataires affirment ne pas recevoir de feed-back quant à leurs attitudes et que jusqu'à 50% estiment ne pas recevoir d'encouragements de la part de leur supérieur, ceci apparaissant comme n'étant que la conséquence de ce que nous avons cité plus haut. Cela est d'autant plus préoccupant que la catégorie qui le manifeste le plus est celle des sages-femmes qui constituent 80% (n=24) des prestataires des unités PF.

Le respect accordé au prestataire semble donc être un déterminant important dans la chaîne de la couverture de ses besoins.

#### **4.3.6. Connaissance de l'existence des PNP**

Seul 6,7% (n=2) des prestataires interviewés ont affirmés ne pas avoir connaissance de l'existence des PNP et cela uniquement parmi les infirmières et les aides-soignantes. En effet, une infirmière sur trois (n=1) et une aide-soignante sur deux (n=1) ont affirmé ne pas avoir connaissance des PNP. Ceci semble quelque peu justifier le fait que ce soit à peu près ces mêmes proportions de prestataires de ces deux catégories (  $\frac{1}{4}$  pour les infirmières et  $\frac{1}{2}$  pour les aides soignantes) qui ont également affirmé ne pas avoir accès aux formations.

Selon le Population Council (47), ce document n'est disponible que dans seulement 26% des structures sanitaires de niveau 2.

### **4.4. Respect des droits des clientes**

#### **4.4.1. Profils des clients interviewés**

##### *4.4.1.1. Age et sexe*

Tous les clients interviewés étaient de sexe féminin (n=211). Les quelques rares hommes accompagnant leurs épouses ou conjointes étaient systématiquement invités à attendre hors de la salle de consultation.

Certes la plupart des méthodes contraceptives modernes sont pour les femmes et un grand nombre de prestataires supposent que les femmes ont surtout intérêt à protéger leur propre santé reproductive **(48)**. Cependant il nous apparaît que le nombre d'enfants qu'a une femme est fonction de l'avis du couple et non de la femme prise isolément. Le succès d'une méthode contraceptive est donc inhérent au couple et non à la seule femme qui semble toute fois porter la responsabilité en cas d'échec **(6)**.

De ce point de vue, les hommes devraient être des partenaires et des défenseurs éventuels d'une bonne santé reproductive plutôt que de simples témoins ou apparaître comme des obstacles ou des adversaires **(48)**. Cela d'autant plus qu'en 2001, 76% des époux des femmes utilisatrices ont affirmés approuver la contraception **(49)**.

Un peu plus de la moitié des femmes interviewées (52,6% n=111) avaient un âge situé entre 20 et 29 ans avec une moyenne d'âge de 28 ans, des extrêmes allant de 17 à 48 ans, l'âge médian pointant à 27 ans.

Aux ages de 20-29 ans, une femme malienne met en moyenne 5,18 enfants **(10)** or le nombre idéal d'enfants exprimé par ces femmes de cet âge est de 5,9 **(11)**.

Il est donc possible que le désir de limitation de la fécondité soit important chez plus de la moitié des femmes qui ont constitué notre échantillon.

Nos résultats sont inférieurs à ceux de l'EDSM qui situe le niveau maximum de prévalence contraceptive entre 30 et 39 ans **(11)**.

Cette différence est peut être inhérente à la taille largement supérieure de l'échantillon de l'EDSM par rapport à la notre. Celle-ci inclut toutes les utilisatrices de contraceptifs, et non pas seulement celles se rendant dans un centre de santé.

#### 4.4.1.2. *Statut matrimonial*

Les clients interviewés étaient principalement des femmes mariées (77,3% n=163). Les célibataires représentaient 19,4% (n=41), les divorcées et les veuves constituant respectivement 2,4 (n= 5) et 0,9% (n=2).

Ces chiffres sont inférieurs à ceux trouvés par l' APHRC qui trouve que les femmes mariées utilisatrices de la contraception constituent 82,1% des utilisatrices total au Mali **(49)**.

#### 4.4.1.3. *Nombre d'enfants par femmes*

Plus d'une femme sur trois de notre échantillon (38,8% n=82) possède plus de quatre enfants, le nombre d'enfants par femmes en moyenne était de 3,27.

L'EDSM rapporte plutôt un taux de 21,3% (**11**), pour le nombre d'enfants à la première utilisation d'une méthode contraceptive.

Dans notre échantillon les proportions de femmes possédant plus de quatre enfants en fonction du niveau de scolarisation sont :

- ▲ plus d'une femme non scolarisée sur deux (54,54% n=36)
- ▲ plus d'une femme de medersa sur deux (58,3% n=7)
- ▲ 42,9% (n=15) des femmes ayant atteint le niveau primaire
- ▲ plus d'une femme sur cinq du secondaire (22,2% n=10)
- ▲ et un peu plus d'une femme sur quatre du niveau supérieur (26,4% n=14)

Il semble donc bien comme le confirme T.LOCOH (**50**) que le niveau de scolarisation des femmes a une influence sur le nombre de leur descendance.

#### 4.4.2. *Méthodes contraceptives utilisées*

Les méthodes contraceptives principalement utilisées par les femmes de notre échantillon étaient les injectables et les COC. En effet ces moyens étaient préférées respectivement par une femme sur deux (50% n=97) et par un peu moins d'une femme sur quatre. (24,6% n=52).

Les autres méthodes étaient le stérilet à hauteur de 15,1% (n=32), les PPS par 8,1% (n=17) et les implants de progestatifs par 5,7% (n=12).

Cependant aucune des femmes n'a eu recours ni au diaphragme, à la mousse ou gelée, à la contraception chirurgicale volontaire (CCV). De même aucune d'entre elle n'utilisait ni une méthode traditionnelle, ni une méthode populaire.

Ces résultats semblent être d'abord la conséquence directe de la très faible disponibilité de ces méthodes, mais aussi du très faible intérêt que les prestataires semblent accorder aux méthodes naturelles et populaires, et ce bien que certaines telles la MAMA soit très socialement

acceptable et d'une efficacité atteignant les 98% en cas d'utilisation parfaite et ce sans aucun frais. **(36)**

La proportion élevée d'utilisatrices d'injectables constatée pourrait être liée à ce que cette méthode nécessite l'intervention d'un agent de santé, en effet 75,5% **(11)** des utilisatrices de cette méthode au Mali ont recours à un hôpital gouvernemental pour s'approvisionner.

En outre la faible disponibilité des méthodes pourrait justifier le fait que 17,5% (n=37) des clientes aient affirmées ne pas avoir eu le droit de choisir la méthode de leur choix, même si un grand nombre d'entre elles ont pu se voir refuser des méthodes en raison de contre-indications.

