

# Evaluation d'un Centre de Santé Maternelle et Infantile en milieu urbain.

(APPLIQUEE A LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO)

## THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE ..... 1990  
DEVANT L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

PAR : M<sup>me</sup> MARIAM KASSAMBARA  
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(DIPLOME D'ETAT)

### Jury

PROFESSEUR	MAMADOU MAROUF KEITA	PRESIDENT
DOCTEUR	SY AIDA SOW	MEMBRES
DOCTEUR	BOCOUM SUZANNE MAIGA	
DOCTEUR	HUBERT BALIQUE	

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI  
ANNEE UNIVERSITAIRE 1988 - 1989

Professeur Sambou SOUMARE  
Professeur Bocar SALL  
Docteur Hubert BALIQUE  
Demba DOUCOURE  
Hama B. TRAORE

Directeur Général  
Directeur Général Adjoint  
Conseiller Technique  
Secrétaire Général  
Econome

D.E.R. DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Aliou BA  
Professeur Mamadou DEMBELE  
Professeur Abdel Karim KOUMARE  
Professeur Bocar SALL

Professeur Sambou SOUMARE  
Professeur Abdoul Alassane TOURE  
Professeur Mamadou Lamine TRAORE

Ophthalmologie  
Chirurgie générale  
Chirurgie générale  
Orthopédie - traumatologie  
Secourisme  
Chirurgie générale  
Orthopédie - traumatologie  
Chef de D.E.R. Chirurgie  
générale, Médecine Légale

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Cheick Mohamed Chérif CISSE  
Docteur Salif DIAKITE  
Docteur Abdoulaye DIALLO  
Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA  
Docteur Amadou Ingré DOLO  
Docteur Bénitiéni FOFANA  
Docteur Pierre LEROY  
Docteur Alhousséini AG MOHAMED  
Docteur Kalilou OUATTARA  
Docteur Massaoulé SAMAKE  
Docteur Djibril SANGARE

Docteur Mme SY Aïda SOW  
Docteur Mme TRAORE Jeannette THOMAS  
Docteur Gérard TRUSCHEL

Urologie  
Gynécologie - obstétrique  
Ophthalmologie  
Odonto - stomatologie  
Gynécologie - obstétrique  
Gynécologie - obstétrique  
Anesthésie - réanimation  
O.R.L.  
Urologie  
Gynécologie - obstétrique  
Chirurgie générale,  
Soins infirmiers  
Gynécologie  
Ophthalmologie  
Anatomie

### 3. ASSISTANTS ET C.E.S.

Docteur Mamadou A. CISSE	Urologie
Mme KOUMARE Fanta COULIBALY	T.P. Soins infirmiers
Docteur Sidi Mohamed COULIBALY	Ophthalmologie
Docteur Lassana KOITA	Chirurgie générale
Docteur Sékou SIDIBE	Orthopédie - traumatologie
Docteur Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
Docteur Daba SOGODOGO	Chirurgie générale
Docteur Abdoul Kader TRAORE	Chirurgie générale
dit DIOP	

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

#### 1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Professeur Aly GUINDO	Gastro - entérologie
Professeur Mamadou Marouf KEITA	Pédiatrie
Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie
Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur Eric PICHARD	Médecine interne
Professeur Abdoulaye AG RHALY	Médecine interne
Professeur Souleymane SANGARE	Chef de D.E.R. Pneumo - phtisiologie
Professeur Mamadou Kouréissi TOURE	Cardiologie
Professeur Issa TRAORE	Radiologie
Professeur Moussa TRAORE	Neurologie

#### 2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Balla COULIBALY	Pédiatrie
Docteur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Docteur Dapa Ali DIALLO	Hématologie - médecine interne
Docteur Sanoussi NANAKASSE	Dermatologie
Docteur Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Docteur Sidi Yehia TOURE	Réanimation

#### 3. ASSISTANTS ET C.E.S.

Docteur Mme KONARE Habibatou DIAWARA	Dermatologie - léprologie
Docteur Bâh KEITA	Pneumo - phtisiologie
Docteur Sominta KEITA	Dermatologie - léprologie
Docteur Moussa MAIGA	Gastro - entérologie
Docteur Hamar Alassane TRAORE	Médecine interne
Docteur Kader TRAORE	Médecine interne

## D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

### 1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Siné BAYO	Anatomie - pathologie
Professeur Gaoussou KANOUTE	Histologie - Embryologie
Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chimie analytique
Professeur Bréhima KOUMARE	Chirurgie viscérale - anatomie
	Chef de D.E.R.
	Microbiologie

### 2. DOCTEURS D'ETAT

Docteur Amadou DIALLO	Zoologie - Génétique
Docteur Yeya Tiémoko TOURE	Biologie

### 3. DOCTEURS 3è CYCLE

Docteur Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie organique
Docteur Daouda DIALLO	Chimie minérale
Docteur Bouba DIARRA	Microbiologie
Docteur Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Docteur Niamanto DIARRA	Mathématique
Docteur N'Golo DIARRA	Botanique
Docteur Bakary M. CISSE	Biochimie
Docteur Jacqueline CISSE	Biochimie
Docteur Godefroy COULIBALY	T.P. Parasitologie
Docteur Moussa HARAMA	Chimie organique
Docteur Mamadou KONE	Anatomie - physiologie humaine
Docteur Abdoulaye KOUMARE	Chimie générale
Docteur Bakary SACKO	Biochimie
Docteur Massa SANOGO	Chimie analytique
Docteur Salikou SANOGO	Physique
Docteur Mme THIAM Aïssata SOW	Biophysique
Docteur Souleymane TRAORE	Physiologie générale

### 4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Docteur Abderhamane Sidèye MAIGA	Parasitologie
Docteur Yéya MAIGA	Immunologie

5. MAITRE ASSISTANT

Docteur Hama CISSE

Chimie générale

6. ASSISTANTS

Docteur Flabou BOUGOUDOGO

T.P. Microbiologie

Docteur Amadou TOURE

Histo - Embryologie

Docteur Abdoul Kader TRAORE

T.P. Anatomie

dit DIOP

7. CHARGE DE COURS

Monsieur Modibo DIARRA

Diététique - Nutrition

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Boubacar CISSE

Chef de D.E.R. Toxicologie

2. MAITRES ASSISTANTS

Docteur Souleymane GUINDO

Gestion

Docteur Boulkassoum HAIDARA

Législation et gestion  
pharmaceutiques

Docteur Boubacar KANTE

Pharmacie Galénique

Docteur Alou KEITA

Pharmacie Galénique

Docteur Arouna KEITA

Matière médicale

Docteur Elimane MARIKO

Pharmacodynamie

3. DOCTEUR 3è CYCLE

Docteur Mme CISSE Aminata GAKOU

Pharmacie Galénique

4. ASSISTANT

Docteur Drissa DIALLO

Matière médicale

## D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

### 1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Sidi Yaya SIMAGA	Chef de D.E.R. Santé publique
Docteur Hubert BALIQUE	Maître de conférence Agrégé en Santé publique

### 2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Pascal FABRE	Santé publique
Docteur Sory Ibrahima KABA	Epidémiologie
Docteur Sanoussi KONATE	Santé publique
Docteur Moussa MAIGA	Santé publique
Docteur Georges SOULA	Santé publique

### 3. CHARGES DE COURS

Monsieur Cheick Tidiane TANDIA	Hygiène du milieu
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du milieu

### PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur Humbert GIONO BARBER	Pharmacodynamie
Professeur Mme Paulette GIONO BARBER	Anatomie - physiologie humaines
Docteur Guy BECHIS	Biochimie
Professeur GENIAUX	C.E.S. Dermatologie
Professeur Alain GERAULT	Biochimie
Professeur LAGOUTTE	C.E.S. Ophtalmologie
Docteur Alain LAZUREMS	Chimie
Professeur François MIRANDA	Biochimie
Docteur Marie Hélène ROCHAT	Pharmacie Galénique
Docteur François ROUX	Biophysique
Professeur Pierre Jean REYNER	Pharmacie Galénique
Professeur Oumar SYLLA	Pharmacie chimique
Professeur Philippe VERIN	C.E.S. Ophtalmologie
Monsieur El Hadji Makhtar WADE	Bibliographie

JE DEDIE CE TRAVAIL:

A MON CHER ET REGRETTE PERE:

Ce n'est pas sans intense émotion que je me rappelle ton désir ardent de voir ce jour. Je resterais fidèle à ton sens strict du respect de la dignité humaine et me forgerais à ton image de droiture dans la société.

"Puisse ton âme reposer en paix"

A MES MERES:

Je ne peux pas prétendre pouvoir exprimer mes sentiments, j'espère que ce travail sera pour vous un début de satisfaction.

A MON ONCLE OUMAR BORE:

En témoignage de mon profond attachement

A MES FRERES ET SOEURS:

Vous m'avez tous toujours comprise, conseillée, encouragée et entourée d'affection. Ce travail est le fruit d'un effort collectif auquel vous avez tous contribué de loin et de près.

A MON FIANCE:

Ta compagnie, tes conseils et ta patience m'ont aidée à traverser avec sérénité les moments difficiles.

Cette thèse est également tienne.

A toute la famille Sow:

Trouvez ici l'expression de mes sentiments sincères

A tous mes oncles et tantes, cousins et cousines pour votre soutien moral constant

A tous mes amis "e" en témoignage de ma profonde affection

A toute la promotion 1983 - 1989

## MES REMERCIEMENTS

A l'UNICEF pour son appui financier

Au médecin-chef du centre de santé de la commune 6 qui m'a comprise et acceptée au sein de son centre.

A tout le personnel de la Division Santé Familiale pour son apport technique

A monsieur Madidian Sidibé technicien de développement communautaire à l'INRSP qui m'a aidé dans la réalisation de mon enquête communautaire

A tout le personnel du second Projet Urbain

A mon frère et maître le Professeur Ali Nouhoum Diallo et famille

A Monsieur Bocoum Hamidou et famille

Au Docteur Koïta Ousmane au Laboratoire d'Epidémiologie des Affections Parasitaires

Au Docteur Kanté Directeur Régional de la Santé

A notre Jury

A notre Président du Jury le Professeur Mamadou Marouf Kéita:  
Professeur Agrégé en pédiatrie chargé de cours à l'ENMP, Chef du  
service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré  
Maître éminent qui se distingue outre sa valeur professionnelle  
par sa générosité et sa sympathie qui forcent l'admiration.  
Veuillez trouver ici l'expression de nos remerciements pour avoir  
bien voulu présider le jury de ce modeste travail.

Au Docteur Sy Aïda Sow: Spécialiste en gynécologie, chargée de  
cours à l'ENMP  
Nous avons largement bénéficié de vos connaissances durant nos  
études. Nous avons apprécié votre grande compétence et votre  
simplicité. C'est pour nous un grand honneur de vous avoir dans  
notre jury.  
Nous vous remercions pour cette sollicitude dont nous tâcherons  
d'être digne.

Au Docteur Bocoum Suzanne Maïga: Docteur en médecine,  
médecin-chef de la Division Santé Familiale  
Vous avez élaboré le sujet de cette thèse. Vous avez assuré une  
partie du matériel nécessaire pour la réussite du travail. Ceci  
est le témoignage de votre préoccupation pour la lourde tâche qui  
vous incombe. Le mérite ne peut que vous revenir, le travail  
étant le vôtre.  
Nous vous en sommes reconnaissants et espérons ne jamais décevoir  
votre confiance.

A notre Directeur de thèse, le Docteur Hubert Balique: Maître de  
Conférence agrégé en santé publique, Conseiller technique de  
l'ENMP  
Nous n'avons pas eu l'honneur de bénéficier de vos cours, mais  
une année passée auprès de vous nous ont permis d'apprécier  
l'étendue de vos connaissances, vos qualités humaines et votre  
souci du travail bien fait.  
Vous restez pour nous un homme disponible et dévoué pour la cause  
de ses étudiants.  
Si ce travail est une réussite, nous le devons à votre courage et  
à votre ardeur dans le travail.  
Soyez remercié pour tout ce que vous avez fait pour nous.

## SOMMAIRE

## Pages

1- INTRODUCTION .....	1
1-1 - Importance du sujet .....	1
1-2 - Objectifs .....	1
1-3 - Méthodologie .....	2
2- LE CONTEXTE DE L'ETUDE .....	5
2-1 - La politique de santé au Mali .....	5
2-2 - La politique de S.M.I. au Mali .....	7
2-2-1 - Les problèmes de S.M.I. au Mali .....	7
2-2-2 - Les options politiques en matières de S.M.I.....	7
2-2-3 - Situation actuelle de la S.M.I. au Mali .....	9
2-3 - Le District de Bamako .....	11
2-4 - La Commune 6 .....	15
3- L'OFFRE DE S.M.I. EN COMMUNE 6 .....	19
3-1 - Description du centre se S.M.I. de Sogoniko .....	19
3-1-1 - L'infrastructure et l'équipement .....	19
3-1-2 - Le personnel .....	21
3-1-3 - Les ressources et les dépenses .....	23
3-2 - Organisation des activités .....	25
3-2-1 - Organisation générale .....	25
3-2-1-1 - Les activités .....	25
3-2-1-2 - Les horaires officiels de travail .....	25
3-2-1-3 - Organisation administrative du centre .....	26
3-2-2 - Les soins curatifs .....	29
3-2-3 - Les consultations prénatales .....	32
3-2-4 - Les accouchements .....	36
3-2-5 - Le suivi des accouchées .....	43
3-2-6 - L'enregistrement administratif .....	45
3-2-7 - Les consultations postnatales .....	46
3-2-8 - Le planning familial .....	48
3-2-9 - Les vaccinations .....	52
3-2-10 - Les visites des enfants .....	53
3-2-11 - Les soins infirmiers .....	55
3-2-12 - La réhydratation orale .....	62
3-2-13 - L'éducation pour la santé .....	64

	Pages
3-3 Quantification des activités .....	66
3-3-1 - Variations selon la période de l'année .....	66
3-3-2 - Variations selon les consultations .....	74
3-3-2-1 - Variations selon le lieu de résidence .....	74
3-3-2-2 - Selon l'âge .....	82
3-4 - Etude de la productivité du personnel .....	86
3-4-1 - Présentation de la productivité générale .....	86
3-4-2 - Les médecins .....	86
3-4-3 - Les sage-femmes .....	87
3-4-4 - Les infirmiers diplômés d'Etat .....	89
3-4-5 - Les infirmiers de sante .....	89
3-4-6 - Les aide-soignants .....	91
3-5 - Evaluation des compétences du personnel .....	94
3-5-1 - Description générale .....	94
3-5-2 - Les infirmiers d'Etat .....	94
3-5-3 - Les sage-femmes .....	95
3-5-4 - Les infirmiers de santé .....	97
<b>4- L'UTILISATION DE S.M.I. EN COMMUNE 6 .....</b>	<b>99</b>
4-1 - Présentation de l'échantillon étudié .....	99
4-1-1 - Les femmes .....	99
4-1-2 - Les hommes .....	108
4-2 - Utilisation du centre S.M.I. de Sogoniko .....	111
4-2-1 - Par les femmes .....	111
4-2-2 - Par les hommes .....	136
<b>5- ANALYSE ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>150</b>
5-1 - Analyse .....	150
5-1-1 - Analyse de la qualité de l'offre .....	150
5-1-2 - Analyse de l'utilisation des activités .....	164
5-2 - Recommandations .....	168
5-2-1 - Recommandations à court terme .....	168
5-2-2 - Recommandations à moyen terme .....	172
5-2-3- Recommandations à long terme .....	175
<b>6- CONCLUSION</b>	
<b>- BIBLIOGRAPHIE.</b>	

## 1 INTRODUCTION

### 1.1 Importance du sujet

Comme dans la plupart des pays du tiers monde, le groupe mères-enfants est le plus important de la population malienne. En effet, les femmes en activité génitale, c'est à dire âgées de 15 à 44 ans et les enfants de 0 à 6 ans représentent environ 45 % de la population.

C'est également dans ce groupe que se situent les taux de morbidité et de mortalité les plus élevés.

C'est pourquoi les activités actuellement menées pour améliorer l'état sanitaire des enfants et des mères se situent au premier plan parmi les actions de santé conduites au Mali.

Il est vrai par ailleurs que jusqu'à présent un accent particulier a été mis sur les problèmes du monde rural sous prétexte qu'il représente 80 % de la population totale du pays et que le monde urbain serait privilégié (concentration des formations sanitaires, du personnel, des crédits, etc...). Or à l'heure actuelle, on assiste à une croissance démesurée de la ville de Bamako et de sa population. Cette croissance n'est pas due seulement aux naissances mais aussi au phénomène de l'exode rural qui a été accentué par la sécheresse de cette dernière décennie.