Nos résultats sont supérieurs aux moyennes nationales qui sont de 2,7% pour les pilules, 0,2% pour le DIU, 2,0% pour les injectables et 0,1% pour les implants **(11)**.

Population Council fait cependant état de 65% de prestataires fournissant la MAMA et 37% pour la PFN **(45)**.

#### **4.4.3. Niveau de satisfaction des clientes**

87,7% (n=185) des femmes interviewées ont affirmé avoir reçu les informations qu'elles souhaitaient avoir en se rendant au centre de santé. C'est donc logiquement qu'une grande proportion (81,5% n=172) des clientes interviewées après avoir bénéficié d'une prestation de service ont affirmé être "*satisfaite*" de la prestation reçue mais 2,4% (n=5) d'entre elles ne l'étaient pas. Et seul 16,1% (n=34) ont affirmé être « *très satisfaite* ».

Ces résultats correspondent à ceux trouvés par KOM MOGTO M. (3) dans un service traitant de santé de la reproduction car elle fait part de 90,5% de satisfaction.

Cependant Population Reports estime que la satisfaction des clientes telle qu'exprimée lors des interviews ou des enquêtes ne signifie pas forcément que la qualité est bonne, car ce sont peut-être eux qui ne s'attendent pas à plus. Aussi les clients affirment souvent qu'ils sont satisfaits car voulant faire plaisir à l'enquêteur (51, 54, 55), ou craignant de se voir refuser les soins à l'avenir (52).

#### **4.4.4. Accessibilité des centres de santé**

Globalement, les services des unités PF des CSRéf du district semblent être accessibles aux clientes. En effet, le temps moyen mis par les clientes pour accéder aux services dont le caractère est très rarement urgent est de 20 minutes. Ce délai étant celui mis par 67,8% (n=143) d'entre elles avant de gagner le service.

En plus de l'accessibilité physique, 89,6% (n=189) ont estimé que les services leurs étaient financièrement accessible.

Nos résultats sont supérieurs à ceux trouvés par M. KOM MOGTO qui rapporte un niveau d'accessibilité financière situé à 22,9% (3).

#### **4.4.5. Droit à la sécurité**

Jusqu'à 22,3% (n=47) des femmes interviewées soit un peu moins d'une femme sur quatre ont affirmé qu'il y a eu au moins un moment où elles ont été inquiètes, quant à leur propre sécurité. Il faut noter que les conditions de sécurité et d'asepsie ne sont pas toujours été de mise.

Même s'il peut arriver que la cliente peut être alerté devant une situation qui ne le devrait pas, le prestataire devrait être celui qui la rassure, en lui expliquant le caractère bénin du geste. Force est de reconnaître que nous avons été les tristes observateurs d'une très grande négligence de en matière de prévention des infections, portant notamment sur le lavage des mains vu que plus de la moitié des prestataires (50,9% n=15,25) avant un acte qui le nécessite.

Le niveau élevé d'inquiétude manifesté par les clientes nous parait lié au

fait que le lavage des mains est le geste de prévention des infections le plus basique et connu de tous, accessible dès qu'existe une source d'eau courante propre **(46)**.

De plus, il faut remarquer que la question de la sécurité s'est posée surtout lorsque la femme se voit prescrire une méthode autre que la contraception orale (DIU, Injectables, Norplant) car dans cette situation, comme nous avons pu le constater, l'entretien se limite au bureau d'accueil, alors qu'un examen pelvien est fortement recommandé notamment chez les adolescentes surtout qu'il constitue un aspect important des soins gynécologiques de dépistage. **(26)**

Ces résultats portant sur la sécurité ne devraient donc être applicable à 67,3% (n=142) des femmes interviewées, ce qui ferait remonter cette proportion à près d'une femme sur trois qui a été inquiète pour sa sécurité pendant la prestation de service.

#### **4.4.6. *Respect de l'intimité et droit au confort***

Un peu moins de la moitié des clientes (45,5% n=96) ont estimé qu'elles n'ont pas bénéficié de leur droit à l'intimité lors de l'entretien avec le prestataire et 37,4% (n=79) ont affirmé qu'il ne fût pas confortable.

L'intimité fait référence à ce qui a un caractère privée **(1)** donc ici à la possibilité pour les clientes et le prestataire de s'entretenir dans un lieu à l'abris des regards et de l'écoute des autres clients ou prestataires. Le confort, **(1)** lui se rattache au bien-être, à ce qui est agréable.

La condition qui nous semble le plus rattaché à ces états est la disponibilité d'infrastructures quantitativement suffisantes (pour la discrétion) et en qualité (pour le confort), or 83,3% (n=25) des prestataires ont affirmé disposer de locaux physiques acceptables.

De plus, la moyenne de prestataire étant de cinq par unité avec un nombre moyen de 1,5 pièces, ce qui fait que chaque pièce devrait être utilisée en moyenne de façon simultanée par 3,3 prestataires. En décidant de ne recevoir qu'une femme à la fois, les prestataires augmenteront à coup sur le temps d'attente de chaque cliente prise individuellement.

Il nous semble donc, que la faible disponibilité de locaux physique puisse être une des raisons de ce taux élevé de femmes affirmant ne pas avoir été reçues dans l'intimité.

Toute fois KOM MOGTO M. (3) trouve un taux d'intimité estimé respecté par les femmes dans un service traitant de la S.R situé à 98,6%.

#### **4.4.7. Droit au respect et suivi des clientes**

Une très grande proportion des clientes reçues (93,4% n=197) a affirmé avoir été traité dignement par les prestataires, et 90% (n=190) d'entre elles ont affirmé que le suivi était régulièrement effectué.

Pour qu'il y ait suivi, il faudrait que la femme accepte de revenir au centre de santé, or il nous apparaît que l'on a plus de facilité à revenir auprès d'un prestataire qui nous accorde de l'importance, du respect donc, c'est peut être ce qui pourrait expliquer la proximité de ces chiffres élevés, qui sont tout à l'honneur des agents de santé.

#### **4.4.8. Droit d'auto-expression**

Parmi les clientes, un peu moins des trois quarts (74% n=156) avaient souhaité posé des questions aux prestataires mais jusqu'à 20,4% (n=43) ne sont pas arrivées à le faire ce qui correspond à environ une femme sur trois qui voulait poser des questions mais qui n'est pas arriver à le faire.