Le tableau qui suit montre l'évolution de la population de la capitale au cours des années.

ANNEES	1916	1921	1931	1950	1960	1976	1987
POPULATION	9000	14000	20000	86000	128000	419239	646163

Tableau 1: Evolution de la population de Bamako de 1916 à 1987 (6)

Cette évolution favorise l'apparition de problèmes de santé particulièrement aigus dans les zones péri-urbaines où la précarité du niveau économique des populations les amène à ne compter que sur leurs seuls revenus monétaires. On assiste par ailleurs à un processus accéléré de déculturation, au développement du chômage et à la diminution des solidarités sociales.

Nous avons limité notre travail à la Commune 6 du district de Bamako, compte tenu de l'importance de la ville.

Il s'agit d'une des 6 subdivisions de la capitale qui constitue à la fois une zone hétérogène composée de populations aux caractéristiques socio-économiques diverses et une zone péri-urbaine en pleine croissance où les problèmes de santé sont particulièrement aigus.

## 1.2 Objectifs

Notre travail s'est donné les objectifs suivants:

### 1-2-1 Objectifs généraux

-Evaluer les actions conduites par le centre de SMI de Sogoniko au sein de la commune 6 du district de Bamako.

-Faire des propositions pour leur amélioration.

### 1-2-2 Objectifs intermédiaires

-Décrire le centre de SMI de Sogoniko

-Décrire les services offerts par le centre communal de santé familiale.

-Evaluer la qualité de ses services.

-Mesurer l'impact de ses services sur les populations cibles.

-Mesurer l'utilisation par les populations des activités conduites au centre.

-Evaluer la perception des services offerts par le centre par ces mêmes populations.

-Identifier les facteurs positifs ou négatifs qui agissent sur l'utilisation des services par les populations.

## 1.3 Méthodologie

Notre étude a reposé sur la réalisation de deux grandes enquêtes:

-une enquête sur les services de santé familiale produits par le centre de SMI de Sogoniko.

-une enquête sur l'utilisation de ces services par la population cible.

### 1-3-1 L'enquête sur la production des services de SMI par le centre

Elle a été effectuée au sein même du centre de Sogoniko du 9 janvier au 6 juin 1989.

#### \* Objectifs spécifiques

Cette enquête s'est efforcée de:

-décrire les locaux du centre et présenter l'inventaire de son équipement

-présenter le personnel qui travaille au sein du centre

-identifier ses ressources financières

-évaluer les aspects techniques et humains des activités du centre à savoir:

.respect des règles techniques

.qualité de l'accueil

.utilité des gestes effectués pour la santé des bénéficiaires

-recenser toutes les activités conduites au sein du centre entre le 1er novembre 1988 et le 30 octobre 1989, en mesurer l'importance et en étudier les variations selon la période de l'année

-identifier les catégories de populations qui ont bénéficié de ses services et étudier leur répartition selon

.leur lieu de résidence

.leurs catégories socio-professionnelles (sexe, âge, profession, niveau scolaire).

-mesurer la productivité

.de l'ensemble du centre

.des différents postes techniques

.des différentes catégories de personnel

#### \* Programme de travail au sein du centre

Afin de répondre aux objectifs spécifiques sus cités, notre première activité a consisté à effectuer une semaine complète de travail dans chacun des postes techniques du centre.

Notre programme nous a permis de changer de section chaque jour jusqu'à passer chacun des six jours de la semaine, c'est à dire du lundi au samedi dans chacun des postes techniques.

Ceci nous a permis de limiter le risque de coïncider avec une période particulière dans un poste technique donné.

Pour les accouchements, nous avons participé au service de garde avec toutes les sages-femmes qui l'ont assuré pendant la période de notre étude.

Nous avons dû accorder deux semaines au poste de consultations car les malades y sont reçus simultanément dans deux salles différentes par deux équipes.

Les vaccinations étant faites en centre fixe trois fois par semaine, nous avons donc suivi trois séances de vaccinations.

Le modèle du questionnaire que nous avons utilisé dans chacune des sections figure en annexe 3.

#### 1-3-2 L'enquête sur l'utilisation des services du centre par la population cible

Elle a été effectuée auprès d'un échantillon représentatif de l'ensemble de la population de la commune. Elle s'est déroulée du 21 juin au 4 août 1989.

#### \* Objectifs spécifiques

Cette enquête s'est donnée deux objectifs spécifiques:

-mesurer l'utilisation des services d'un centre de santé familiale par les populations cibles.

-évaluer la perception de ces services par la population

\* Constitution de l'échantillon

L'échantillon a été constitué par trente grappes de dix femmes et deux hommes qui ont été déterminées en utilisant la technique des effectifs cumulés.

Nous avons obtenu la répartition suivante par quartier.

QUARTIERS	POPULATIONS ( 12 )	EFFECTIFS CUMULES	NOMBRE DE GRAPPES
Banankabougou	4367	4367	2
Dianéguéla	6103	10470	2
Faladiè	10223	20693	4
Magnambougou	11151	31844	4
Niamakoro	20624	52468	8
Sénou	4934	57402	2
Missabougou	2573	59975	0
Sogoniko	13691	73666	6
Sokorodji	6298	79964	2
Yirimadio	1303	81267	0
Total	81 267		

Tableau 2: Répartition du nombre de grappes par quartier.

.Dans chaque quartier la détermination de la première concession de chaque grappe a été réalisée de façon aléatoire. La constitution des grappes s'est quant à elle effectuée en visitant toutes les concessions qui faisaient suite à la concession initiale en suivant toujours la même direction à partir de sa porte principale jusqu'à obtention de l'effectif recherché.

.A l'intérieur de chaque concession ont été interrogées toutes les femmes ayant accouché depuis moins de deux ans. Après avoir interrogé cinq femmes nous avons retenu le premier homme marié rencontré dans la concession.  
Le modèle du questionnaire que nous avons utilisé figure en annexe 4.

## 2 LE CONTEXTE DE L'ETUDE

### 2.1 La politique de Santé du Mali

\*Jusqu'à une période récente, la santé au Mali a été du seul ressort de l'Etat. Il revenait en effet au Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales de concevoir et de mettre en oeuvre la politique sanitaire. (14)

Du point de vue de ses grandes orientations, le Mali a été l'un des premiers pays africains à adopter la politique des Soins de Santé Primaires "pour l'instauration de la santé pour tous en l'an 2000".

Le système national de santé est organisé selon la forme d'une pyramide allant du niveau le plus périphérique c'est à dire le niveau du village, jusqu'au niveau central.

\*L'infrastructure sanitaire ainsi constituée comprend:

- trois hopitaux nationaux, cinq régionaux et quatre secondaires.

- dans chacun des 46 chef-lieux de cercle, un centre de santé composé d'un dispensaire, d'une PMI et d'une maternité, un service d'hygiène et un service des affaires sociales. Leur personnel se compose notamment de deux médecins, d'une sage-femme et d'infirmiers d'Etat.

- à l'intérieur des cercles, dans chacun des 285 arrondissements, un centre de santé d'arrondissement composé d'un dispensaire et d'une maternité. Ils bénéficient des services d'un infirmier qui assure la coordination de toutes les activités socio-sanitaires.

- à l'intérieur des arrondissements, des centres de santé de secteur de base, composés d'un dispensaire et parfois d'une PMI-maternité

- au niveau de chaque village, une équipe de santé villageoise composée d'hygiénistes-secouristes et d'accoucheuses traditionnelles recyclées.

Le Ministère de la Santé Publique prend en charge les infrastructures et les salaires du personnel jusqu'au niveau des arrondissements.

Au niveau des secteurs de base et des villages, la prise en charge est faite par les communautés concernées.

Les centres de santé de cercle et d'arrondissement sont gérés par un comité de gestion présidé par le commandant de cercle et auquel participe le médecin-chef.

\*En 1962 a été créée l'Ecole Secondaire de la Santé pour former sur place les infirmiers d'Etat, les sages-femmes, les techniciens de laboratoire et les techniciens sanitaires. L'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie a ouvert ses portes en 1969 pour former les cadres supérieurs de la santé, à savoir médecins et pharmaciens.

Pour déconcentrer les centres de formation, une école d'infirmiers a été ouverte à Sikasso en 1987 tandis qu'une deuxième est prévue pour Tombouctou.

Un nombre important de matrones (environ 600), d'accoucheuses traditionnelles (plus de 2 300) et d'hygiénistes-secouristes (de l'ordre de 2000) ont été formés. Mais une bonne partie de ce personnel a abandonné rapidement ses fonctions car la participation volontaire des communautés à leur rémunération n'est que très rarement réalisée.

\*La part du budget de l'Etat consacrée à la santé s'est élevée en 1987 à 3 181 millions de FCFA sur un total de 78 649 millions de FCFA, soit 4 % environ (1).

Ce budget est essentiellement un budget de salaire.

Alors que lors de son indépendance le Mali avait adopté le principe du financement public des dépenses de santé, en 1983 a été autorisé le paiement des actes médicaux suivant des barèmes établis sauf pour certaines maladies sociales telles que la lèpre et la tuberculose.

\*Depuis 1986, le Mali a modifié de façon fondamentale sa politique en autorisant l'exercice privé des professions médicales et pharmaceutiques, qui jusqu'à cette date était interdit.

Les conséquences de cette décision ont été surtout visibles dans le domaine de la pharmacie; elles restent encore plus que timides dans celui de la médecine.

\*L'accessibilité géographique des services de santé reste un problème non encore résolu. La distance moyenne théorique à parcourir pour rejoindre un centre de santé est de 71 kms (20) avec des disparités d'une région à l'autre.

\*Enfin, pour atteindre les objectifs fixés par la politique de promotion des soins de santé primaires, un certain nombre de programmes spécifiques ont été mis en place au niveau national parmi lesquels figure le Programme National de Santé Familiale.

## 2.2 La politique de SMI du Mali

### 2.2.1 les problèmes de SMI au Mali

Les problèmes liés à la santé des mères et de l'enfant figurent parmi les problèmes de santé prioritaires retenus au niveau national par le gouvernement.

Les données statistiques sur l'état sanitaire de ce groupe cible sont en réalité insuffisantes. Elles montrent cependant que la situation sanitaire est encore préoccupante.

-Le Mali se trouve classé parmi les pays à taux de mortalité infantile et infanto-juvénile les plus élevés du monde. Le taux de mortalité infantile (0-1 an) est estimé en moyenne à 125 %.

Le taux de mortalité juvénile (1-4 ans) est estimé à 30 %. et le quotient de mortalité infanto-juvénile à 250 %. en moyenne (15). D'après les archives nationales 70 % des décès d'enfants de 0 à 4 ans sont imputables à cinq ou six maladies pouvant être prévenues ou contrôlées par la vaccination ou des procédés thérapeutiques simples. Il s'agit du paludisme, de la rougeole, des diarrhées, des infections pulmonaires et de la malnutrition.

-La mortalité maternelle est quant à elle estimée à 666/100 000 (4). La malnutrition et l'anémie sont très fréquentes chez les femmes particulièrement chez celles qui ont six ou sept enfants avec des grossesses rapprochées. (15)

Ces faits soulignent l'importance que doivent avoir les activités de santé familiale au Mali.

### 2.2.2 Les options politiques en matière de SMI

\*Il est difficile de préciser le début des activités de SMI au Mali. Elles auraient effectivement débuté en 1959 à l'initiative de l'Institut National de Prévoyance Sociale qui a ouvert à Bamako le premier centre de SMI du Mali encore appelé "PMI centrale". (8)

Depuis cette date six autres centres ont été construits à Bamako et à Koulikoro. A cette époque les actions de SMI étaient sous la responsabilité d'une section de "l'hygiène de la maternité et de l'enfance" qui était rattachée à la division de médecine socio-préventive, elle même rattachée à la Direction Nationale de la Santé Publique. Le médecin-chef de cette section était aussi médecin-chef de la PMI centrale qui devait s'occuper des soins à donner à l'enfant et à la mère aussi bien que de formation du personnel. Les activités multiples qui en découlaient constituaient un handicap majeur à la bonne réalisation de ses fonctions qui étaient d'élaborer, de coordonner, d'administrer et d'évaluer les programmes de SMI.

\*Depuis lors, les actions en matière de SMI n'ont cessé de se multiplier.

En 1980 a été créée la Division de la Santé Familiale. Elle abrite depuis 1981 le programme national de développement de la SMI/PF.

Pour lui permettre d'assumer correctement sa mission, ont été construits des locaux qui abritent l'administration de la DSF tandis que certaines maternités ont été rénovées.

On a par ailleurs assisté au renforcement du personnel de la division centrale.

\*Des stages de recyclage sont organisés périodiquement. Ils ont concerné à ce jour près de 500 personnes à savoir 50 médecins, 200 sages-femmes, 73 infirmiers et infirmières, 30 agents chargés des statistiques, 24 cadres sociaux, 7 enseignants, 190 matrones, et un grand nombre d'accoucheuses traditionnelles.

Des films vidéos ont été réalisés sur différentes activités de SMI/PF (consultations postnatales, rougeole, espacement des naissances) afin de faciliter les activités d'information, d'éducation et de communication.

Des équipes de supervision et d'évaluation effectuent dans chacune des régions administratives et dans le district de Bamako des visites sur le terrain pour soutenir la réorganisation et assurer le suivi des activités.

\*Un programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques a été initié en juillet 1985 avec la nomination d'une coordinatrice et le rattachement à la DSF en janvier 1987. (16)

\*Les activités nutritionnelles se limitent à la surveillance des groupes cibles dans les zones sinistrées et l'éducation des femmes en matière de nutrition.

\*Ainsi les activités de SMI/PF au Mali sont coordonnées par la DSF qui relève de la Direction Nationale de la Santé Publique. Elle a été créée dans le but de:

- donner la place qui lui revient à la santé de la mère et de l'enfant

- créer des institutions capables de réduire très sensiblement la mortalité et la morbidité maternelle et infantile

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

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

- coordonner et superviser très étroitement toutes les activités de santé familiale

- établir des normes de référence

- évaluer et corriger ces normes pour les adapter à l'évolution médico-sociale du pays

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

\*La DSF est dirigée par un médecin qui est chef de la division. Dans la réalisation de son programme, la DSF est appuyée par des organisations internationales, multilatérales, bilatérales et non gouvernementales, (UNICEF, FNUAP, USAID) ainsi que par des organisations politiques nationales (UNFM et UNJM).

\*Pour atteindre ses buts, des volets correspondant aux différentes activités de santé familiale ont été définis. Six volets doivent être réalisés dans les centres de SMI/PF.

- la lutte contre les affections périnatales par des consultations prénatales pour la surveillance et les soins pendant la grossesse y compris l'immunisation contre le tétanos et le dépistage des grossesses à risques, par l'assistance à l'accouchement et le suivi des accouchées dans le post-partum (protection de la grossesse, de l'accouchement et de la période néonatale).

- le planning familial

- la surveillance de l'enfant sain incluant l'immunisation et la prévention de la malnutrition

- les soins à l'enfant malade dont la lutte contre les maladies diarrhéiques

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

- la recherche opérationnelle

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

Il faut enfin préciser que dans le cadre de l'immunisation, le programme élargi de vaccinations ou PEV du Mali a été lancé le 11 décembre 1986. La population cible est représentée par 1.800.000 enfants âgés de 0 à 6 ans. L'objectif est de vacciner d'ici 1990 80 % des enfants de cette classe d'âge contre les six maladies vaccinables (tuberculose, diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, rougeole) et 80 % des femmes enceintes contre le tétanos.

### 2.2.3 Situation actuelle de la SMI au Mali

\*Une analyse des données statistiques réalisée en octobre 1987 (15) montre que la fréquentation des centres de SMI/PF est encore limitée.

- Les activités de consultations prénatales, bien que faiblement fréquentées constituent le volet qui touche le plus grand nombre de femmes (19 % des femmes enceintes sont suivies à l'intérieur du pays et 83 % à Bamako).

- La vaccination anti tétanique touche 15 % des femmes venues en visites prénatales.

-16 % des accouchements sont assistés par un personnel médical, para médical, une matrone ou des accoucheuses traditionnelles à l'intérieur du pays et 46 % à Bamako (non compris les maternités des hopitaux).

-10,5 % des femmes ayant eu un accouchement assisté sont vues en visites postnatales.

-Les consultations de planning familial touchent moins de 1 % des femmes en âge de procréer pour l'ensemble du pays et 7 % d'entr'elles à Bamako.

-Les activités de surveillance de la croissance et du développement de l'enfant touchent essentiellement les enfants de moins d'un an avec un taux de couverture de 32 % à Bamako et de 7,5 % dans le reste du pays.