Ceci pourrait résider dans le fait que la plupart des entretiens menés avec les clientes nous ont paru extrêmement directif, le prestataire monopolisant quasiment la parole, et cela quel que soit le niveau de scolarisation de la cliente car jusqu'à 26,5% (n=56) des femmes ayant atteint au moins le niveau supérieur ne sont pas arrivées à le faire.

# Conclusion

## 5. CONCLUSION

De Février à Avril 2005, nous avons mené une étude descriptive transversale à un passage dans les unités PF des six CSRéf du district sanitaire dans le but d'évaluer la qualité des services qui y sont offerts.

En somme, nous avons :

- ▲ observé trente (n=30) prestataires en matière de mesures individuelles de prévention des infections ;
- ▲ apprécié l'entretien des locaux, le traitement du matériel, et des déchets des six (n=6) unités PF des CSRéf du District sanitaire;
- ▲ interviewé les trente (n=30) prestataires observés afin d'évaluer le niveau de couverture de leurs besoins en tant que prestataire ;
- ▲ interviewé deux cent onze (n=211) clientes ayant au préalable bénéficié d'une prestation de service de la part des prestataires observés afin de connaître le niveau de respect de leurs droits en tant que clientes.

Il ressort de cette étude que tous les prestataires et leurs clients sont de sexe féminin et que huit prestataires sur dix sont sages-femmes, les autres étant pour 13,7% des infirmières et 6,7% des Aides-soignantes. 10% de ceux-ci ne portent pas régulièrement la blouse dans l'exercice de leur fonction.

Plus de la moitié des prestataires ne se nettoient pas les mains avant d'effectuer un acte qui le nécessite. Aucune infirmière ni aide soignante ne le faisaient, mais aussi 1/3 des sages femmes.

Un peu moins de la moitié des prestataires ne portent de gants ou de doigts avant un geste pour lequel il faudrait nécessairement le faire.

Pour préparer la peau et des muqueuses, ce sont tous les prestataires qui nettoient la peau du site avant une injection ou l'insertion d'un implant. Cependant aucun d'entre eux ne désinfecte le col avec un antiseptique avant l'insertion du stérilet.

S'agissant du traitement du matériel, tous les CSRéf effectuent au préalable la décontamination du matériel utilisé, mais celui-ci est lavé et rincé par seulement un sixième des Unités PF.

Afin de minimiser la quantité des agents pathogènes du matériel, les unités PF des CSRéf du district utilisent tous la méthode désignée

comme « préférable » à savoir la stérilisation à la désinfection de haut niveau dite « souhaitable ». Seul un centre utilise à la fois la stérilisation et la désinfection de haut niveau.

Les déchets sont ceux qui souffrent du moins de rigueur dans leur traitement, vu qu'aucune unité PF n'effectue leur décontamination à la source. Toute fois, le transport interne et la vidange régulière sont effectifs dans deux centres sur trois.

L'élimination des déchets liquides et solides ne se fait pas comme il se devrait dans 1/3 des unités. Et même si tous les objets pointus sont effectivement rangés dans un bac en plastique, la poubelle qui devra les contenir par la suite n'est pas régulièrement lavée dans 16,7% des centres.

Le sol, s'il est régulièrement nettoyé dans tous les centres, un tiers le font faire avec des gants de ménage et seul un sixième y font associer un désinfectant.

Les murs quant à eux ne sont jamais nettoyés dans les unités PF.

Les **prestataires** que l'on devrait considérer comme les clients internes sont régulièrement repartis au sein des unités du district vu que la moyenne de cinq par unité n'est supérieur qu'à celle d'un centre et reste inférieur à celle d'un seul. Et des PNP, seuls 6,7% affirment ne pas en avoir connaissance, essentiellement des infirmières et aides-soignantes.

Le nombre moyen de prestataire par unités n'est pas corrélé avec le nombre moyen de pièces ( $n=1,5$ ) dont disposent les prestataires car étant triplement inférieur. C'est ce qui semble justifier que jusqu'à 83,3% d'entre eux affirment que les locaux physiques dont ils disposent ne leur permettent pas de fournir des services de qualité.

Cela est d'autant plus marqué quand plus de la moitié des prestataires affirment ne pas disposer d'appui en cas de surcharge de travail, mais seulement 6,7% d'entre eux affirment que le nombre de clients reçus quotidiennement affecte négativement la qualité de leur prestation.

Un peu moins des trois quarts des prestataires affirment avoir accès aux formations qui leur sont nécessaires afin d'accomplir à bien les tâches qui leurs sont demandées, et les informations relatives à leurs fonctions, ce sont 86,7% d'entre eux qui les reçoivent régulièrement.

Par ailleurs 80% des prestataires ont affirmé être reconnu et respecté pour leur compétence, même si seuls 50% reçoivent des encouragements de la part de leur supérieur hiérarchique.

Sur la qualité du programme, c'est un peu plus des trois quarts qui sont autorisés à donner leur point de vue.

Au moins plus des trois quarts des prestataires estiment que **sept de chacun de leurs dix besoins sont couverts.**

Quant à la **cliente** reçue dans les unités PF des CSRéf du district, elle est principalement jeune (28 ans en moyenne) en union et non scolarisée. Elle utilise principalement les injectables comme moyen contraceptif possède en moyenne 3,27 enfants.

Les clientes qui semblent globalement satisfaites de la prestation offerte par les prestataires constituent 97,7 % (dont 16,1 % très satisfaites).

Des droits des clientes, ceux qui sont les plus respectés semblent être :

- ▲ la réception des **informations** souhaitées (87,7% ont affirmé les avoir reçu)
- ▲ **l'accessibilité physique et financière** (67,8% parcourent moins de vingt minutes et 89,6% pensent que les coûts leurs sont abordables)
- ▲ le **choix** de la méthode qu'elle souhaite (82,5% l'ont reconnu)
- ▲ le **respect**, vu que 93,4% estiment l'avoir été
- ▲ le **suivi** car 90% estiment être suivi par au moins un prestataires.

Toute fois, les aspects de ses droits pour lesquels, elle reste critique sont :

- ▲ le respect de son **intimité** car un peu moins de la moitié l'ont déploré ;
- ▲ sa propre **sécurité** pour laquelle un peu moins d'un quart a été inquiète pendant au moins un moment;
- ▲ son **confort** car jusqu'à 37,4% des femmes pensent que l'entretien avec les prestataires ne l'est pas ;
- ▲ sa possibilité de **s'exprimer**, étant donné que 25% des femmes qui souhaitaient s'exprimer ne sont pas arrivées à le faire.

**Six des dix droits des clients** sont donc reconnus respectés par au moins trois quarts des clientes.

Au vu de ses résultats et partant du fait que la qualité d'un service est fortement influencé par les conditions de travail des prestataires et l'image que ceux-ci renvoient à travers leur prestation aux clientes. Nous pensons pouvoir affirmé que la qualité des services offerts dans les unités PF des six CSRéf du district n'est que légèrement dessus de la moyenne.

# Recommandations

## 6. RECOMMANDATIONS

### **Au Ministère de la Santé :**

Mettre les prestataires dans les conditions optimales de travail en :

- ▲ Renforçant les capacités en matière de PF des agents quelle qu'en soit la catégorie ;
- ▲ Associant les agents livreurs des pharmacies à ces sessions de formations ;
- ▲ Mettant à la disposition des prestataires les infrastructures adéquates afin de leur permettre un suivi plus adéquat des clientes ;
- ▲ Assurant la disponibilité effective de toutes les méthodes contraceptives disponibles au Mali au sein des CSRéf au moins du District sanitaire afin d'accroître le choix des clientes ;
- ▲ Maintenir les campagnes IEC sur la contraception sur la durée.

### **Au Ministère de l'éducation :**

- ▲ Inscrire dans les programmes scolaires des cours de « Planification familiale » afin de permettre aux jeunes génération de leur offrir les moyens leur permettant de contrôler le nombre de leur descendance en toute responsabilité.
- ▲ Inscrire la Planification familiale au sein des programmes de la Faculté de Médecine afin de leur éviter de l' « *apprendre sur le tas* ».

### **Aux prestataires :**

- ▲ Nous les invitons à plus de rigueur dans le respect des mesures individuelles de prévention des infections ;
- ▲ A plus de collaboration entre les différents services afin de permettre aux clientes de pouvoir en bénéficier pleinement ;
- ▲ A accepter de recevoir les couples qui le souhaitent en même temps lors des entretiens ;
- ▲ A accorder la priorité aux clientes de la PF au sein des unités et non plus à celle venant pour la CPN.

**Aux Médecins chefs et responsables des services de Gynécologie-  
des CSRéf du District sanitaire :**

- ▲ A œuvrer pour plus de communication réciproque avec les prestataires

**A la population générale :**

- ▲ De préférer les centres de santé comme au moins lieu de première consultation avant toute prise contraceptive, car c'est seul à ce niveau que se situe la réponse à toutes leurs interrogations et non en pharmacie où l'agent livreur n'est dans bien des cas pas le Pharmacien lui-même ou pire encore dans la rue.

Etant donné que la descendance d'un couple ne devrait souffrir d'aucune négligence ou être offerte au hasard !

# Bibliographie

**(1) LE PETIT LAROUSSE EN COULEURS,**  
Edition Larousse 1991 Paris 254, 547,817p.

**(2) BLUMENFELD S.N.**  
Quality assurance in transition. Papua New Guinea Medical Journal 36(2): 81-89p.  
June. 1993.

**(3) KOM MOGTO M.**  
Evaluation de la qualité des services au bloc opératoire du Service de Gynéco-  
obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré de Janvier à Juin 2004, Th. Médecine Bamako  
2005 ; N°56

**(4) KAMISSOKO.M**  
Qualité de la surveillance prénatale au CSCOM de Kalabancôro Zone périurbaine de  
Bamako- Th. Médecine Bamako 2003 N°53 56p

**(5) HUBER, D.**  
Proposed approach for medical quality of care in family planning/reproductive health  
services supported by Pathfinder International. Sep. 9, 1994. 11 p.

**(6) PROGRAMME DE PLANIFICATION FAMILIALE, Améliorer la  
qualité,** Population reports, Série J. Numéro  
47, Document électronique visité le 29 Mai 2005  
[http://www.infoforhealth.org/pr/prf/fj47/j47chap1\\_1.shtml](http://www.infoforhealth.org/pr/prf/fj47/j47chap1_1.shtml)

**(7) DIPRETE B. L, FRANCO L.M, RAFEH N, and HATZELL T.**  
Quality assurance of health care in developing countries. Bethesda, Maryland,  
Quality Assurance Project, Center for Human Services, 1993. 27 p.

**(8) ROEMER, M.I. and MONTOYA-AGUILAR, C.**  
Quality assessment and assurance in primary health care. Geneva, World Health  
Organization (WHO), 1988. (WHO Offset Publication No. 105) 82 p.

**(9) PROGRAMME D'ACTION DU CAIRE**  
Conférence Internationale sur la Population et le développement - Septembre 1994  
United Nations 63p

**(10) I. COULIBALY, B.SINGARE,**  
Fécondité - Planification familiale- Cellule de Planification et de Statistique du  
Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de  
l'informatique (DNSI et ORC Macro.2002. *Enquête Démographique et de Santé au  
Mali 2001*.Calverton, Maryland, USA : CPS/MS, DNSI et ORC Macro. 43,50p

**(11) S.M TRAORE, M.B. BALLO,**  
Planification familiale- Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la  
Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'informatique (DNSI et

ORC Macro.2002. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2001*. Calverton, Maryland, USA : CPS/MS, DNSI et ORC Macro. 63, 64, 70, 72, 98,103p

**(12) A.J. KOLS, M.A, ET J.E. SHERMAN**

*L'importance de la qualité, document électronique*

<http://www.infoforhealth.org/pr/prf/fj47edsum.shtml> , consulté le 27 Décembre 2004

**(13) JAIN A.K.**

Fertility reduction and the quality of family planning services. *Studies in Family Planning* 20(1): 1-16. Jan. /Feb. 1989.

**(14) A. CAMPANA**

Cours pour les étudiants de médecine - Family planning - Guidelines, reviews Document électronique consulté le 26 Janvier 05

[http://www.gfmer.ch/Cours/Index\\_cours4e\\_annee.html](http://www.gfmer.ch/Cours/Index_cours4e_annee.html) ,

**(15) MINISTERE DE LA SANTE- DIVISION SANTE DE LA REPRODUCTION**

TDR Campagne Nationale en faveur de la PF 2005.

**(16) P.VIMARD, R. FASSASSI, E .TALNAN**

Le début de la transition de la fécondité en Afrique Subsaharienne, Congrès Mondial de la Population ; Août 2004

**(17) MINISTERE DE LA SANTE - POLICY PROJECT/USAID**

Population Développement et qualité de vie au Mali, Bamako, Octobre 2003

**(18) DONABEDIAN A.**

Exploration in assessment and monitoring, Vol I the definition of quality and approaches to it's assessment health administration. *Press An arbor, Michigan, 1980*

**(19) F. CHAST,**

Histoire de la contraception, document électronique,

[http://www.pourlascience.com/php/pls/article\\_integral.php?idn3=2333#](http://www.pourlascience.com/php/pls/article_integral.php?idn3=2333#), consulté le 24 Janvier 2005

**(20) PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE,**

Loi N°02 44 du 24 Juin 2002 relative à la santé de la reproduction, Article 14

**(21) D. FRANCOEUR, L. HANVEY, R. MILLER, H. PYMAR**

Consensus Canadien sur la contraception Chapitre 8, N°143, Troisième partie de trois, Avril 2003

**(22) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**

*Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use*, 2e éd. Genève, OMS, 2001.