-Les consultations pédiatriques courantes constituent le principal facteur de motivation.

Cependant d'autres études montrent des chiffres discordants. Il s'agit notamment d'une enquête effectuée par sondage aléatoire dans le quartier de Sikoroni (20) qui montre que plus de 90 % d'un échantillon de 900 enfants sont nés en maternité.

Par ailleurs les résultats non encore publiés de la couverture vaccinale de Bamako qui a été réalisée en janvier 1990 sont très satisfaisants: enfants de 12 à 23 mois 45 %  
enfants de 24 à 71 mois 42 %  
femmes enceintes: VAT1 = 50 %, VAT2 = 40 %

### 2.3 Le district de Bamako

\*Le district:

Il se résume à une seule grande ville qui est située sur les rives du Niger en pleine zone soudanienne. Il est constitué de six communes dont les quatre premières sont localisées sur la rive gauche du fleuve. Les deux dernières communes, qui sont situées sur la rive droite, restent éloignées du centre ville. Un pont relie les deux parties ainsi séparées.

Les communes comptent chacune plus de cinq quartiers, ce qui représente pour l'ensemble du district 60 quartiers.(11)

\*La population:

Les résultats provisoires du recensement général de la population qui a été réalisé en 1987 donnent un effectif total de 646.163 habitants avec un taux d'accroissement de 4,19 % .

Il s'agit d'une population jeune, dont plus de 50 % a moins de 20 ans.

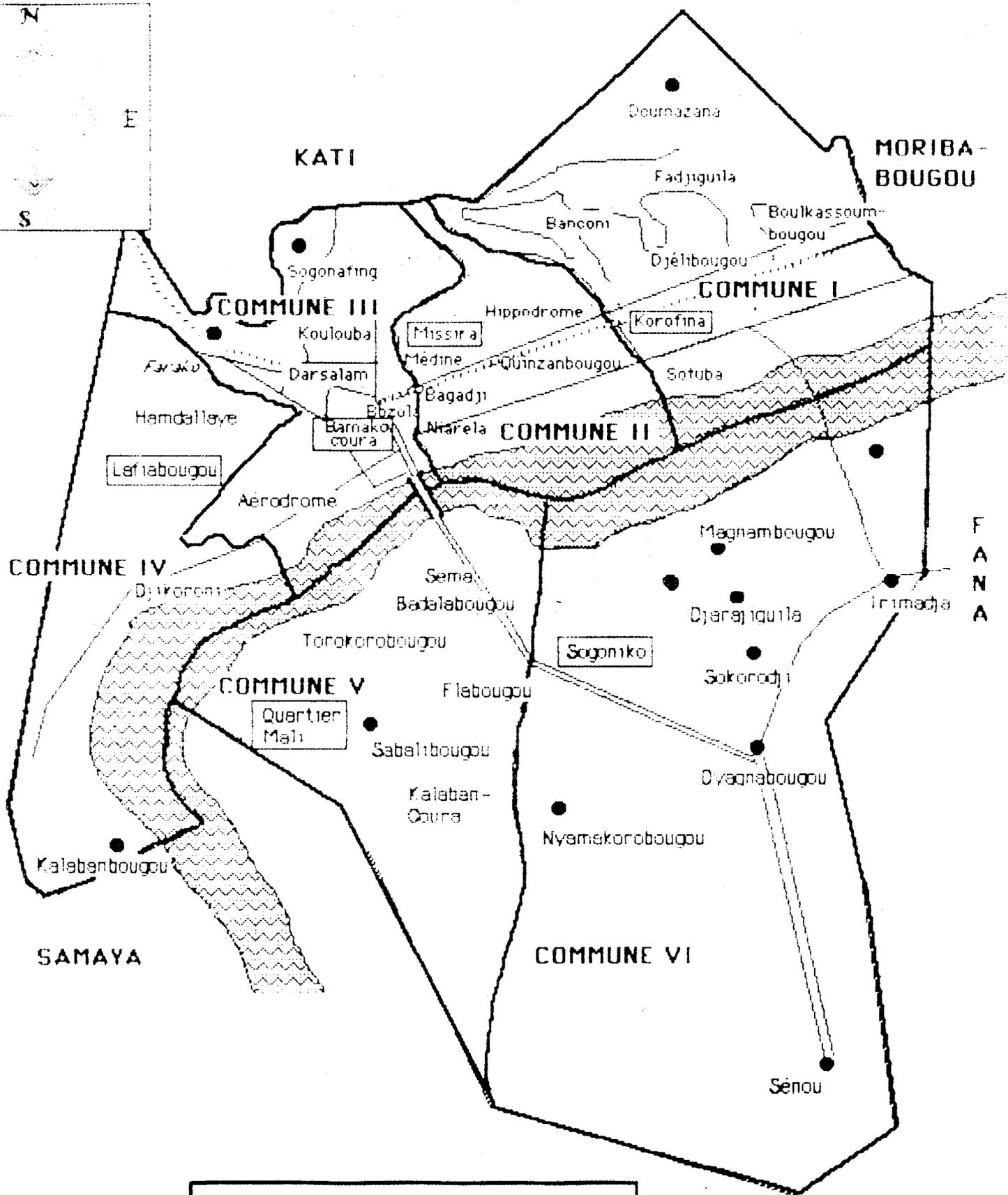
Le mouvement migratoire qui la caractérise est toujours très élevé: 23 % de la population réside à Bamako depuis moins de sept ans.

\*Le système de santé de la capitale:

L'infrastructure sanitaire de Bamako comprend:

- deux hopitaux nationaux
- six centres de santé communaux
- des centres de santé spécialisés
- des dispensaires et maternités publiques
- des dispensaires et maternités privés

La répartition de ces formations sanitaires figure sur la carte N°1.



**DISTRICT DE BAMAKO**

Légende Centre de Santé

ECHELLE = 1/100 000

Carte n°1: Répartition des centres de santé

-Les six communes du district sont dotées chacune d'un centre de santé composé d'une PMI, une maternité et un dispensaire.

Leur personnel est composé de médecins, sages-femmes, infirmiers et infirmières diplômés d'Etat, infirmiers et infirmières de santé, aides-soignants, personnel du service social, matrones, manoeuvres et chauffeurs.

Il existe aussi des dispensaires d'entreprise entrant dans le cadre de la médecine du travail.

Les cas dépassant les compétences du personnel des centres de santé communaux ou des dispensaires et maternités périphériques sont évacués sur les hôpitaux.

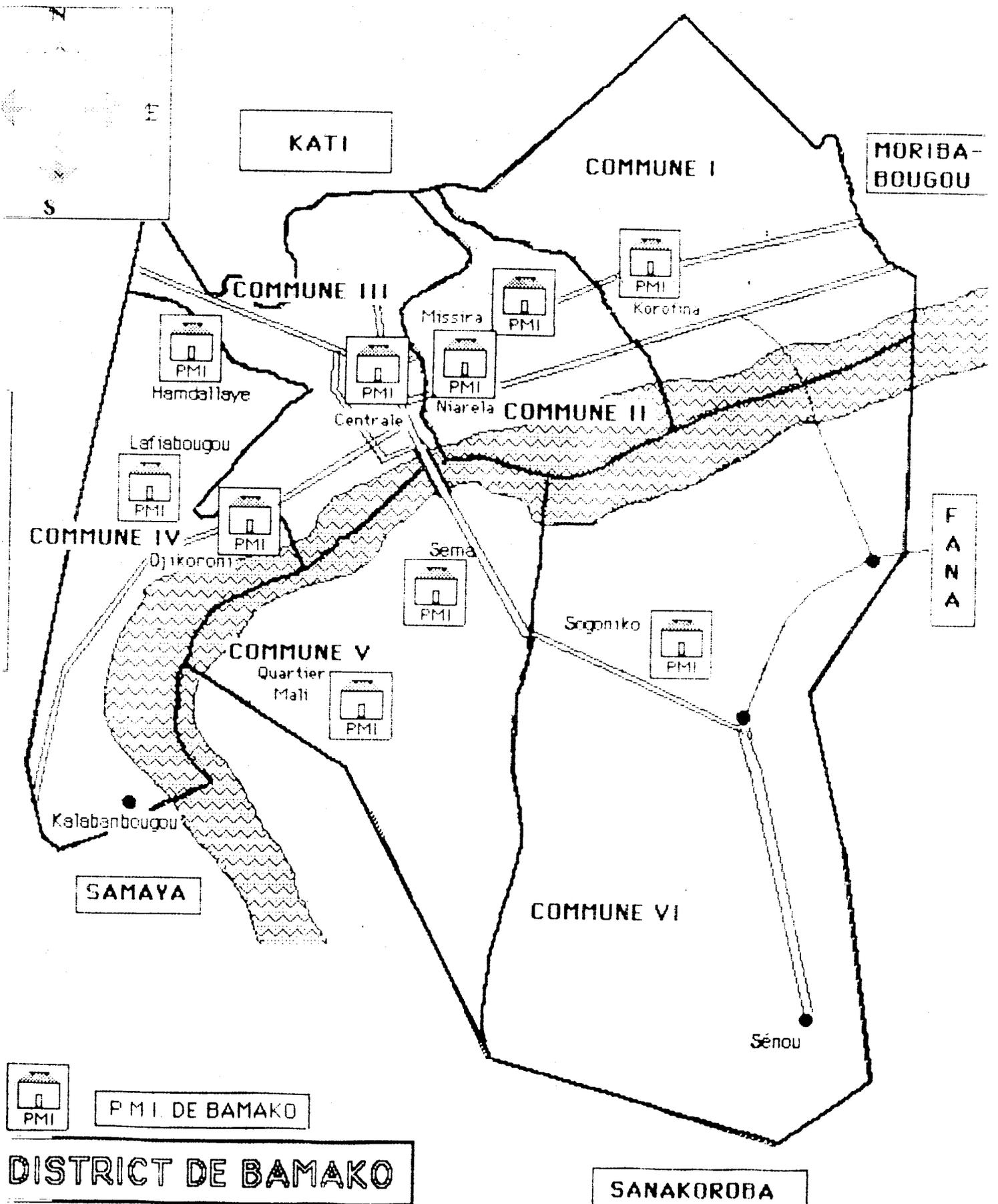
Les centres de santé spécialisés font les consultations spécifiques à leurs domaines d'activités.

La Direction Régionale de la Santé du district compte 18 médecins généralistes et 112 sages-femmes:

Une enquête réalisée par la Direction Nationale de la Planification et de la Formation Sanitaire et Sociale en 1988 donne la répartition suivante du personnel sanitaire entre les différentes régions du Mali et le district de Bamako.

REGIONS	NOMBRE DE PERSONNELS		
	MEDECINS	INFIRMIERS D'ETAT	SAGES- FEMMES
Kayes	22	54	16
Koulikoro	15	35	23
Sikasso	19	61	20
Ségou	30	78	21
Mopti	21	62	21
Tombouctou	12	18	7
Gao	15	31	8
District Bamako	24	50	169
Total Mali	158	389	285

Tableau 3: Répartition du personnel sanitaire entre les différentes régions et le district de Bamako



Carte n°2: Répartition des Centres de Santé Familiale

## 2.4 La commune VI

### 2-3-1 Présentation générale

\*La commune 6 a été créée par l'ordonnance numéro 78-32/CMLN du 18 août 1978 fixant le statut du district. Elle est la plus vaste commune de Bamako dont elle représente le tiers environ avec une superficie de 80 kilomètres carrés.

Ses limites sont (voir carte n°3) :

- à l'Est, la portion du district comprise entre son extrémité Sud-Est et le lit du fleuve
- au Nord, la portion du lit du fleuve comprise entre la limite Est du district et la limite de la cinquième commune englobant l'île numéro 20
- à l'Ouest, la limite Est de la commune 5
- au Sud, la portion de la limite du district comprise entre les limites Est et Ouest de cette cinquième commune.

\*Elle se compose de dix quartiers relativement distants les uns des autres et du centre ville qui sont les quartiers de Sogoniko, Faladiè, Magnambougou, Niamakoro, Banankabougou, Sokorodji, Dianéguéla, Sénou, Irimadio et Missabougou.

Son relief est monotone car peu accidenté principalement dans ses parties Nord-Est du côté de Magnambougou, et Nord-Ouest vers Sénou.

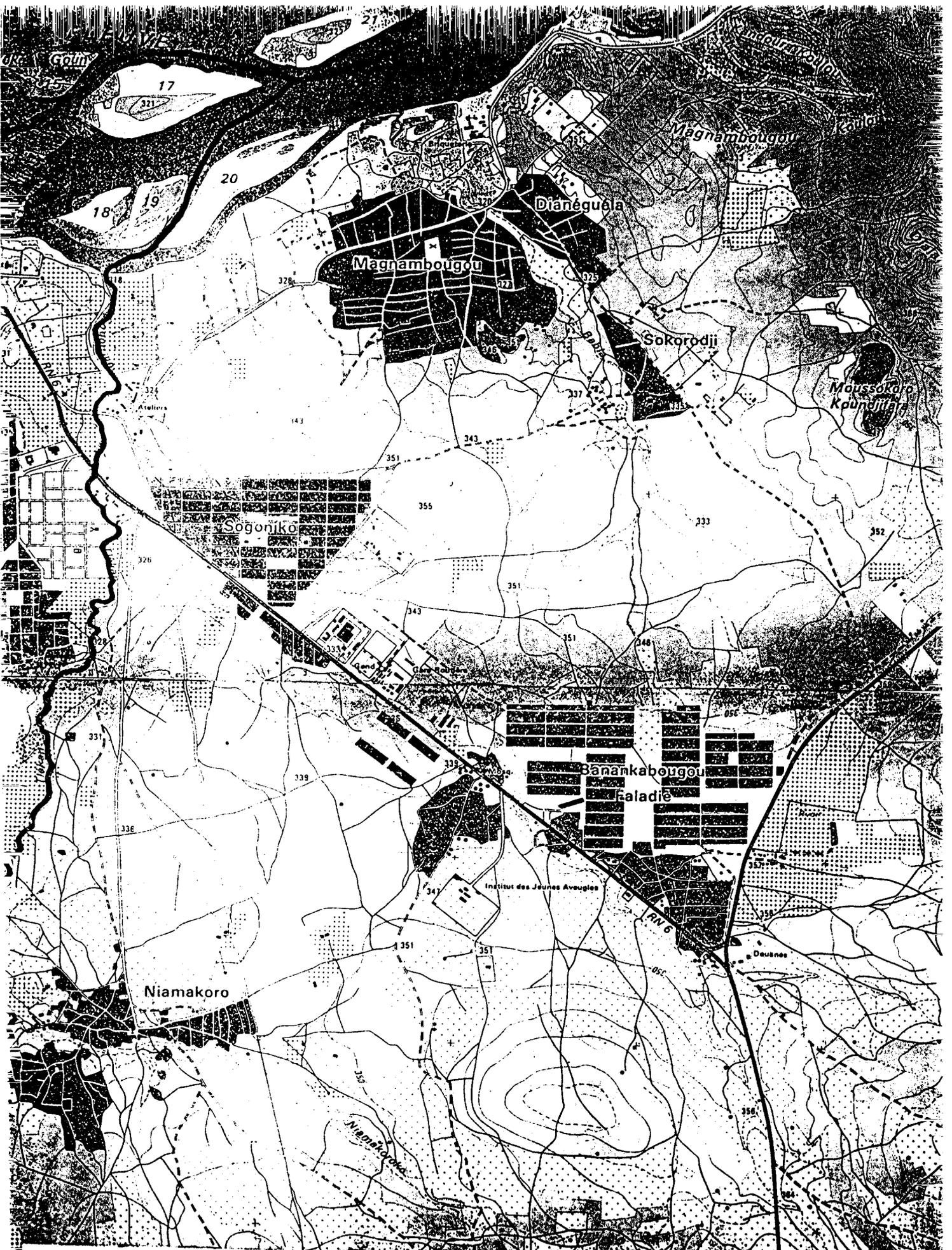
Elle est arrosée dans sa partie Est c'est à dire du côté de Magnambougou par le fleuve Niger et bénéficie de la présence de deux autres rivières dont l'une est intarrissable à l'entrée de Sogoniko et l'autre divise Sokorodji en deux parties.

Quatre quartiers seulement sont lotis à savoir ceux de Sogoniko, Magnambougou, Faladiè et Banankabougou. Les autres restent encore des quartiers spontanés avec tous les problèmes socio-sanitaires que cela suppose.

A Magnambougou se trouve l'un des plus grands projets d'aménagement urbains du pays.