**(23) HOFFMAN T, TAHA T, MARTINSON F.**

« Adverse health event occurring during an n-9 gel pilot study: Malawi », *13th International AIDS Conference*, du 9 au 14 juillet 2000, Durban, Afrique du Sud, n° de résumé TuPpC1171

**(24) CREEATSAS G, GUERRERO E, GUILBERT E, DROUIN J, SERFATY D, LEMIEX L et coll.**

« A multinational evaluation of the efficacy, safety and acceptability of the Protectaid contraceptive sponge », *Eur J Contracept Reprod Health Care*, vol. 6, n° 3, 2001, p. 172–82.

**(25) HOOTON TM, SCHOLES D, HUGHES JP, WINTER C, ROBERTS PL, STAPLETON AL et coll.**

« A prospective study of risk factors for symptomatic urinary tract infection in young women », *New Engl J Med*, vol. 335, 1996, p. 468–74.

**(26) A. BLACK- N. FLEMING – H. PYMAR, T. BROWN, - T. SMITH,**

Consensus Canadien sur la contraception – N° 143 – Deuxième partie de trois, Mars 2004

**(27) SMALLWOOD G, MEADOR M, LENIHAN J, SHANGOLD G, FISHER A, CREASY G**

ORTHO EVRA/EVRA 002 Study Group. « Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system », *Obstet Gynecol*, vol. 98, 2001, p. 799-805.

**(28) DIEBEN TO, ROUMEN FJ, APTER D.**

« Efficacy, cycle control, and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring », *Obstet Gynecol*, vol. 100, n° 3, 2002, p. 585-93.

**(29) KAUNITZ AM, GARCEAU RJ, CROMIE MA.**

« Comparative safety, efficacy, and cycle control of Lunelle monthly contraceptive injection and Ortho-Novum 7/7/7 oral contraceptive », *Contraception*, vol. 60, n° 4, 1999, p. 179-87.

**(30) A. BLACK, T. O'GRADY, H. PYMAR,**

Consensus Canadien sur la contraception – Chapitre 5 - N° 143 – Deuxième partie de trois, Mars 2004

**(31) HATCHER R, TRUSSELL. J, STEWART F, CATES W, STEWART G, GUEST F et coll.** *Contraceptive technology*, 17e éd., New York, Ardent Media Inc, 1998. 297p

**(32) A.BLACK**

Consensus canadien sur la contraception- Chapitre 7 No 143, deuxième partie de trois, Mars 2004

**(33) ANDERSSON K, ODLIND V, RYBO G.**

« Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova-T) IUDs during five years of use: a randomized comparative trial », *Contraception*, vol. 49, 1994, p. 56-72.]

**(34) S. DUNN, E. GUILBERT**

Consensus Canadien sur la contraception- No 143, première partie de trois, Février 2004

**(35) TRUSSELL J, RODRIGUEZ G, ELLERTSON C.**

« New estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception », *Contraception*, vol. 57, 1998, p. 363–9.

**(36) R. MILLER- L. HANVEY**

Consensus Canadien sur la contraception- Chapitre 9 - No 143, troisième partie de trois, Avril 2004

**(37) GUILLEBAUD J.**

*Contraception: your questions answered*, 3e éd. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1999, p. 23–37, 39–43.

**(38) DUNSON DB, SINAI I, COLOMBO B.**

« The relationship between cervical secretions and the daily probabilities of pregnancy: effectiveness of the two-day algorithm », *Hum Reprod*, vol. 16, 2001, p. 2278–82.

**(39) C.A. FORTIN, E.GUILBERT,**

Consensus canadien sur la contraception- Chapitre 10 No 143, troisième partie de trois, Avril 2004

**(40) FAMILY HEALTH INTERNATIONAL**

Document électronique- consulté le 14 Juin 2004  
<http://www.fhi.org/docs/site/fr/fpfaqf/fpfqfr11.html>

**(41) POPULATION INFORMATION PROGRAM.**

*Vasectomy: safe and simple. Population Reports, Series D, No. 4*, Baltimore, Johns Hopkins University, novembre / décembre 1983.

**(42) T.ROWE,**

Consensus canadien sur la contraception – Chapitre 12 No 143, troisième partie de trois, avril 2004

**(43) CHENG CY, MO M, GRIMA J, SASO L, TITA B, MRUK D ET COLL.**

« Indazole carboxylic acids in male contraception », *Contraception*, vol. 65, 2002, 265p

**(44) LALITKUMAR P, SENGUPTA J, DHAWAN L, SHARMA D, LASLEY B, OVERSTREET J et coll.**

« Anti-nidatory effect of vaginally administered fumagillin in the rhesus monkey », *Contraception*, vol. 62, 2000, 155p

**(45) BARNEA ER.**

« Embryo maternal dialogue: from pregnancy recognition to proliferation control », *Early Pregnancy*, vol. 5, 2001, p. 65–6.

**(46) MINISTERE DE LA SANTE (MALI)**

Politiques et Normes des services de santé de la reproduction, Mars 2000

**(47) MINISTERE DE LA SANTE - POPULATION COUNCIL/USAID**

Evaluation de l'offre des services de Planification dans les points de prestations de services de santé fixes au Mali – Bamako, Mars 2002 (P 9,11 12)

**(48) LES HOMMES FONT L'OBJET D'UNE NOUVELLE ATTENTION**

Document électronique visité le 11 Mars 2005 -  
<http://www.infoforhealth.org/pr/prf/fulltext.shtml>

**(49) P.NGOM, S. N. WAWIRE**

Facteurs déterminant la faible prévalence de la contraception moderne au Mali-  
African Population and Health Research Center - Décembre 2001-Page 16

**(50) T.LOCOH,**

Question de population au Mali, INED Paris, CERPOD Bamako, DNSI, UNFPA 138p

**(51) BROWN, L., TYANE, M., BERTRAND, J., LAURO, D., ABOU-OUAKIL, M., and DEMARIA, L.**

Quality of care in family planning services in Morocco. *Studies in Family Planning* 26(3) : 154-168. May/Jun. 1995.

**(52) MAWAJDEH, S., AL-QUTOB, R., and BIN RAAD, F.**

Issues related to measuring the quality of reproductive health services in selected countries. *Proceedings of the Arab Regional Population Conference*, Cairo, 1996. p. 127-146.

**(53) LANNELONGUE J.**

« L'asepsie au bloc opératoire » Cahier d'enseignement de la SOFCOT. *Conférences d'enseignement* 2000. 13,18p

**(54) NDHLOVU, L.**

Quality of care in family planning service delivery in Kenya: Clients' and providers' perspectives. Nairobi, Kenya, Population Council, 2, Jan. 1995. 84 p.

**(55) WILLIAMS, T., SCHUTT-AINE, J., and CUCA, Y.**

Client satisfaction surveys for improved family planning service quality: A user's manual and discussion of results to date. New York, International Planned Parenthood Federation, Aug. 13, 1996. 61 p.

# Fiche signalétique

LOCALISATION ET RESUME DE LA THESE

**Nom** : GUINDO

**Prénoms** : Aboubacar Sidiky

**Titre** : Evaluation de la qualité des services offerts par les unités de planification des six centres de santé de référence du district sanitaire

**Année académique** : 2004 – 2005

**Pays** : Mali

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako.

**Secteur d'intérêt** : Santé Publique- Santé de la reproduction.

**Résumé :**

De Février à Avril 2005, nous avons mené une étude descriptive transversale portant sur la qualité des services offerts par les unités PF des six CSRéf du district sanitaire. Ceci en nous inspirant des PNP qui définissent la qualité en mettant l'accent sur les mesures individuelles de prévention des infections, le traitement du matériel, des déchets , l'entretien des locaux, de même que le respect des droits des clientes sans oublier les besoins des prestataires. Il en est ressorti que :

Huit prestataires sur dix est une sage-femme, et que 10% de ceux-ci ne portent pas régulièrement la blouse dans l'exercice de leur fonction.

Plus de la moitié des prestataires observés ne se nettoyaient pas les mains avant d'effectuer un acte le nécessitant.

Un peu moins de la moitié des prestataires ne portent pas de gants ou de doigtiers avant un geste pour lequel il faudrait nécessairement le faire.

Le nettoyage de la peau du site avant une injection ou l'insertion d'un implant est toujours effectué mais le col n'est jamais nettoyé avant l'insertion du stérilet.

La décontamination du matériel utilisé s'effectue toujours et partout même si celui-ci est lavé et rincé après utilisation par un sixième des unités.

Afin de minimiser la quantité des agents pathogènes du matériel, les unités PF des CSRéf du district préfèrent la stérilisation la désinfection de haut niveau.

Les déchets sont ceux qui souffrent de moins de rigueur dans leur traitement, vu qu'aucune unité PF n'effectue leur décontamination à la source mais le transport interne et la vidange régulière des déchets sont effectifs dans deux centres sur trois.

L'élimination des déchets liquides et solides ne se fait pas comme il se devrait dans 1/3 des unités. Et même si tous les objets pointus sont effectivement rangés dans un bac en plastique, la poubelle qui devra les contenir par la suite n'est pas régulièrement lavée dans 16,7% des centres.

Si le sol est régulièrement nettoyé dans tous les centres, seul un centre sur six y associe un désinfectant et ce, en dépit du fait que les gants de ménages soient utilisés dans un tiers des centres. Les murs eux ne sont jamais nettoyés.

Les **prestataires** sont régulièrement repartis au sein des unités du district avec une moyenne de cinq par unité.

Ce nombre qui n'est pas corrélé avec le nombre moyen de pièces (n=1,5) dont elles disposent fait que 83,3% d'entre eux estiment qu'ils ne leur permettent pas de fournir des services de qualité.

Cela est d'autant plus marqué quand plus de la moitié des prestataires affirment ne pas disposer d'appui en cas de surcharge de travail même si seul 6,7% estiment que le nombre de clients reçu quotidiennement leur est excédentaire.

Près de trois quarts des prestataires affirment avoir accès aux formations mais les informations relatives à leurs fonctions, ce sont 86,7% d'entre eux qui les reçoivent régulièrement.

Par ailleurs 80% des prestataires ont affirmé être reconnu et respecté pour leur compétence, même si seuls 50% reçoivent des encouragements de la part de leur supérieur hiérarchique.

Sur la qualité du programme, c'est un peu plus des trois quarts qui sont autorisés à donner leur point de vue.

La cliente reçue dans les unités PF des CSRéf du district est principalement une jeune femme (28 ans) en union non scolarisée. Elle utilise principalement les injectables comme moyen contraceptif et possède en moyenne 3,27 enfants.

Les clientes qui sont au moins satisfaites de la prestation constituent 97,7 % (dont 16,1 % très satisfaites) des femmes interviewées.

Des droits des clientes, ceux qui sont les plus respectés semblent être :

- ▲ la réception des informations souhaitées (87,7% ont affirmé les avoir reçu) ;
- ▲ L'accessibilité physique et financière (67,8% parcourent moins de vingt minutes et 89,6% pensent que les coûts leurs sont abordables) ;
- ▲ Le choix de la méthode qu'elle souhaite (82,5% l'ont reconnu) ;
- ▲ Le respect, vu que 93,4% estiment avoir été traitées dignement;
- ▲ Le suivi car 90% estiment être suivis par au moins un prestataires.

Les aspects pour lesquels, la cliente reste très critique sont :

- ▲ Le respect de son **intimité** (un peu moins de la moitié ont déploré ce fait) ;
- ▲ Sa propre **sécurité** (un peu moins d'un quart ont été inquiète pendant au moins un moment) ;
- ▲ Son **confort** (37,4% des femmes pensent que l'entretien avec les prestataires ne l'est pas)
- ▲ La possibilité de **s'exprimer**, le quart des femmes qui le souhaitaient ne sont pas arrivées à le faire.

Au vu de ses résultats et partant du fait que la qualité d'un service est fortement influencé par les conditions de travail des prestataires et l'image que ceux-ci renvoient à travers leur prestation aux clientes. Nous pensons pouvoir affirmer que la qualité des services offerts dans les unités PF des six CSRéf du district n'est que légèrement dessus de la moyenne.

**Mots clés :** Planification Familiale, Evaluation, Qualité des services, Prestataires, Clientes.

PLACE AND SUMMARY OF THE THESIS

**Last Name:** GUINDO

**First Names:** Aboubacar Sidiky

**Title:** Evaluation of the quality of the services offered by the family planning unit of the six reference health center of the health district.