\*Les principales voies de communication sont les routes nationales Bamako-Ségou et Bamako-Sikasso. Des routes non bitumées relient les différents quartiers et sont presque toutes difficilement pratiquables en saison des pluies.

La commune n'est pas très bien éclairée. L'éclairage public se limite aux quartiers de Sogoniko et Faladiè; avec le projet urbain il gagnera Magnambougou et sa périphérie.



Carte n°3: La commune VI

## 2-3-2 La population:

\*Au dernier recensement général réalisé en 1987, la population de la commune a été évaluée à 81.267 habitants soit 10.158 habitants au kilomètre carré.

Les moins de un an sont estimés à 3,40 % soit 2 800 enfants. Quant à la tranche d'âge des un à six ans, elle est estimée à 18,35 % soit 14 700 enfants.

Les femmes enceintes sont estimées à 5 % soit environ 4 000 femmes et les femmes en âge de procréer sont estimées à 20 % soit 16 200 femmes.

Partant d'un taux de natalité de 43 %. généralement admis au Mali nous pouvons prévoir un total de 3 500 naissances par an.

\*Comme dans tout le district la population est cosmopolite et regroupe les différentes ethnies du pays.

\*La répartition de la population par quartier est la suivante.

QUARTIERS	POPULATIONS
Niamakoro	20 624
Sogoniko	13 691
Magnambougou	11 151
Faladiè	10 223
Sokorodji	6 298
Dianéguéla	6 103
Séno	4 934
Banankabougou	4 367
Missabougou	2 573
Yirimadio	1 303
Total	81 267

Tableau 4: Répartition de la population de la commune 6 selon les quartiers

## 2-3-3 Les caractéristiques socio-économiques:

\*La population vit non seulement des secteurs secondaires et tertiaires mais aussi d'agriculture, d'élevage et de pêche. Le petit artisanat y est développé ( forgerons, potiers etc...). Certains habitants vivent du petit commerce. D'autres sont des fonctionnaires ou des agents du secteur privé résidant en commune 6, bien que travaillant au centre ville. On assiste également à l'ouverture de quelques ateliers et centres commerciaux.

\*Située sur l'axe Ségou-Bamako la commune 6 a subi plus que tout autre le contre coup de la sécheresse. Des vagues successives de populations fuyant le nord ont créé une véritable zone

péri-urbaine qui présente du point de vue sanitaire une situation aussi dramatique que celle des zones rurales déshéritées.

La croissance démographique, la prolifération des marchés et des bars ainsi que celle de maisons inachevées et inhabitées favorisent la délinquance. A cet effet deux postes de police fonctionnent dans la commune en appui aux actions du quatrième arrondissement. L'un se situe à Magnambougou et l'autre à Niamakoro.

\*L'adduction d'eau concerne seulement Sogoniko, Faladiè, Magnambougou qui possède même quelques fontaines publiques et Banankabougou. Dans les autres quartiers l'eau du puits sert pour la boisson et le ménage.

Seul Sogoniko possède deux bacs à ordures. Dans l'ensemble de la commune en général les ordures traînent à même le sol de manière anarchique. Leur enlèvement est fait par deux camions de la voirie au rythme de deux jours consécutifs par mois dans les quartiers lotis mais manuellement ou par pratique de comblement dans les quartiers non lotis.

Cela ne permet pas le ramassage de toutes les ordures.

Les latrines conformes aux normes d'hygiène sont rares et les puisards sont bien souvent défectueux: on peut même dire qu'il existe autant de mauvais puisards que de gîtes larvaires. Les vidanges de puisards se font la nuit à partir de minuit directement dans les rues.

Les comités d'assainissement qui existent au niveau de chaque quartier ne semblent pas collaborer suffisamment avec la brigade d'hygiène.

Ces différentes caractéristiques rendent la commune insalubre.

#### 2-3-4 La situation sanitaire

La commune 6 est dotée d'un centre de santé communal qui a ouvert ses portes le 7-2-1981 et qui a été construit grâce à une aide prépondérante de l'Arabie Saoudite. Il constitue le premier maillon de l'infrastructure sanitaire de la commune.

Les autres centres de santé sont le dispensaire de Bollé et l'infirmerie de l'union malienne des aveugles située à Faladiè. Ils relèvent tous les deux de la direction des affaires sociales et donnent des prestations sanitaires.

Depuis le 23-7-1988 fonctionne un dispensaire-maternité à Missabougou dirigé par un infirmier diplômé d'Etat qui fait des consultations de médecine générale. Les accouchements y sont assistés par des matrones.

### 3 L'OFFRE DE SMI EN COMMUNE VI

#### 3.1 Description du Centre SMI de Sogoniko

##### 3.1.1 L'infrastructure et l'équipement

Le centre de SMI de la commune 6 est située au centre du quartier populaire de Sogoniko, aux abords de la route reliant l'aéroport au centre ville.

C'est un bâtiment moderne à un étage construit en matériaux définitifs.

Elle regroupe une P.M.I, une maternité et un dispensaire.

##### 3-1-1-1-Les locaux:

Ils comprennent:

\*Au rez de chaussée:

-une grande salle d'accueil servant également à la pesée des enfants sains, à la pesée et la prise de température des malades. Elle est assez bien aérée et éclairée et est munie d'un ventilateur fonctionnel.

-une salle d'accouchements qui est petite. Elle est munie d'un ventilateur fonctionnel.

-une salle de travail contiguë à la salle d'accouchements; elle est trop petite pour le nombre de femmes qui y séjournent en même temps (non seulement les femmes en travail mais aussi les accouchées avec leurs nouveaux-nés).

-une salle de garde pour les sages-femmes qui est petite, mais munie d'un ventilateur fonctionnel.

-une salle de garde pour les aides-soignantes et les matrones qui est contiguë à celle des sages-femmes. Elle dispose d'un ventilateur non fonctionnel.

-un cabinet de consultations pour le médecin-chef qui est composé de deux salles dont la première sert de bureau et la seconde de salle d'examen. Elles sont toutes deux propres et en bon état. Le climatiseur du bureau est fonctionnel. Elle comporte un cabinet de toilette.

-un bureau pour le médecin adjoint en bon état; il est propre et muni d'un climatiseur fonctionnel; il dispose également d'un cabinet de toilette.

-un bureau pour l'infirmière diplômée d'Etat qui assume les fonctions de chef du personnel. Il est assez propre, et muni d'un climatiseur fonctionnel.

-une salle de consultations pour les infirmières diplômées d'Etat; elle est munie d'un ventilateur fonctionnel et a un couloir d'attente commun avec les bureaux des deux médecins.

-une pharmacie servant de magasin pour les médicaments et de bureau pour la pharmacienne.

-une salle pour la réhydratation par voie orale des enfants atteints de diarrhée; elle est en bon état et munie d'un couloir d'attente.

-une salle pour les consultations prénatales; elle est assez vaste. Elle comporte un ventilateur fonctionnel.

-une salle d'attente qui est contiguë à la salle de consultations prénatales.

-une salle d'injection assez propre

-une salle de pansements qui comporte un couloir d'attente commun avec la salle d'injections.

-une véranda pour les vaccinations qui est la voie d'accès au centre.

-une salle réservée à la chaîne de froid et à la conservation des vaccins.

-un bureau pour la secrétaire en bon état

-une salle et une petite terrasse pour la distribution des médicaments aux lépreux de la commune

-une maison occupée par le gardien

-un W.C. externe

-un cabinet de toilette pour les sages-femmes

-une buanderie pour le linge des accouchées

\*A l'étage:

-un bureau pour la maîtresse sage-femme  
Il s'agit d'une salle en très bon état, qui est par ailleurs propre et bien éclairée. Elle est munie d'un climatiseur fonctionnel, est assez aérée (deux fenêtres) et comporte un couloir d'attente et un cabinet de toilette.

-une salle pour le planning familial qui est propre et est en bon état. Elle comporte un couloir d'attente.

-une salle pour les consultations postnatales en bon état, propre, munie d'un climatiseur qui fonctionne. Elle comporte un couloir d'attente et un cabinet de toilette.

-une salle pour les soins aux nouveaux-nés, qui est en bon état.

-cinq salles d'hospitalisations dont trois grandes et deux petites climatisées

-un bureau pour la comptable en bon état

### 3-1-1-2-Les équipements:

Leur liste figure en annexe 1.

### 3.1.2 Le personnel

\*Au moment de notre étude les effectifs du personnel du centre de SMI étaient de 73 agents qui comprenaient:

-Personnel du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales :

- .un médecin
- .dix huit sages-femmes
- .cinq infirmiers diplômés d'Etat
- .huit infirmiers de santé dont un au centre de Missabougou
- .douze aide-soignants dont deux à Bollé
- .une aide-sociale
- .une technicienne de développement communautaire
- .une secrétaire
- .une comptable
- .un jardinier

-Personnel de l'I.N.P.S.

- .deux infirmiers de santé
- .onze aide-soignants

-Personnel communal

- .quatre matrones
- .six manoeuvres
- .un gardien

\*La répartition du personnel

SECTIONS	QUALIFICATIONS DU PERSONNEL				
	médecin	S.F.	I.D.E	I.S.	A.S.
STATISTIQUES	0	0	1	0	0
SOINS CURATIFS	1	0	4	3	1
CONSULT. PRENATALES	0	5	0	2	2
VACCINATIONS	0	2	0	1	5
P.F.	0	3	0	0	1
ACCOUCH.(PERMANENCE)	0	2	0	0	1
SUIVI ACCOUCH, SERV. ADM.	0	4	0	0	1
CONSULT. POSTNATALES	0	3	0	0	1
S.R.O.	0	0	0	1	2
PANSEMENTS	0	0	0	1	2
INJECTIONS	0	0	0	1	4
PHARMACIE	0	0	0	1	0
ENTRETIEN SALLE D'ACCOUchements	0	0	0	0	2

SERVICE SOCIAL = une aide-sociale et une technicienne de développement communautaire

SUIVI DES LEPREUX = une aide-sociale et un infirmier de santé

Tableau 5: Répartition du personnel sanitaire du centre de santé de la commune 6

### 3.1.3 Les ressources et les dépenses

#### a) Les ressources:

\*Elles proviennent de trois origines différentes:

- du Ministère de la Santé Publique, à travers la Direction Régionale de la Santé
- de la municipalité de la Commune 6
- des ressources propres du centre de santé.

\*La dotation financière accordée par l'Etat au Centre en 1989 a compris d'une part un crédit de fonctionnement de 471 400 FCFA, d'autre part un crédit médicaments dont nous n'avons pas pu connaître le montant.

\*La municipalité de la Commune VI prend en charge le salaire de 6 manoeuvres et de 4 matrones.

\*Les ressources propres du centre ont été obtenues à partir de la tarification suivante:

.Analyse d'urine	100 F
.Accouchement	1 000 F
.Consultation postnatale	200 F
.Carte de planning familial	250 F
.Visite ultérieure de PF	200 F
.Carnet de soins curatifs	100 F
.Fiche de croissance	50 F
.consultation de gynécologie (débutées en Juin 1989)	500 F

Le centre bénéficie également d'un support des services centraux à travers des tarifications dont les recettes leurs sont destinées.

Il s'agit de la Division Santé Familiale

.Carnet de santé maternelle	200 F
.Carnet de santé Infantile	200 F

et du Centre National d'Immunisation

.Carte de vaccination	100 F
-----------------------	-------

Pour 1989, nous n'avons pu obtenir que deux chiffres concernant le montant total de ces ressources:

.Accouchements	4 162 000 F
.Consultations de gynécologie (de Juin à Décembre 1989)	371 500 F
Total	4 533 500 F

\*A ces chiffres doit être ajoutée la prise en charge des salaires qui incombe aux budgets de l'Etat, de l'INPS et de la Commune 6.

b) Les dépenses:

Elles se sont réparties de la façon suivante:

.entretien des locaux	1 232 355 F	28 %
.essence	1 169 200 F	27 %
.entretien véhicules	695 315 F	16 %
.médicaments	322 915 F	7 %
.bons (avance au personnel)	88 000 F	2 %
.frais divers de gestion	895 930 F	20 %
Total	4 403 715 F	100 %

Les dépenses de déplacement constituent le premier poste.

Elles représentent en effet un total de 43 %

Quant à la consommation d'essence, elle a été en moyenne de 11 l par jour.

c) Rapprochement entre dépenses et ressources:

Ressources		Dépenses
.Recettes	4 533 500	
.Crédit de l'Etat	471 400	
Total	5 004 900	4 403 715

Ces chiffres montrent un excédent des ressources sur les dépenses de 601 185 FCFA, mais ils sont probablement inférieurs à la réalité, car ils n'ont pas pris en compte les recettes effectuées sur les autres services, à savoir la vente des carnets de consultation, de postnatale et de PF ou la tarification des analyses d'urines.

## 3.2 Organisation des activités

### 3.2.1 Organisation générale

#### 3-2-1-1 Les activités

\*Les activités conduites au centre de santé de la commune 6 sont identiques à celles qui sont menées dans tous les autres centres de SMI du district à savoir:

- au niveau de la P.M.I.:
  - .les consultations prénatales
  - .les vaccinations
  - .la réhydratation par voie orale des enfants atteints de diarrhée
  - .le planning familial
  - .la surveillance des enfants sains
- au niveau du dispensaire:
  - .les soins curatifs
  - .les soins infirmiers (injections et pansements)
- au niveau de la maternité :
  - .les accouchements
  - .le suivi des accouchées
  - .les consultations postnatales

Il est à noter que le centre de Sogoniko est également chargé du traitement des lépreux de la commune.

\*A chaque activité correspond un poste technique ou "section". Ainsi au centre de santé de Sogoniko, les patients sont reçus dans la grande salle d'accueil par le personnel du service social. Ils sont ensuite dirigés, selon leurs besoins, vers un poste technique.

#### 3-2-1-2 Les horaires officiels de travail

Les activités débutent officiellement tous les jours à 8 heures et prennent fin à 14 heures 30 quatre fois par semaine (lundi, mardi, mercredi, samedi), le jeudi à 12 heures (ce jour étant réservé au nettoyage général du centre), le vendredi à 12 heures 30.

Ainsi le temps officiel de travail hebdomadaire est-il de 34,5 heures soit 2070 minutes .

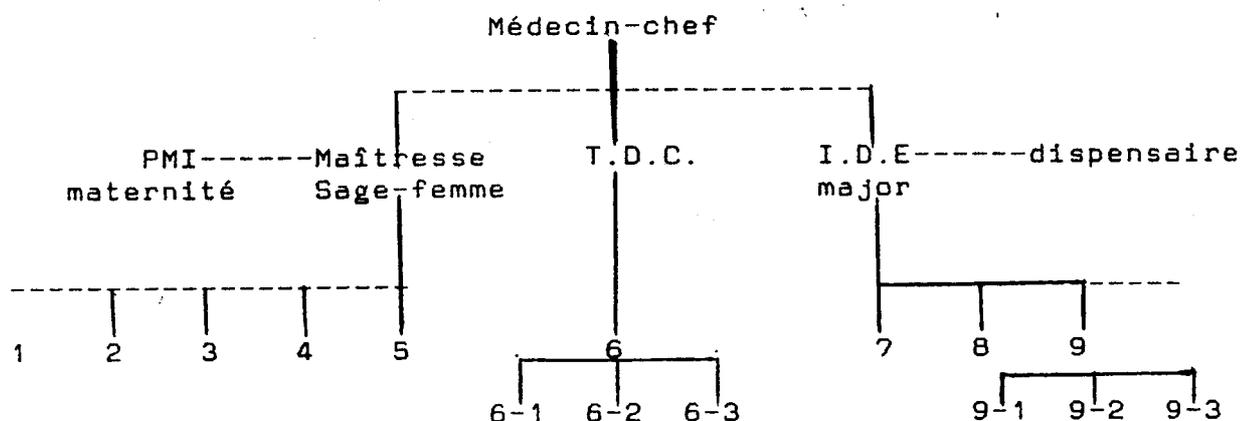
Notons que d'après la réglementation en vigueur au Mali les activités devraient débuter à 7 heures 30 tous les jours, la fin de la journée de travail étant prévue pour 14 heures 30 tous les jours sauf le vendredi où les activités prennent fin à 12 heures 30. Le temps réglementaire de travail hebdomadaire est donc de 40 heures soit 2400 minutes .

Ainsi le temps officiel de travail représente-t-il 86,25 % du temps réglementaire. A ces chiffres doivent être ajoutés ceux qui correspondent au service de garde. Le centre est en effet ouvert 24 h sur 24.

### 3-2-1-3 Organisation administrative du centre

\*Organigramme:

Le centre est organisé suivant l'organigramme suivant:



Graphique 1: Organigramme du Centre de Santé de la Commune 6.