**Academic year:** 2004 – 2005

**Country:** Mali

**Deposited at:** Library of the Medical, Pharmacy and Odontostomatology Faculty of Bamako

**Area of interest:** Public health – Reproduction health

**Summary:**

From February to April 2005, we conducted a transversal descriptive study on the quality of services offered by the FP units of the six CSRéf of the health districts. We inspired ourselves from the PNP that define quality while putting an emphasis on individual measures that are taken for the prevention of infection, the treatment of the material, wasted, the maintenance of the premises, as well as the respect of the rights of the clients no to mention the needs of the provider. The following has been brought out”

Eight service providers over ten is a midwife, and that 10% of them does not regularly wear their blouse while in service.

More than half of the service providers observed did not clean their hands before doing an act necessitating it.

A little less than half of the service provider does not wear gloves or a fingerstall for a gesture that necessitates it.

The cleaning of the skin or the area before an injection or the insertion of an implant is always done but the cervix is never cleaned before the insertion of the IUD.

The decontamination of the material used is always done as well as all over even if the latter is washed and rinsed after use by one sixth of the units.

In order to minimise the quantity of pathogenic agents of the material, the FP units of the CSRéf of the district prefer sterilization to high level disinfection.

The treatment of waste is done with fewer rigors, as none of the FP units do the decontamination at the source but the internal transport and the regular drainage of waste are effective in two centers out of three.

The elimination of liquid and solid waste is not performed as it should be in 1/3 of the units. Even if all the sharp objects are effectively put away in a plastic bag, the waste basket that will contain them later in not regularly cleaned in 16.7 % of the centers.

If the ground is regularly cleaned in all the centers, only one center out of six associates a disinfectant and that is done in spite of the fact that cleaning gloves are used on one third of the centers. The walls are never cleaned.

The services providers are evenly dispatched in the units of the district with an average mean of five per unit.

This number which is not correlated to the average number of pieces (n=1.5) they had available causes that 83.3% of them estimated that they do not allow them to provide quality services.

That is so more emphasized when more than half of the services providers state that they do have no support in case they are overworked even if only 6.7% think that the number of clients serviced daily is excessive.

More than 3/4 of the service providers state that they have access to information but information in relation to their functions; 86,7% of them receive them on a regular basis.

On the other hand 80% of the services providers stated to have been recognized and respect for their competence, even if only 50% receive encouragements from their hierarchical supervisor.

As to the quality of the programs, a little over 3/4<sup>th</sup> are authorized to provide their opinion on the latter.

The user (client) of the CSRéf FP units of the district is in majority a young woman (28 years) in a union but not schooled. She mainly used injections as a mean for contraception and has 3.27 children in average.

The users (clients) who are at least satisfied with the services constitute 97,7% (of which 16.1% very satisfied) of women interviewed.

The rights of the clients that are the most respected are the following:

- ▲ The reception of information hoped for (87,7% have affirmed having received them)
- ▲ The physical and financial accessibility (67,8% travel less than twenty minutes and 89.6% think that the cost is reasonable)
- ▲ The choice of the methods they wish for (82.5% have acknowledged)
- ▲ Respect, as 93,4% of them think they were treated with dignity
- ▲ Follow up since 90% of them think they are followed by at least one of the service providers.

The areas for which the clients remain very critical are:

- ▲ Respect for their **intimacy** (a little less than half have resented that fact)
- ▲ Their own security (less than a quarter of them were worried at least for a while)
- ▲ Their comfort (37.4% of the women think the conversation with the service provided is not comfortable)
- ▲ The ability to express themselves, 1/4th of the women that would have liked that was not able to do so.

Given these results and due to the fact that the quality of service is greatly influenced by working conditions of the service providers and the image that the latter send back through the services provided to the users. We think to be able to state that the quality of the FP services offered by the six CSRéf units is only slightly below average.

**Keys Words:** Evaluation, Quality, family planning, Providers, Customers

# Annexes

## Questionnaire

### MESURES INDIVIDUELLES DE PREVENTION DE L'INFECTION :

Catégorie : 1. Médecin 2. Sage femme 3. Infirmière 4. \_\_\_\_\_

Centre de santé : \_\_\_\_\_

#### Port de blouse

Le prestataire porte t-il régulièrement la blouse ? **Oui : /\_\_/ Non : /\_\_/**

Le Prestataire sort il de la formation sanitaire avec la blouse ? **Oui : /\_\_/ Non : /\_\_/**

#### Lavage des mains

Avant et après avoir examiné chaque client(e) : **Oui : /\_\_/ Non : /\_\_/**

Avant et après chaque manipulation d'instruments : **Oui : /\_\_/ Non : /\_\_/**

Après avoir touché les muqueuses, le sang ou les liquides organiques : **Oui : /\_\_/ Non : /\_\_/**

Rinçage et séchage des mains avec serviette ou linge propre individuel : **Oui : /\_\_/ Non : /\_\_/**

#### Port des gants et doigtiers

Le prestataire porte t-il des gants avant le contact avec le sang **Oui : /\_\_/ Non : /\_\_/**

Le prestataire porte t-il des gants avant le contact avec les liquides organiques **Oui : /\_\_/ Non : /\_\_/**

Le prestataire porte t-il des gants avant le contact avec les muqueuses **Oui : /\_\_/ Non : /\_\_/**

Le prestataire porte t-il des gants avant de toucher le matériel stérile **Oui /\_\_/ Non /\_\_/**

Le prestataire utilise t-il une nouvelle paire de gants / doigtiers pour chaque client(e) **Oui : /\_\_/ Non : /\_\_/**

#### Préparation de la peau et des muqueuses

Nettoyage du lieu d'injection ou d'incision avec un tampon d'alcool ou antiseptique **Oui : /\_\_/ Non : /\_\_/**

Nettoyage avec une solution antiseptique du col et le vagin pour l'insertion du DIU **Oui /\_\_/ Non : /\_\_/**

Nettoyage avec une solution antiseptique l'avant bras pour le Norplant **Oui : /\_\_/ Non : /\_\_/**

## MESURES COLLECTIVES DE PREVENTION DES INFECTIONS

Centre de santé : \_\_\_\_\_ Nombre de Pièces : \_\_\_\_\_

### Traitement du matériel

- Une décontamination du matériel est elle effectuée après usage ? **Oui** : /\_\_/ **Non** : /\_\_/
- Après utilisation, le matériel est il lavé puis rincé ? **Oui** : /\_\_/ **Non** : /\_\_/
- Le matériel est il stérilisé à l'autoclave ou à la chaleur sèche ? **Oui** : /\_\_/ **Non** : /\_\_/
- Désinfection de haut niveau (*Par produit Chimique ou ébullition*) **Oui** : /\_\_/ **Non** : /\_\_/

### Traitement des déchets

- Les déchets sont ils **décontaminés** à la source ? **Oui** : /\_\_/ **Non** : /\_\_/  
(*Aiguilles, gants, placenta, doigts, liquides biologiques*)
- Transport interne** (*de la source au lieu d'entreposage dans les 12h*) **Oui** : /\_\_/ **Non** : /\_\_/
- Entreposage** : Vidange régulière des déchets **Oui** : /\_\_/ **Non** : /\_\_/
- Elimination des déchets :**
- Les **Objet pointus** sont ils rangés dans un bac ou une bouteille en plastique. **Oui** /\_\_/  
**Non** /\_\_/
- Les **liquides** sont ils versés dans un évier ou un trou **Oui** /\_\_/  
**Non** /\_\_/
- Les **déchets solides** sont ils *incinérer, brûler ou enterrer* **Oui** /\_\_/  
**Non** /\_\_/
- Lavage des poubelles.** **Oui** /\_\_/ **Non** /\_\_/

### Entretien des locaux :

- Le sol est-il nettoyé chaque jour **Oui** /\_\_/ **Non** /\_\_/
- Avec une serpillière mouillée du détergent, de l'eau et un désinfectant. **Oui** /\_\_/ **Non** /\_\_/
- Le mur est il nettoyé une fois par semaine : **Oui** /\_\_/ **Non** /\_\_/
- Des gants de ménage sont ils utilisés lors du nettoyage du sol **Oui** /\_\_/ **Non** /\_\_/

## RESPECT DES DROITS DES CLIENTES

Age /\_\_\_/ Niveau de scolarisation \_\_\_\_\_ Sexe : **M** **F**

**Statut matrimonial** : Marié(e)  Célibataire  Divorcé(e)  Veuf (ve)

Méthode utilisée : /\_\_\_\_\_/ Nombre d'enfants : /\_\_\_\_\_/

1. Dans l'ensemble, êtes vous **satisfaites** de votre visite d'aujourd'hui dans cette structure sanitaire ou n'êtes vous pas satisfaites ?

1. Très satisfaite
2. Satisfaite
3. Non satisfaite

2. Avez vous le sentiment qu'aujourd'hui vous avez reçu les **informations** que vous souhaitiez avoir ?

**OUI** : /\_\_\_/ **NON** : /\_\_\_/

3. Combien de temps vous a t'il fallu pour joindre le service ? \_\_\_\_\_ (tps en minutes)

4. Pensez vous que les coûts du service vous ont été **accessibles** ?

**OUI** : /\_\_\_/ **NON** : /\_\_\_/

5. Le prestataire vous a t'il laissé le **droit de choisir** la méthode de PF que vous souhaitiez ?

**OUI** : /\_\_\_/ **NON** : /\_\_\_/

6. **Sécurité** : Estimez vous que pendant un moment quelconque au cours de votre visite votre santé a été en insécurité ?

**OUI** : /\_\_\_/ **NON** : /\_\_\_/

7. A votre avis, y avait il assez d'**intimité** pendant l'entretien avec le prestataire ?

**OUI** : /\_\_\_/ **NON** : /\_\_\_/

8. Estimez vous avoir été **traité dignement** ?

**OUI** : /\_\_\_/ **NON** : /\_\_\_/

9. L'entretien avec le prestataire a t-il été **confortable** pour vous ?

**OUI** : /\_\_\_/ **NON** : /\_\_\_/

10. **Suivi** : Un prestataire vous a t-il dit quand est ce qu'il faut venir pour une autre visite ?

**OUI** : /\_\_\_/ **NON** : /\_\_\_/

11. Pendant cette visite aviez vous des questions que vous vouliez poser ?

**OUI** : /\_\_\_/ **NON** : /\_\_\_/

12. Le prestataire vous a t'il donné le temps de les poser ?

**OUI** : /\_\_\_/ **NON** : /\_\_\_/

## BESOINS DU PRESTATAIRE

**Catégorie :** 1. *Médecin* 2. *Sage femme* 3. *Infirmière* 4. \_\_\_\_\_

Centre de santé : \_\_\_\_\_

1. **Formation** : Estimez vous avoir **accès aux formations et connaissances** nécessaires pour exécuter toutes les tâches qui vous sont demandées ?

OUI : /\_\_/      NON : /\_\_/

2. **Information** : Etes vous tenu régulièrement tenu au courant des informations concernant vos fonctions ?

OUI : /\_\_/      NON : /\_\_/

3. **Infrastructure** : Estimez vous que vous disposez de locaux physiques et de l'organisation nécessaires pour fournir des services à un niveau de qualité acceptable ?

OUI : /\_\_/      NON : /\_\_/

4. **Produits** : Recevez vous continuellement des produits fiables et du matériel nécessaire pour fournir des services de qualité appropriée ?

OUI : /\_\_/      NON : /\_\_/

5. **Directives** : Recevez vous des directives claires, de la part de vos supérieurs hiérarchiques pour procéder lorsqu'il y a lieu aux changements à opérer ?

OUI : /\_\_/      NON : /\_\_/

6. Estimez vous que le **nombre moyen de clients** que vous recevez quotidiennement vous permet d'offrir une prestation de qualité ?

OUI : /\_\_/      NON : /\_\_/

7. **Appui** : En cas de surcharge de travail, recevez vous du **soutien** ou un appui de la part d'autres personnes ou d'unités ?

OUI : /\_\_/      NON : /\_\_/

8. **Respect** : Estimez vous être **reconnu pour vos compétences** et **respecté** pour vos besoins humains ?

OUI : /\_\_/      NON : /\_\_/

9. **Encouragement** : Etes vous **encouragé** ou poussé à développer votre créativité et votre potentiel ?

OUI : /\_\_/      NON : /\_\_/

10. **Feed-back** : Recevez vous un feed-back concernant vos compétences et attitudes, selon les observations des autres ?

OUI : /\_\_/      NON /\_\_/

11. **Opinion personnelle** : Etes vous autorisé à **exprimer votre point de vue** concernant la qualité et l'efficacité du programme de SR ?

OUI : /\_\_/      NON : /\_\_/

12. Existe t'il des **Normes et des Procédures à suivre** dans la prestation des services de PF ?

OUI : /\_\_/      NON : /\_\_/

# Serment d'Hippocrate

## 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 dans 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 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 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.*

**Je le jure !**