Légende:

- |                         |                   |                    |
|-------------------------|-------------------|--------------------|
| 1-Accouchements         | 6-Service social  | 7-Consult.externes |
| 2-Visites prénatales    | 6-1-Suivi enfants | 8-RVD              |
| 3-Visites postnatales   | 6-2-I.E.C         | 9-Soins infirmiers |
| 4-Visites planning fam. | 6-3-Suivi lépreux | 9-1-Pansements     |
| 5-Vaccinations          |                   | 9-2-Injections     |
|                         |                   | 9-3-Pesée-tempér.  |

Au centre se tiennent les réunions du comité technique (les chefs de section et les médecins) une fois par semaine et une assemblée générale de tout le personnel sanitaire une fois par mois.

Les différentes catégories de personnel se répartissent les fonctions suivantes:

-Le médecin-chef

.Il assure la direction générale du centre (gestion des ressources humaines et financières, rencontres périodiques avec les autorités administratives de la commune...).

.Il effectue des consultations de médecine générale.

-La maîtresse sage-femme:

- .Elle assure le suivi des accouchées pendant leur séjour à la maternité.
- .Elle procède à l'établissement des déclarations de naissances.

-Les autres sages-femmes: elles font les consultations prénatales, les accouchements, les vaccinations BCG, les consultations de planning familial, les activités administratives au niveau de la maternité, les consultations postnatales.

-Les infirmiers et infirmières d'Etat:  
Ils font les consultations de médecine générale

-Les infirmiers de santé:  
.ils font les pansements et les injections, la réhydratation par voie orale des enfants, la prise de température des malades  
.ils participent aux consultations prénatales, aux consultations de médecine générale, au suivi des lépreux

-Les aides-soignants et aides-soignantes:  
.ils font les injections et les pansements, la réhydratation par voie orale des enfants, la prise de température des malades, les soins aux nouveaux-nés  
.ils participent aux consultations postnatales, aux consultations de planning familial, aux gardes dans la salle d'accouchements, aux consultations prénatales.

-Les matrones:  
Elles participent aux gardes dans la salle d'accouchements et assurent l'entretien de la cour du centre.

\*Le système de paiement des tarifs:

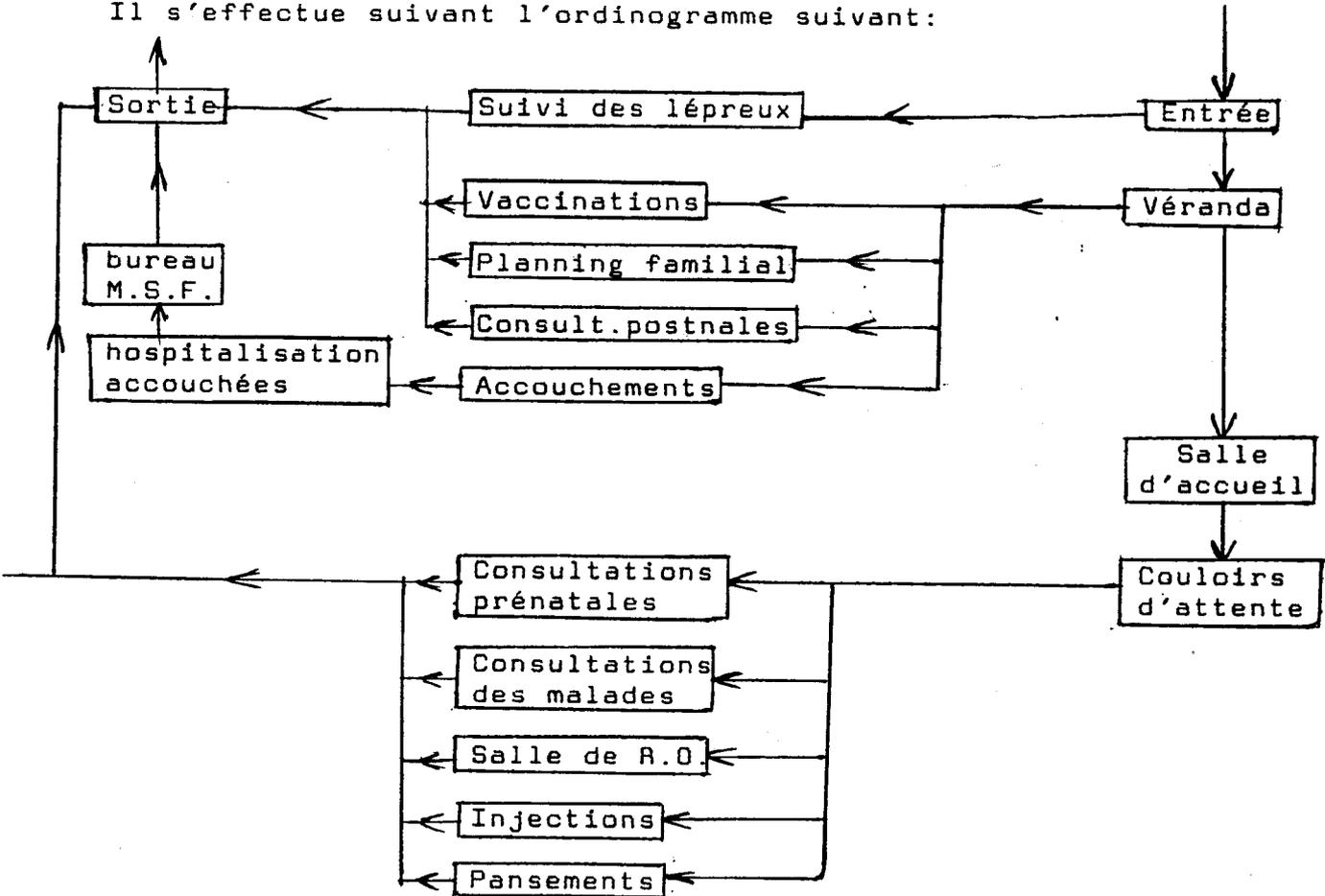
Il n'existe pas de guichet.  
Le consultant s'acquitte directement de ce qu'il doit payer au niveau de la section concernée.

Ainsi achète-t-il son carnet de santé maternelle auprès de la sage-femme ou sa carte de vaccinations auprès de l'infirmière qui en est chargée.

Les recettes sont collectées par les responsables techniques des postes intéressés. Les sommes encaissées sont versées dans un compte bancaire et utilisées dès que le besoin se manifeste par la double signature du Maire et du Médecin-chef.

\*Le circuit des malades:

Il s'effectue suivant l'ordinogramme suivant:



Graphique 2: Ordinogramme du circuit des consultants au sein du Centre de Santé

\*La notification des activités

Elle repose sur un système de recueil des données. Dans les différentes sections les patients sont enregistrés soit dans des cahiers (salle d'injections, salle de pansements), soit dans des registres (consultations prénatales, accouchements, soins curatifs, service social, service administratif, planning familial, consultations postnatales, salle de réhydratation orale, vaccinations, salle de distribution des médicaments aux lépreux).

Les variables pris en considération sont entre autres le sexe, l'âge, le quartier de résidence, le niveau de scolarisation...

Le Médecin-chef du centre adresse une fois par an un rapport d'activités qui comprend:

.Les relations avec les Directions Nationale et Régionale de la Santé:

.Le rapport d'activités

### 3.2.2 Les soins curatifs

#### \*Description et organisation

Les consultations de malades se font simultanément dans le bureau du médecin adjoint et dans la salle de consultations des infirmiers diplômés d'Etat. Les malades munis de leur carnet de consultations sont divisés en deux lots selon aucun critère. Une séance d'information doit en principe être faite un jour sur deux dans le cadre de l'éducation pour la santé avant le début des consultations .

Un service de garde est assuré à partir de 14 heures 30.

#### \*Personnel et répartition des tâches

Quatre infirmiers d'Etat aidés par deux infirmiers de santé assurent les consultations courantes.

Dans chaque salle de consultations il y'a deux infirmiers d'Etat et un infirmier de santé. Les infirmiers diplômés d'Etat font les consultations tandis que les infirmiers de santé enregistrent les malades .

Les gardes sont assurées par la moitié des aides-soignants, les infirmiers de santé, et tous les infirmiers d'Etat à l'exception du chef du personnel. L'équipe qui assure la garde se compose de deux agents: un infirmier diplômé d'Etat ou un infirmier de santé secondé par un aide-soignant.

#### \*Les activités

Notre étude a porté sur un total de 238 consultations réalisées au cours d'une période de deux semaines .

#### -La qualité de l'accueil

Nous l'avons considérée comme "bonne" dans plus de 70 % des cas.

QUALITE DE L'ACCUEIL	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
bonne	171	72 %
médiocre	50	21 %
mauvaise	17	7 %
Total	238	100 %

Tableau 6: Appréciation de la qualité de l'accueil au cours des consultations externes

-La qualité des consultations

La qualité des consultations est illustrée par le tableau suivant

GESTES EFFECTUES	EFFECTIFS	FREQUENCE RELATIVE
interrogatoire	236	99 %
inspection	211	89 %
auscultation	86	36 %
conseils aux malades	74	31 %
palpation	49	21 %
percussion	16	7 %
Total	238	100

Tableau 7: Identification des gestes réalisés au cours d'une consultation de médecine générale.

A partir du tableau 7 on peut facilement remarquer que l'essentiel des consultations se résume à un interrogatoire et à une inspection rapide des malades. Seulement 7 % d'entr'eux bénéficient d'un examen physique complet et tel qu'il devrait être fait, c'est à dire comprenant un interrogatoire, une inspection, une palpation, une auscultation et une percussion.

L'état vaccinal des enfants n'est recherché qu'après un diagnostic de rougeole.

Les consultations au centre de santé de Sogoniko se limitent à de simples séances d'interrogatoire des malades à partir desquelles sont posés des diagnostics.

Ainsi les malades sont-ils traités à partir de ce qu'ils disent ressentir sans le moindre complément clinique ni paraclinique.

-Le temps de travail

.Durée d'une consultation (examen et prescription)

Une consultation dure au minimum 1 mn, au maximum 8 mn et en moyenne 3 mn.

.Horaires de travail

Lors de notre enquête les activités ont débuté au plus tôt à 8 heures 40, au plus tard à 9 heures 45 mais en général entre 9 h et 9 h 30 pour prendre fin entre 11 h 15 et 14 h.

CLASSES D'HEURES	FREQUENCE
entre 8 h et 8 h 30	0
entre 8 h 30 et 9 h	1
entre 9 h et 9 h 30	8
entre 9 h 30 et 10 h	3
10 h et au delà	0

Tableau 8: Répartition de fréquence des heures de début des activités.

CLASSES D'HEURES	FREQUENCE
entre 11 h et 11 h 30	2
entre 11 h 30 et 12 h	2
entre 12 h et 12 h 30	2
entre 12 h 30 et 13 h	1
entre 13 h et 13 h 30	4
entre 13 h 30 et 14 h	0
14 h et au delà	1

Tableau 9: Répartition de fréquence des heures d'arrêt des activités.

.Temps réel de travail

Le personnel de la section travaille en moyenne pendant 1 146 minutes dans la semaine.

Par rapport au temps réglementaire de travail hebdomadaire, cela représente 48 %

Par rapport au temps officiel de travail hebdomadaire du centre, cela représente 55 %

.Charge de travail par catégorie de personnel

Un infirmier diplômé d'Etat travaille en moyenne pendant 286 minutes dans la semaine soit moins d'une heure par jour.

Un infirmier de santé travaille en moyenne pendant 573 minutes dans la semaine soit un peu moins de deux heures par jour.

Au niveau de cette section les activités débutent tard et prennent fin avant l'heure de descente recommandée.

### 3.2.3 Les consultations prénatales

#### \* Description et organisation

Les consultations prénatales sont faites tous les jours ouvrables.

Deux jours de la semaine sont réservés aux femmes qui viennent pour leur première visite: le lundi et le jeudi.  
Les quatre autres jours sont destinés aux visites ultérieures.

Les carnets de santé maternelle sont vendus aux femmes tous les jours avant le début des consultations. Il est à noter que le jour d'achat du carnet n'est pas celui de la consultation. Ce n'est qu'après son acquisition qu'un rendez-vous est fixé à la patiente pour la consultation proprement dite.

Le rythme des consultations est d'une consultation par mois pendant les deux premiers trimestres de la grossesse, puis d'une consultation tous les quinze jours pendant les septième et huitième mois de la grossesse.

Au neuvième mois les femmes sont reçues en consultation une fois par semaine.

A chaque visite, elles apportent leurs urines pour une recherche d'albumine sur place.

Il est prévu qu'une séance d'I.E.C. soit organisée tous les jours avant que ne débutent les consultations.

A cela s'ajoutent le traitement des femmes enceintes malades et la réalisation de consultations prénatales lors des sorties de l'équipe mobile de vaccination à l'intérieur des quartiers une fois par mois.

#### \* Personnel et répartition des tâches

Les activités de la section sont assurées par une sage-femme qui est la responsable de la section et qui est aidée par quatre autres sages-femmes, deux infirmières de santé et deux aides-soignantes.

-La vente des carnets de santé maternelle, l'examen obstétrical, les séances d'I.E.C et l'enregistrement des résultats sont faits par les sages-femmes.

-Les prescriptions sont faites par une infirmière obstétricienne.

-La recherche d'albumine dans les urines est faite par une infirmière de santé technicienne de laboratoire avant le début des consultations.

-La pesée des patientes, la stérilisation du matériel, le nettoyage du lavabo et des tables, la remise des carnets aux femmes sont faites par les aides-soignantes.

#### \* Les activités

Notre étude a porté sur 278 consultations prénatales réparties entre les six jours d'une semaine.

-La qualité de l'accueil

De notre étude il ressort que les femmes ne sont pas aussi bien reçues qu'il le faudrait en prénatales. Le tableau suivant montre en effet que la qualité de l'accueil par le personnel sanitaire doit être considérée comme mauvaise dans plus de la moitié des cas.

QUALITE DE L'ACCUEIL	EFFECTIF	FREQUENCE
bonne	115	41 %
médiocre	19	7 %
mauvaise	144	52 %
Total	278	100

Tableau 10: Appréciation de la qualité de l'accueil au cours des consultations prénatales.

-La qualité des consultations

La qualité des consultations est illustrée par le tableau suivant.

GESTES EFFECTUES	EFFECTIFS	FREQUENCE
mesuration de la hauteur utérine	278	100 %
recherche d'albumine dans les urines	278	100 %
recherche du pôle foetal	278	100 %
chloroquinisation	278	100 %
vaccination anti-tétanique	278	100 %
analyses pour bilan prénatal	278	100 %
recherche d'une anémie	276	99 %
recherche des bruits du coeur foetal	266	96 %
pesée	231	83 %
recherche d'oedèmes des membres inférieurs	74	27 %
conseils aux femmes	5	2 %

Tableau 11: Identification des gestes effectués au cours des visites prénatales

Lors de leur première visite, toutes les femmes bénéficient d'un examen au spéculum à la recherche d'infections génitales.

Les examens du bilan prénatal se composent du groupage sanguin et rhésus, ainsi que du B.W., qui sont systématiquement demandés. Ces examens se font au compte des patientes dans les laboratoires en ville.

A leur première visite, toutes les femmes reçoivent une ordonnance de 20 comprimés de chloroquine dosée à 100 milligrammes, un flacon de "Solubacter" et deux boîtes de "Polygynax".

Ainsi le coût systématique en médicaments d'une grossesse normale atteint un montant de 4 730 F qui est constitué de la façon suivante:

.Solubacter (1 flacon)	1 050 F
.Polygynax (2 boîtes)	3 190 F
.Nivaquine 20 comp.	90 F
.Analyse d'urine	100 F
.Carnet Santé Maternelle	200 F
.Carte de Vaccination	100 F
	-----
Total	4 730 F

-Utilité des gestes effectués

SIGNES PRESENTS

ATTITUDES OBSERVEES

.albuminurie	régime sans sel ou mi-sodé
.oedèmes aux membres inférieurs	régime sans sel ou mi-sodé plus du "Chophytol" en comprimés parfois
.oedèmes des membres inférieurs+albuminurie	régime sans sel et "Chophytol"
.anémie	prescriptions: "Erythroton ou Fumafer ou Globisine ou Strongenol"
.hauteur utérine au delà de 40 centimètres	palpation abdominale à la recherche d'une grossesse multiple ou d'un hydramnios
.hydramnios	régime sans sel
.antécédent de césarienne	les femmes sont orientées sur l'H.G.T. pour accoucher

Tableau 12: Attitudes observées au cours des visites prénatales

Aucune patiente n'a bénéficié d'une seule prise de la tension artérielle. La taille des femmes n'est également pas mesurée.

La suppression du sel est systématique chez toute femme présentant des oedèmes aux membres inférieurs.

Le tableau suivant permet de comparer l'efficacité et le coût des différents produits utilisés au poste:

Nom des produits	Quantité de fer par ampoule ou par comprimé	Prix d'une ampoule ou d'un comprimé
Erythroton	15 mg	115 FCFA
Globisine	3,62 mg	135 FCFA
Fumafer	66 mg	10 FCFA
Fefol	150 mg	40 FCFA

Tableau 13: Présentation des prescriptions au cours des visites prénatales

Les antécédents de césarienne constituent le seul critère pris en considération pour identifier une grossesse à risque.

\* Le temps de travail

-La durée d'une consultation (examen obstétrical)

Une consultation prénatale dure au minimum trente secondes, (pour les anciennes consultantes), au maximum quatre minutes (pour les nouvelles consultantes) et en moyenne une minute.

-Les horaires de travail

Les activités débutent relativement tôt au poste des consultations prénatales. Elles commencent au plus tôt à 7 h 40 et au plus tard à 8 h 30 mais le plus souvent entre 8 h et 8 h 30 pour prendre fin entre 10 h 30 et 12 h 30.

CLASSES D'HEURES	FREQUENCE
entre 7 h 30 et 8 h	2
entre 8 h et 8 h 30	3
entre 8 h 30 et 9 h	1

Tableau 14: Répartition de fréquence des horaires de début des activités

CLASSES D'HEURES	FREQUENCE
entre 10 h 30 et 11 h	1
entre 11 h et 11 h 30	2
entre 11 h 30 et 12 h	2
entre 12 h et 12 30	1

Tableau 15: Répartition de fréquence des horaires d'arrêt des activités.

-Le temps réel de travail

Le temps réel de travail quotidien est de 2 heures 20 minutes à 3 heures 50 minutes.

Le temps réel de travail hebdomadaire est de 1 170 minutes.

Par rapport au temps réglementaire de travail hebdomadaire il est de 49 %

Par rapport au temps officiel de travail hebdomadaire du centre il est de 57 %

-La charge par catégorie de personnel

.Une sage-femme en prénatales travaille en moyenne pendant 234 minutes dans la semaine soit moins d'une heure par jour.

.Une infirmière de santé en prénatales travaille en moyenne pendant 585 minutes dans la semaine soit un peu moins de deux heures par jour.

.Une aide-soignante travaille en moyenne pendant 585 minutes soit un peu moins de deux heures par jour.

Les femmes qui arrivent en consultations au delà de 10 heures sont refoulées alors que le temps réel de travail est égal environ à la moitié du temps officiel de travail.

\*Le matériel

-Produits consommables:

La réalisation des consultations prénatales a nécessité la présence d'alcool, d'acide acétique, et d'antiseptiques. Nous avons calculé que 90 ml d'alcool ordinaire ont servi pour faire 100 consultations. Pour une consultation prénatale il faut donc en moyenne 1 ml.

-Les spéculums:

La section des consultations prénatales ne dispose que d'un petit nombre de spéculums, qui était de douze lors de notre étude. Les jours où ils sont utilisés, il est nécessaire d'interrompre très souvent les consultations pour les stériliser. Les spéculums sont lavés au savon, rincés puis flambés à l'alcool avant d'être immédiatement réutilisés.

-On notera également l'absence de tensiomètre et de toise.

### 3.2.4 Les accouchements

\*Description et organisation

Dans la salle d'accouchements une garde est assurée vingt quatre heures sur vingt quatre par une équipe qui débute le matin à huit heures pour terminer le lendemain matin à la même heure.

## \*Personnel et répartition des tâches

### -Le personnel

.Toutes les sages-femmes participent au tour de garde à l'exception de la maîtresse sage-femme, de son adjointe et de la sage-femme responsable de la section des consultations prénatales.

C'est donc un total de quinze sages-femmes sur dix huit qui en assurent le service.

Notons qu'au moment de notre étude treize sages-femmes seulement ont assuré des gardes parce que deux de leurs collègues étaient en repos pour raisons de santé.

.La moitié de l'ensemble des aides-soignantes du centre font des gardes dans la salle d'accouchements soit dix aides-soignantes.

.Enfin, toutes les matrones et tous les manoeuvres participent eux aussi au tour de garde.

### -La composition de l'équipe de garde:

Jusqu'au mois de mars l'équipe de garde se composait de une sage-femme, une aide-soignante, une matrone et un manoeuvre.

Au mois d'avril dernier, il y'a eu un changement: l'équipe de garde a nécessité la présence permanente de deux sages-femmes.

### -La répartition des tâches

.Les sages-femmes suivent le déroulement du travail et font les accouchements.

.Les aides-soignantes font les injections et effectuent les soins du cordon ombilical des nouveaux-nés.

.Les matrones font la toilette des nouveaux-nés, ainsi que le nettoyage des tables d'accouchements et du lavabo entre deux accouchements.

.Les manoeuvres nettoient la salle d'accouchements.

## \* Les activités

Notre étude a porté sur 127 femmes qui ont été reçues dans la salle d'accouchements par treize sages-femmes.

### -La qualité de l'accueil

Dans la salle d'accouchements, nous avons considéré que les relations humaines entre le personnel et les bénéficiaires n'étaient pas conformes à ce que l'on pouvait attendre. Ainsi que le montre le tableau 16 il n'existe pas de position intermédiaire.

QUALITE DE L'ACCUEIL	N	%
bonne	50	39
médiocre	0	0
mauvaise	77	61
Total	127	100

Tableau 16: Appréciation de la qualité de l'accueil au cours des accouchements

-La proportion d'accouchées suivies pendant la grossesse

Plus du tiers des femmes qui ont été reçues dans la salle d'accouchements n'ont pas été suivies pendant leur grossesse. Environ la moitié des femmes ayant été reçues en visites prénatales l'ont été plus de deux fois. Nous présentons ces résultats dans le tableau 17.

NOMBRE DE VISITES PRENATALES	N	%
plus de deux visites	70	55
deux visites	4	3
une visite	7	6
pas de suivi	46	36
Total	127	100 %

Tableau 17: Répartition de fréquence du nombre de visites prénatales par femme enceinte.

-La proportion d'accouchements à domicile

Elle reste relativement élevée. Sur 127 femmes reçues il y'a eu 14 accouchements effectués à domicile soit 11 %

.La proportion des accouchées à domicile suivies pendant la grossesse

8 femmes sur 14 ( 57 % ) n'avaient pas été suivies en prénatales.

6 femmes sur 14 ( 43 % ) avaient effectué plus de deux visites prénatales.

.Les quartiers de résidence

Quatre femmes viennent de Sokorodji  
Trois femmes viennent de Niamakoro  
Deux femmes viennent de Magnambougou.  
Deux femmes viennent de Daoudabougou  
Une femme vient de Sénou

Une femme vient de Faladiè  
Une femme vient de Kalaban Coura

On notera donc le rôle de la distance car parmi ces quartiers le moins distant du centre l'est de 2 kms (Faladiè).

-La proportion des évacuations

Sur 127 femmes reçues 4 ont été évacuées (3 %). Il s'est agi deux fois d'hémorragie de la délivrance, une fois d'expulsion difficile et une fois de dysproportion foeto-pelvienne.

-Les morts-nés

Il y'a eu deux cas de morts-nés ( 1,5 % ) dont un prématuré de six mois.

-La qualité des soins

Elle a été appréciée à partir des 113 femmes qui ont été reçues et suivies dans la salle avant accouchement.

.Les gestes effectués sont reproduits dans le tableau 18.

GESTES EFFECTUES	N	%
suivi de l'évolution de la dilatation	107	95
recherche de la confirmation du terme	0	0
recherche d'antecedents obstétricaux	0	0
suivi des bruits du coeur foetal	0	0

Tableau 18: Identification des gestes réalisés au cours des accouchements

Seule est appréciée l'évolution de la dilatation du col.  
La surveillance d'une éventuelle dystocie ne se fait pas.

.Le traitement ocytocique

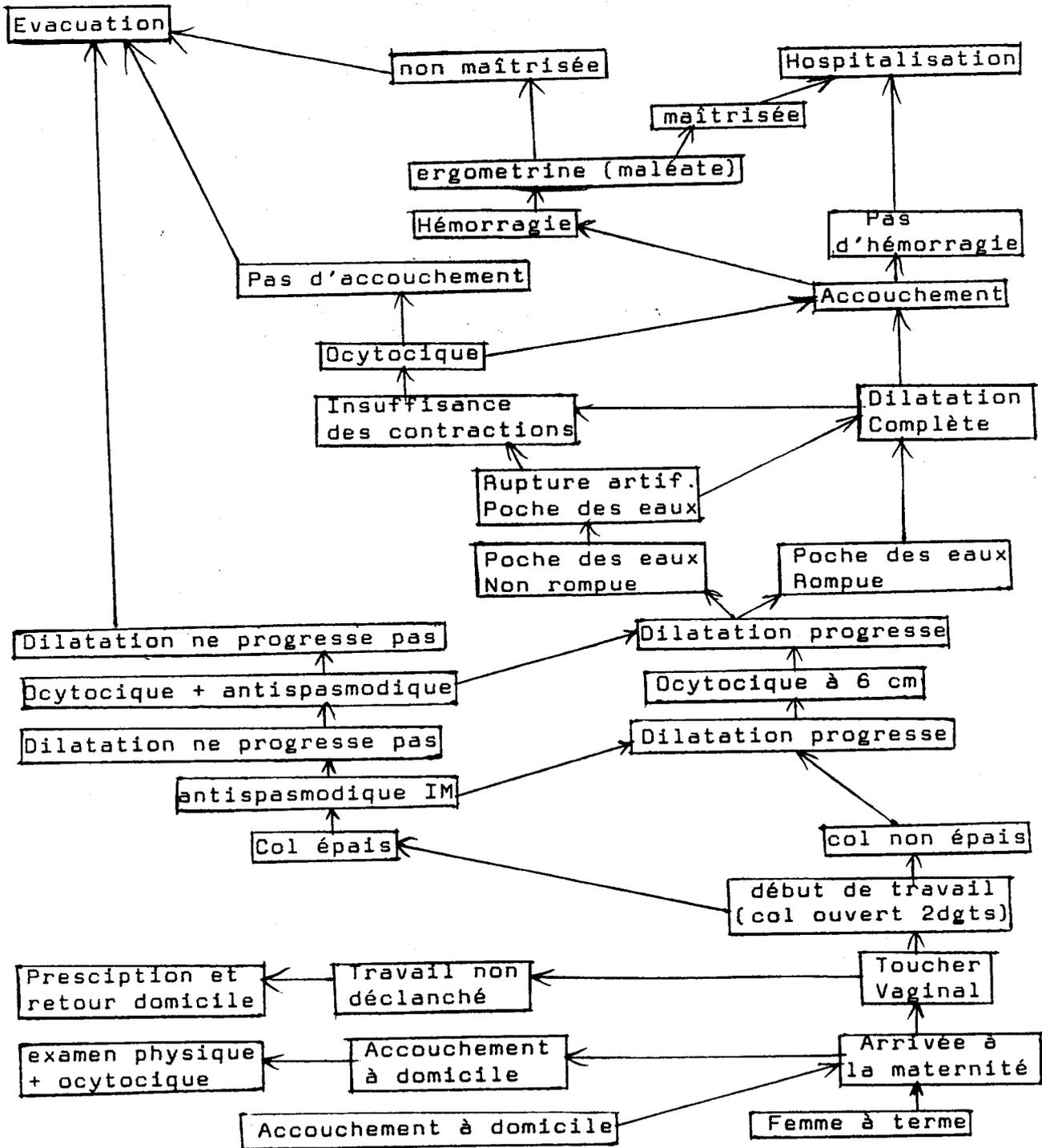
Il est réalisé à partir d'un flacon de 500 ml de serum glucosé dans lequel ont été introduites une ou deux ampoules de "Spasfon" plus une ou deux ampoules d'un ml d'oxytocine.

Les femmes en travail reçoivent cette préparation dès que la dilatation du col atteint 6 à 7 cm soit en une injection de 5 à 10 ml qui est effectuée en intra musculaire ou en intra veineuse directe, soit en perfusion lente.

Si la dilatation ne progresse pas assez vite, il arrive parfois que la femme reçoive à la fois une injection intra musculaire et une injection intra veineuse directe ou bien même une association d'une injection intra musculaire et d'une perfusion.

Nous avons constaté dans notre étude qu'un tel traitement ocytocique avait été fait chez 112 femmes sur 113. La seule qui a échappé à ce traitement avait refusé toute injection. Les femmes qui ont accouché à la maison reçoivent 5 ml de ce même traitement en injection intra musculaire.

Enfin, il arrive parfois que soit effectuée une prescription de " METHERGIN " après l'accouchement aux femmes qui semblent présenter une hémorragie.



Graphique 3: Algorithme dans la salle d'accouchements.

.Immédiatement après l'expulsion du foetus le cordon ombilical est clampé et immédiatement sectionné.

.Du point de vue hygiène de l'examen, plusieurs remarques peuvent être faites:

Les doigtiers et gants sont simplement rincés à l'eau entre les touchers et passent d'une femme à l'autre.

Les pinces servant de clamp et les ciseaux sont lavés au savon puis flambées à l'alcool entre deux accouchements.

Les aiguilles et seringues sont rincées à l'eau entre deux injections et passent d'une femme à une autre.

Une même aiguille de perfusion sert pour toutes les femmes qui reçoivent le traitement ocytocique par perfusion.

On doit cependant noter que deux sages-femmes font bouillir correctement pendant quinze minutes les aiguilles et seringues avant leur réutilisation. Elles veillent à ce que leurs doigtiers et gants soient bien lavés au savon, rincés et trempés dans une solution d'antiseptique (du "Solubacter") souvent renouvelée. Elles font elles mêmes les accouchements et les délivrances.

#### .La répartition des tâches

Sur 109 accouchements réellement effectués à la maternité :  
82 ont été faits par les sages-femmes soit 75 % et 27 ont été faits par les aides-soignantes soit 25 %

#### -Les soins aux nouveaux-nés

Les nouveaux-nés sont lavés à l'eau tiède avec du savon. La désobstruction de leurs voies aériennes supérieures se fait à l'aide d'une poire en mauvais état. Le pansement ombilical est réalisé avec de l'alcool ordinaire.

On procède à la ligature du cordon ombilical en utilisant du fil trempé dans de l'alcool.

Il n'y'a pas application systématique de collyre à la naissance.

Une observation faite sur 43 nouveaux-nés montre que seulement 25 soit 58 % ont reçu une ordonnance de collyre.

#### \*Le matériel

##### -Les quantités utilisées

1 150 ml d'alcool simple ont été utilisés pour 127 femmes, ce qui signifie qu'il faut environ 9 ml pour un accouchement.

Une boîte d'allumettes, un paquet de savon en poudre et la moitié d'un morceau de savon sont mis à la disposition de chaque journée de garde.

Du fil pour la ligature du cordon ombilical, et du coton sont également utilisés.

Doit être noté le manque de matériel élémentaire de travail.

C'est ainsi qu'une pince à pansements sert à la fois de clamp et de pince à agraffes.

Il n'y a aucune sonde pour la désobstruction des voies aériennes supérieures: une poire en mauvais état est utilisée à cet effet.

Il n'y a aucun procédé de réanimation. En cas de retard à l'établissement de la respiration, on recourt au massage cardiaque et à la limite au bouche à bouche.

Il n'y a également pas de sonde vésicale, ni même de stéthoscope obstétrical.

Tous les gestes d'accouchements sont rapides et brusques. Le travail est stimulé voir forcé; le clampage du cordon ombilical immédiat après l'expulsion, la délivrance est également effectuée sur le champ.

C'est ainsi qu'une femme évacuée pour dysproportion foeto-pelvienne a reçu un traitement ocytotique en I.M. puis en intra veineuse directe avant son évacuation!

Il y a possibilité que les femmes se transmettent diverses infections par l'intermédiaire d'aiguilles souillées ou utilisées successivement chez plusieurs femmes.

### 3.2.5 Le suivi des accouchées

#### \*Description et organisation

Les accouchées sont suivies au niveau de leur chambre d'hospitalisation qui est placée sous la direction et la responsabilité de la maîtresse sage-femme.

Ce poste fonctionne tous les jours de travail.

#### \*Personnel et répartition des tâches

-Le personnel se compose de la maîtresse sage-femme, de trois autres sages femmes, d'une aide-soignante et de deux matrones.

#### -La répartition des tâches

.La maîtresse sage-femme assure le suivi clinique des accouchées jusqu'à leur sortie.

.L'aide-soignante s'occupe des soins aux nouveaux-nés.

.Une matrone fait les séances d'I.E.C. et les injections de serum anti tétanique aux femmes qui n'ont pas été vaccinées pendant leur grossesse et à leur enfant.

.Une matrone dirige les patients vers le bureau de la maîtresse sage-femme.

#### \*Les activités

Leur étude a été réalisée sur la totalité des femmes qui ont été hospitalisées au cours d'une semaine soit 52 accouchées.

#### -La qualité des services

Les femmes accouchées ont reçu la visite de la maîtresse sage-femme cinq jours sur six, mais sans bénéficier du moindre examen clinique.

Elles ont été interrogées sur leur état de santé et ont été autorisées à rentrer chez elles selon leur réponse comme le témoigne les durées des visites.

En cinq jours, 46 femmes ont été suivies en 42 minutes soit moins d'une minute par accouchée. Ces visites sont des séances rapides d'interrogatoire des femmes au cours desquelles la décision de sortie dépend principalement des accouchées qui sont en général pressées de rentrer chez elles.

C'est au cours de leur séjour en maternité que les femmes accouchées qui n'avaient pas été vaccinées contre le tétanos et leur enfant reçoivent chacun du sérum antitétanique.

#### \*Le matériel

Nous avons constaté un manque de matériel.

En effet, le service des accouchées ne dispose ni de thermomètre, ni de tensiomètre.

#### \*Le temps de travail

##### -Les horaires de travail

Les activités commencent tard, en général entre 8 h 30 et 9 h et prennent fin généralement entre 12 h et 12 h 30.

CLASSES D'HEURES	N
entre 8 h 30 et 9 h	5
entre 9 h et 9 h 30	1

Tableau 19: Répartition de fréquence des heures de début des activités.

CLASSES D'HEURES	N
entre 11 h 30 et 12 h	2
entre 12 h et 12 h 30	3
entre 12 h 30 et 13 h	0
entre 13 h et 13 h 30	0
entre 13 h 30 et 14 h	1

Tableau 20: Répartition de fréquence des heures d'arrêt des activités.

-Le temps réel de travail

Par jour le personnel travaille pendant 170 minutes au minimum, 280 minutes au maximum et en moyenne 208 minutes.

Dans la semaine le temps réel de travail est de 1 250 minutes. Ceci représente 52 % du temps réglementaire de travail hebdomadaire et 60 % du temps officiel de travail hebdomadaire.

-La charge de travail par catégorie de personnel

Une sage-femme travaille en moyenne dans la semaine pendant 312 minutes soit moins d'une heure par jour.

Une aide-soignante travaille en moyenne dans la semaine pendant 1 250 minutes soit environ trois heures par jour.

Une matrone travaille en moyenne dans la semaine pendant 623 minutes soit un peu moins de deux heures par jour.

### 3.2.6 L'enregistrement administratif

\*Il est réalisé par la même équipe que celle qui effectue le suivi des accouchées.

Les différentes activités comprennent l'établissement:

.des fiches de sortie de la maternité.

.des fiches de déclaration de naissance destinées à être déposées à la mairie pour l'acquisition d'un acte de naissance. Elles sont réalisées par l'ensemble du personnel du bureau de la maîtresse sage-femme, et font suite aux visites des accouchées.

Ces documents sont obtenus moyennant paiement:

.1 000 F pour l'accouchement et les frais d'hospitalisation

.500 F pour les frais de déclaration de naissance.

Lors de notre étude nous avons recensé 73 déclarations de naissances.

-La qualité de l'accueil

Les relations humaines entre bénéficiaires et personnel au cours de ces séances administratives ont été considérées comme bonnes dans 85 % des cas.

QUALITE DE L'ACCUEIL	N	%
bonne	62	85
médiocre	4	6
mauvaise	7	9
Total	73	100

Tableau 21: Appréciation de la qualité de l'accueil lors des déclarations administratives.

### 3.2.7 Les consultations postnatales

#### \*Description et organisation

Ce poste fonctionne tous les jours de travail, mais du fait de la faible connaissance par les populations des consultations postnatales, leurs activités se concentrent dans les seules journées de vaccinations du centre, c'est à dire les Lundi, Mercredi et Samedi.

#### \*Personnel et répartition des tâches:

-Trois sages-femmes sont affectées à la section mais nous avons travaillé durant notre séjour avec seulement deux d'entr'elles car la troisième était alors en congés. Elles sont aidées par une aide-soignante et une matrone rurale qui est bénévole.

-Les sages-femmes font les consultations.

-L'aide-soignante s'occupe de l'entretien du matériel. La matrone se rend au niveau de la véranda les jours de vaccinations au centre pour référer les femmes venues pour faire faire le BCG de leurs enfants et les diriger vers les consultations postnatales.

Les autres jours elle partage les tâches de l'aide-soignante.

#### \*Les activités

Notre étude s'est penchée sur 24 consultations réalisées en une semaine.

#### -La qualité de l'accueil

21 femmes sur 24 représentant 87 % ont été bien reçues.  
3 femmes sur 24 représentant 12 % ont été mal reçues.

-La qualité des soins

Les gestes effectués au cours des visites sont reproduits dans le tableau 22.

GESTES EFFECTUES	N	%
examen du col au spéculum	24	100
recherche de maux de ventre	19	79
recherche d'anémie	17	71
examen des seins	1	4
Total	24	

Tableau 22: Identification des gestes effectués au cours des consultations postnatales.

Aucun acte de toucher vaginal n'a été réalisé. Il s'agit pourtant d'un geste essentiel pour identifier consistance et sensibilité de l'utérus et visualiser infection et perte sanguine. La température n'est jamais prise: pour affirmer une fièvre, le personnel se fie aux seuls dires des malades.

-Les motifs des visites

Au cours de notre étude, une seule femme est venue d'elle même en consultation postnatale parce qu'elle se sentait malade. Toutes les autres ont été recrutées au niveau du poste de vaccinations. La répartition des consultantes entre les différents jours de travail montre que les visites postnatales en commune 6 sont liées aux vaccinations.

Lundi (vaccinations)	17
Mardi	1 (maux de ventre)
Mercredi (vaccinations)	1 (matrone absente)
Jeudi	0
Vendredi	0
Samedi (vaccinations)	5

\*Le temps de travail

-Les horaires de travail

Il y a de toute évidence très peu de patientes. Les activités débutent tard. Elles ont eu lieu quatre jours dans la semaine et commencent au plus tôt à 9 h 15 pour prendre fin au plus tard à 11 h.

CLASSES D'HEURES	N
entre 9 h et 9 h 30	1
entre 9 h 30 et 10 h	2
entre 10 h et 10 h 30	0
entre 10 h 30 et 11 h	1

Tableau 23: Répartition de fréquence des heures de début des activités.

CLASSES D'HEURES	N
entre 10 h et 10 h 30	1
entre 10 h 30 et 11 h	3

Tableau 24: Répartition de fréquence des heures d'arrêt des activités

-Le temps réel de travail

Une consultation postnatale dure au minimum 2 mn, au maximum 5 mn et en moyenne 3 mn.

Dans la semaine le temps réel de travail est de 172 minutes. Par rapport au temps réglementaire de travail hebdomadaire il est donc de 7 %

Par rapport au temps officiel de travail hebdomadaire du centre il est de 8 %

-La charge de travail par catégorie de personnel

Une sage-femme travaille en moyenne dans la semaine pendant 86 minutes soit 14 minutes par jour.

L'aide-soignante et la matrone travaillent chacune pendant 86 minutes soit 14 minutes par jour.

### 3.2.8 Le planning familial

#### \*Description et organisation

Le poste de planning familial fonctionne tous les jours ouvrables. Toutes les méthodes de contraception disponibles sont offertes aux personnes qui le désirent tous les jours de travail.

Après achat de leur carte de planning, les femmes sont fichées. Les femmes mariées ne peuvent bénéficier d'une planification qu'avec l'accord de leur mari, ce qui nécessite soit leur présence et leur carte d'identité, soit une attestation écrite.

\*Personnel et répartition des tâches

-Le personnel se compose de trois sages-femmes aidées par une aide-soignante.

-Les sages-femmes reçoivent les patientes, procèdent à l'examen et tiennent le registre.

L'aide-soignante s'occupe de l'entretien du matériel.

\*Les activités

Notre étude a porté sur l'ensemble des femmes qui ont été reçues au poste en une semaine soit un total de 98 personnes.

-La qualité de l'accueil

Le tableau suivant montre que de toute évidence, les bénéficiaires du planning familial ne sont pas bien reçues.

QUALITE DE L'ACCUEIL	N	%
bonne	21	21
médiocre	50	51
mauvaise	27	28
Total	98	100

Tableau 25: Appréciation de la qualité de l'accueil au cours des consultations de planning familial.

-Les méthodes disponibles

Au moment de notre étude étaient disponibles les méthodes suivantes:

.Les contraceptifs oraux: deux types de pilules étaient servis au centre: "OVRETTE" pour les femmes qui allaitent leur enfant et "LO-FEMENAL" pour les autres.

.Les dispositifs intra-utérins: le stérilet en cuivre en T était le seul D.I.U. disponible.

.Les contraceptifs injectables: le "DEPO-PROVERA" a été disponible cinq jours sur six à cause d'une rupture de stock. Le jour où le produit manquait, les femmes venues en consultation ont dû aller l'acheter en pharmacie.

.Les préservatifs ou condoms étaient disponibles tous les jours.

.Les spermicides: les comprimés de "CONCEPTROL" étaient l'objet de rupture de stock qui nous a-t-on dit était très fréquente.

### -La qualité des consultations

#### .Les pilules

Lors de leur première visite, les femmes sont invitées à remplir une fiche signalétique, à partir de laquelle sont posées d'éventuelles contr'indications.

Après cela, les sages-femmes vérifient si la femme est effectivement en période de menstruation. La quantité servie correspond à un seul cycle.

Lors des visites ultérieures, si la femme dit supporter la pilule qui lui a été prescrite, elle reçoit la quantité nécessaire.

#### .Les dispositifs intra-utérins

Ils sont posés au moment des règles pour masquer un éventuel saignement pouvant survenir les jours suivant l'insertion. Avant de poser le stérilet les sages-femmes font un examen gynécologique au spéculum pour rechercher une éventuelle infection mais sans effectuer le moindre toucher vaginal. Les femmes présentant une infection gynécologique quelconque bénéficient d'un traitement systématique avant l'insertion du stérilet.

Après la pose du stérilet, un premier contrôle est effectué un mois après (recherche du fil et contrôle de l'état du col). S'il n'y a pas de problèmes apparents de nouveaux contrôles sont effectués tous les trois mois.

Un stérilet inséré depuis trois ans est retiré et remplacé.

On ne pose jamais un stérilet chez une nullipare.

#### .Les contraceptifs injectables

La première injection est faite au moment des règles. Quatre injections complémentaires sont faites ensuite toutes les huit semaines.

Enfin, des injections systématiques sont effectuées tous les trois mois.

Comme pour le stérilet, la nulliparité constitue une contre-indication.

#### .Les comprimés spermicides et les condoms:

Ils ne nécessitent pas de mesures particulières; des instructions sont données sur leurs modalités d'utilisation.

#### \*Le temps de travail

##### -Les horaires de travail

Au moment de notre travail les activités au poste de planification familiale ont débuté au plus tôt à 8 heures 10 et au plus tard à 9 heures 15, mais le plus fréquemment entre 8 heures 30 et 9 heures pour prendre fin généralement entre 12 heures et 13 heures 30.

CLASSES D'HEURES	N
entre 8 h et 8 h 30	1
entre 8 h 30 et 9 h	3
entre 9 h et 9 h 30	2

Tableau 26: Répartition de fréquence des heures de début des activités de planning familial.

CLASSES D'HEURES	N
entre 11 h et 11 h 30	1
entre 11 h 30 et 12 h	0
entre 12 h et 12 h 30	2
entre 12 h 30 et 13 h	0
entre 13 h et 13 h 30	2
entre 13 h 30 et 14 h	1

Tableau 27: Répartition de fréquence des heures d'arrêt des activités de planning familial.

-Le temps réel de travail

Dans la semaine le temps réel de travail s'élève à 1 340 minutes. Par rapport au temps réglementaire de travail hebdomadaire il est de 56 %

Par rapport au temps officiel de travail hebdomadaire du centre il est de 65 %

-La charge de travail par catégorie de personnel

Une sage-femme du poste de planning familial travaille en moyenne pendant 447 minutes dans la semaine soit un peu plus d'une heure par jour.

L'aide-soignante du poste de planning familial travaille pendant 1 340 minutes dans la semaine soit environ quatre heures par jour.

\*Le matériel

Il y'a un manque réel de matériel au niveau du poste.

Il n'y a pas de tensiomètre, pas de pèse personne, l'hystéromètre est unique et en mauvais état (vieux et usé, les écritures qui s'y trouvent sont à peine visibles), la pince de Cole est usée et unique.

Il manque le matériel minimum de base pour l'insertion du stérilet, qui, rapelons le (2) est composé de :

- . une pince à Cole
- . une lampe torche
- . un spéculum
- . un hystéromètre
- . des ciseaux
- . une pince à faux germes

. un forceps crocodile pour la recherche du fil.

### 3.2.9 Les vaccinations

#### \*Description et organisation:

Les vaccinations contre les 6 maladies du PEV se font en poste fixe, c'est à dire sur place, trois jours par semaine (Lundi, Mercredi, Samedi).

Deux jours dans la semaine (mardi, jeudi), elles se font en équipe mobile au sein de la commune selon un calendrier préétabli de roulement entre les différents quartiers.

Un jour de la semaine (le vendredi) est consacré à la stérilisation de tout le matériel de vaccinations.

Une séance d'I.E.C. est prévue avant le début de chaque séance de vaccinations.

Les aiguilles et seringues sont stérilisées tous les soirs par l'aide-soignante de garde à la P.M.I.

#### \*Personnel et répartition des tâches

-Le personnel est composé de:

.deux sages-femmes fixes affectées à la section dont une est responsable des activités.

.une sage-femme n'ayant pas encore reçue d'affectation fixe lors de notre étude pour aider à faire le B.C.G.

.une infirmière de santé qui assure en même temps les fonctions de pharmacienne.

.cinq aides-soignantes.

#### -Répartition des tâches

Les sages-femmes font le B.C.G.

Les aides-soignantes font le vaccin DTCP et la vaccination anti tétanique.

L'infirmière de santé tient le registre et assure en même temps la vente des carnets de vaccinations.

#### \*Les activités

Leur étude se résume à l'appréciation de la bonne application des règles techniques et de l'impact des séances d'I.E.C.

-Les aiguilles pour le B.C.G. sont flambées entre deux injections.

-Les accumulateurs de froid sont changés régulièrement.

-une lampe à alcool est déposée sur la table de vaccinations au moment des vaccinations.

-Evaluation de l'impact des séances d'I.E.C.

Elle a été faite par l'interrogation de 151 femmes sur le PEV.

.Parmi elles 40 femmes représentant 26 % connaissent le calendrier de vaccinations des enfants.  
.67 femmes représentant 44 % connaissent les six maladies cibles du PEV chez les enfants au Mali.  
.68 femmes représentant 45 % savent contre quelle maladie elles sont vaccinées pendant la grossesse.

Malheureusement toutes les femmes qui se sont rendues au poste de vaccination n'ont pas accepté d'être interrogées.

\*Le temps de travail

-Les horaires de travail

Les vaccinations au centre fixe commencent au plus tôt à 8 heures et au plus tard à 8 h 40 pour prendre fin entre 11 heures et 14 h 30.

-Le temps réel de travail

Dans la semaine le temps réel de travail est de 1 672 minutes, soit 70 % du temps réglementaire de travail hebdomadaire et 81 % du temps officiel.

-La charge de travail par catégorie de personnel

.Une sage-femme du poste de vaccinations travaille en moyenne dans la semaine pendant 557 minutes soit une heure 30 par jour.

.Un aide-soignant du poste travaille en moyenne dans la semaine pendant 334 minutes soit environ une heure par jour.

.L'infirmière de santé du poste travaille en moyenne dans la semaine pendant 1 672 minutes soit plus de quatre heures par jour.

### 3.2.10 Les visites des enfants

\*Description et organisation

Les activités de suivi des enfants comprennent:

- .la pesée des enfants sains deux fois dans la semaine
- .des démonstrations de régime deux fois dans le mois

\* Personnel et répartition des tâches

Ces activités sont confiées en totalité au personnel du service social du centre qui se compose d'une aide-sociale et d'une technicienne de développement communautaire.

\*Les activités

-La qualité de l'accueil

Le personnel du service social est assez patient. Nous considérons que les 41 enfants de notre étude qui ont été pesés en une semaine ont été bien reçus.

-La qualité des services

Les enfants sont pesés et fichés mais les fiches de croissance ne sont pas interprétées: le personnel se contente de noter sur la fiche le poids de l'enfant et la date de la pesée, sans que la moindre courbe ne soit tracée.

La seule utilité de cette activité est de pouvoir adresser les enfants visiblement malades vers les salles de consultation et de donner quelques conseils de nutrition à la mère en cas de perte évidente de poids

En dehors de cela, elles ne remplissent nullement le rôle qui devrait être le leur.

Durant notre séjour au centre il n'y a pas eu de séance de démonstration nutritionnelle.

Les séances de surveillance des enfants ne sont ni précédées de conseils de nutrition aux mamans ni suivies de conseils appropriés. Elles sont assimilables à des séances de routine au cours desquelles il n'existe pas la moindre recherche de dialogue entre les mères et le personnel de santé.

\*Le temps de travail

-Les horaires de travail

L'évaluation sur trois journées de travail au sein du centre nous montre que les activités débutent assez tard. Elles commencent au plus tôt à 9 heures, au plus tard à 9 heures 30 pour prendre fin au plus tôt à 10 heures 15.

-Le temps réel de travail

Trois jours par semaine les activités sont uniquement conduites au centre.

Deux jours dans la semaine le personnel sort avec l'équipe mobile de vaccinations.

Par jour, le temps de travail est de 49 minutes au minimum et 250 minutes au maximum.

Dans la semaine le temps réel de travail est de 520 minutes soit 22 % du temps réglementaire de travail hebdomadaire et 25 % du temps officiel de travail hebdomadaire.

-La charge de travail par catégorie de personnel

Chaque personnel du service social travaille en moyenne dans la semaine pendant 260 minutes soit moins d'une heure par jour.

\*Le matériel

Il manque une toise permettant d'effectuer le rapport poids/taille, ce qui confirme l'absence d'interprétation des mesures faites.

3.2.11 Les soins infirmiers

Les soins infirmiers regroupent 4 types d'activités différentes:

a) Le poste des injections

\*Description et organisation

Le poste fonctionne tous les jours ouvrables et effectue toutes les injections courantes. Les malades doivent apporter leurs seringues à usage unique.

Les injections sont faites strictement sur la présentation d'une ordonnance.

\*Personnel et répartition des tâches

Au moment de notre étude le personnel se composait d'une infirmière de santé aidée par quatre aides-soignants. L'ensemble de ce personnel fait des injections par tour de rôle. Un cahier de pointage est tenu par une aide-soignante.

\*Les activités

Notre étude porte sur le total des injections faites en une semaine soit 192 injections.

-La qualité de l'accueil

Selon le témoignage du tableau suivant les malades sont relativement bien reçus.

QUALITE DE L'ACCUEIL	N	%
bonne	143	74
médiocre	40	21
mauvaise	9	5
Total	192	100

Tableau 28: Appréciation de la qualité de l'accueil au cours des injections

-La qualité des soins

Notre étude s'est résumée à l'appréciation du respect des règles techniques.

Les règles d'aseptie sont respectées et le cadran permettant de délimiter le lieu d'injection est toujours tracé avant toute injection intra musculaire.

Les injections sous cutanée de serum anti-tétanique sont faites en trois temps, conformément à la technique de Besredka.

Cependant nous avons constaté la présence d'une pratique à notre avis peu efficace et dangereuse.

Il s'agit de la réhydratation des enfants très déshydratés par voie sous cutanée au niveau de l'abdomen avec du serum salé.

L'enfant est piqué en plusieurs points et il y'a un risque de passage direct du liquide dans le péritoine par suite d'une injection mal faite. De plus s'ajoute un risque d'infection en chaque point d'injection.

Il est difficile de comprendre pourquoi on ne pose jamais de sonde gastrique, ni de perfusion intraveineuse alors que le personnel en place doit être en principe tout à fait capable de les réaliser.

\*Le temps de travail

-Les horaires de travail

Les activités débutent dans la salle d'injections au plus tôt à 8 heures 15, au plus tard à 8 heures 45 mais le plus souvent entre 8 heures 30 et 9 heures pour prendre fin le plus souvent entre 13 heures 30 et 14 heures.

CLASSES D'HEURES	N
entre 8 h et 8 h 30	2
entre 8 h 30 et 9 h	4

Tableau 29: Répartition de fréquence des heures de début des activités.

CLASSES D'HEURES	N
entre 10 h 30 et 11 h	1
entre 11 h et 11 h 30	1
entre 11 h 30 et 12 h	0
entre 12 h et 12 h 30	0
entre 12 h 30 et 13 h	0
entre 13 h et 13 h 30	0
entre 13 h 30 et 14 h	3
entre 14 h et 14 h 30	1

Tableau 30: Répartition de fréquence des heures d'arrêt des activités.

#### -Le temps réel de travail

Dans la semaine le temps réel de travail est de 1 527 minutes, soit 64 % du temps réglementaire de travail hebdomadaire et 74 % du temps officiel.

#### -La charge de travail par catégorie de personnel:

Chaque membre du personnel du poste des injections travaille en moyenne dans la semaine pendant 305 minutes ce qui correspond à moins d'une heure de travail par jour.

#### b) Le poste de pansements

##### \*Description et organisation

Les pansements se font tous les jours ouvrables et strictement sur ordonnance.

##### \*Personnel et répartition des tâches

Au moment de notre étude, le personnel du poste des pansements se composait de deux aides-soignants et d'un infirmier de santé qui est le responsable de la section.

Les aides-soignants font les pansements. L'infirmier de santé tient le cahier de pointage des malades.

##### \*Les activités

Leur étude concerne soixante deux pansements faits en une semaine.

-La qualité de l'accueil

Dans la salle de pansements l'infirmier de santé reçoit très mal les malades. Par contre les aides-soignants sont assez patients.

QUALITE DE L'ACCUEIL	N	%
bonne	43	69
médiocre	16	26
mauvaise	3	5
Total	62	100 %

Tableau 31: Appréciation de la qualité de l'accueil au cours des pansements

-La qualité des soins

Les pansements sont bien faits par un personnel apparemment bien formé.

Cependant le manque de matériel rend très souvent ce personnel nerveux et ralentit le cours des activités.

Les sutures sont faites avec une aiguille de couturière flambée à l'alcool et du fil de coiffure que doit nécessairement se procurer le malade.

Le centre ne dispose d'aucun produit de premiers soins.

\*Le temps de travail

-Les horaires de travail

A partir du tableau suivant, on peut constater que les activités débutent au plus tôt à 8 heures 20, au plus tard à 9 heures 45, mais le plus souvent entre 8 heures et 8 heures 30, pour prendre fin très souvent entre 12 heures 30 et 13 heures.

CLASSES D'HEURES	N
entre 8 h et 8 h 30	3
entre 8 h 30 et 9 h	1
entre 9 h et 9 h 30	1
entre 9 h 30 et 10 h	1

Tableau 32: Répartition de fréquence des heures de début des activités de pansements

CLASSES D'HEURES	N
entre 10 h et 10 h 30	1
entre 10 h 30 et 11 h	0
entre 11 h et 11 h 30	1
entre 11 h 30 et 12h	1
entre 12 h et 12 h 30	0
entre 12 h 30 et 13 h	2
entre 13 h et 13 h 30	1

Tableau 33: Répartition de fréquence des heures d'arrêt des activités

-Le temps réel de travail

Dans la semaine le temps réel de travail est de 1 119 minutes, ce qui représente 47 % du temps réglementaire de travail et 57 % du temps officiel.

-La charge de travail par catégorie de personnel

Chaque membre du personnel du poste des pansements travaille en moyenne chaque semaine pendant 373 minutes soit environ une heure par jour.

\*Le matériel

-Le matériel consommable

Le malade doit apporter des bandes ou du sparadrap, selon les cas de la pommade, des compresses et un antiseptique (permanganate de potassium).

Le centre fournit de l'alcool simple, du mercurochrome et du coton pour le nettoyage des plaies.

Les quantités utilisées lors de notre étude ont été les suivantes:

.280 ml de mercurochrome ont été utilisés pour faire soixante deux pansements, soit une moyenne de 5 ml par pansement.

.430 ml de solution de permanganate de potassium ont été utilisés pour faire soixante deux pansements, soit une moyenne de 8 ml par pansement.

-Le matériel non consommable:

Il n'y a aucun matériel dans la salle des pansements. Il n'ya pas une seule aiguille de suture, pas de fil, les ciseaux sont encore utilisables bien qu'assez usées, la pince à pansements est également très usée alors que des blessés graves sont souvent reçus.

Les pansements au centre sont faits dans de très mauvaises conditions de travail. Le besoin en matériel de base est immédiat.

c) La pesée et la prise de température des malades

\*Description et organisation

Tous les jours avant d'être reçus en consultations, les malades passent par la salle d'accueil où ils sont censés bénéficier d'une prise de température et d'une pesée.

\*Personnel et répartition des tâches

Le personnel se compose d'une infirmière de santé qui est responsable du poste et qui tient les carnets de consultations, et d'une aide-soignante qui s'occupe généralement de la prise de température. En fait, elles se partagent les tâches entr'elles.

\*Les activités

-la qualité de l'accueil

Sur 243 malades reçus en une semaine nous considérons que les malades sont mal reçus dans plus de la moitié des cas.

QUALITE DE L'ACCUEIL	N	%
bonne	69	28
médiocre	28	12
mauvaise	146	60
Total	243	100 %

Tableau 34: Appréciation de la qualité de l'accueil des malades au cours de la prise de température

-La qualité des activités

La prise de la température est rectale pour les enfants. Entre deux malades, le thermomètre est nettoyé avec du coton imbibé d'alcool.

\*Le temps de travail

-les horaires de travail

Les activités débutent relativement tôt et prennent fin tard.

CLASSES D'HEURES	N
entre 8 h et 8 h 30	3
entre 8 h 30 et 9 h	2
entre 9h et 9 h 30	1

Tableau 35: Répartition de fréquence des heures de début des activités de prise de température

CLASSES D'HEURES	N
entre 11 h 30 et 12h	1
entre 12 h et 12 h 30	2
entre 12 h 30 et 13 h	0
entre 13 h et 13 h 30	1
entre 13 h 30 et 14 h	2

Tableau 36: Répartition de fréquence des heures d'arrêt des activités de prise de température

-Le temps réel de travail

Dans la semaine le temps réel de travail est de 1310 minutes, ce qui représente 55 % du temps réglementaire de travail et 63 % du temps officiel.

-la charge de travail par catégorie de personnel

Chaque membre du personnel travaille en moyenne pendant 655 minutes soit un peu moins de deux heures par jour.

\*Le matériel

Au niveau de la pesée et de la prise de température des malades il n'y a pas de pèse personne. Aucun des malades n'a bénéficié de la prise de son poids, alors qu'ils comprennent des enfants dont la dose de médicaments à administrer dépend strictement du poids. Le nombre de thermomètres est plus que restreint! Lors de notre étude, il n'y a eu que deux thermomètres pendant les 4 premiers jours, puis seulement un.

d) Le traitement des lépreux:

\*Description et organisation

Le centre assure également le traitement périodique des lépreux de la commune.

La distribution s'effectue pendant une semaine par mois et elle commence le premier lundi de chaque mois.

\*Le personnel

Le service est assuré par l'aide sociale qui est aidée par un infirmier de santé.

### 3.2.12 La réhydratation orale

#### \*Description et organisation

Les enfants atteints de diarrhée avec ou sans déshydratation sont rehydratés tous les jours ouvrables après avoir été reçus en consultation.

#### \*Personnel et répartition des tâches

Au moment de notre étude, le personnel se composait d'une infirmière de santé et deux aides-soignantes. La première tient le registre tandis que les 2 autres s'occupent des malades!

#### \*Les activités

Sur un total de dix neuf malades qui ont été reçus en une semaine, nous avons fait les observations suivantes.

#### -La qualité de l'accueil

Au poste de réhydratation par voie orale des enfants, les femmes sont relativement bien accueillies ainsi que le montre le tableau suivant:

QUALITE DE L'ACCUEIL	N	%
bonne	15	79
médiocre	4	21
mauvaise	0	0
Total	19	100 %

Tableau 37: Appréciation de la qualité de l'accueil au poste de réhydratation orale

#### -La qualité des soins

Tous les matins à la réception du premier malade un sachet de sels de réhydratation orale est préparé avec un litre d'eau du robinet. Le premier malade en boit et le reste est conservé pour les malades suivants. Ainsi tous les malades reçus au cours de la journée de travail reçoivent déjà sur place une certaine quantité de solution de réhydratation orale.

La gravité de la diarrhée est évaluée par la recherche de signes associés.

Des conseils pratiques sont donnés à toutes les femmes concernant la façon de préparer et de conserver correctement la solution. La maman est invitée à ramener son enfant le lendemain.

\*Le temps de travail

-Les horaires de travail

Les activités ne débutent pas tôt au poste car très souvent il y'a très peu de malades et l'heure de début des activités dépend de l'heure d'arrivée du premier malade qui est souvent tardive.

Durant notre séjour au sein du centre, les activités ont débuté au plus tôt à 8 heures 45 et au plus tard à 10 heures 50 mais le plus souvent entre 9 heures et 9 heures 30 pour prendre fin entre 11 heures et 13 heures 30.

CLASSES D'HEURES	N
entre 8 h 30 et 9h	1
entre 9 h et 9 h 30	2
entre 9 h 30 et 10 h	1
entre 10 h et 10 h 30	1
entre 10 h 30 et 11 h	1

Tableau 38: Répartition de fréquence des heures de début des activités

CLASSES D'HEURES	N
entre 11 h et 11 h 30	2
entre 11 h 30 et 12 h	0
entre 12 h et 12 h 30	2
entre 12 h 30 et 13 h	0
entre 13 h et 13 h 30	2

Tableau 39: Répartition de fréquence des heures d'arrêt des activités

-Le temps réel de travail

Dans la semaine le temps réel de travail est de 381 minutes, soit 16 % du temps réglementaire et 18 % du temps officiel.

-La charge de travail par catégorie de personnel

L'infirmière de santé, qui est affectée au poste, travaille en moyenne dans la semaine pendant 381 minutes soit environ une heure par jour.

Une aide-soignante du poste travaille en moyenne dans la semaine pendant 190 minutes soit 32 minutes par jour.

Les activités au poste de réhydratation par voie orale des enfants sont assez bien conduites et les femmes sont relativement bien reçues.

### 3.2.13 L'éducation pour la santé

Les séances d'information, d'éducation et de communication pour la santé sont faites au niveau de 4 postes de travail.

\*Le poste des vaccinations:

En une semaine toutes les séances de vaccination ont été précédées d'une séance de conseils pour la santé, soit un total de 137 minutes de sensibilisation des bénéficiaires.

-Le personnel:

L'aide-sociale et la technicienne de développement communautaire ont dirigé les séances.

-La durée:

La durée d'une séance a été de 20 minutes au minimum, de 37 minutes au maximum et de 25 minutes en moyenne.

-Les thèmes abordés ont été nombreux:

- .importance des vaccinations
- .le calendrier de vaccinations et les maladies cibles du PEV au Mali
- .l'utilité de la vaccination anti tétanique pour la santé de la mère et l'enfant
- .l'utilité des cartes de vaccinations et des carnets de santé infantile
- .importance de la surveillance des enfants sains.

Toutes ces séances ont été, selon nous, très bien dirigées.

\*Le poste des consultations prénatales

Cinq jours sur six, les personnes qui se sont rendues en consultations prénatales ont reçu des conseils d'éducation pour la santé, ce qui représente un total de 49 minutes d'information.

-Le personnel

Les conseils ont été donnés par les sages-femmes à quatre reprises et par l'infirmière obstétricienne une seule fois.

-La durée:

Une séance a duré au minimum 5 minutes, au maximum 19 minutes et en moyenne 10 minutes.

-Les sujets traités ont été:

- .importance des consultations prénatales
- .utilité de la vaccination anti tétanique et de la nivaquinisation
- .incidences des infections (syphilis et paludisme) et de l'anémie sur la grossesse et l'accouchement
- .hygiène de la femme en général et de la femme enceinte en particulier

-Le nombre de participantes:

Il s'est élevé à un total de 190 femmes sur 278 femmes reçues soit 68 %

-Qualité du travail:

La séance faite par l'infirmière de santé a été bien conduite. Les autres ont été faites sans véritable engagement de la part des sages-femmes.

\*Le poste de consultations des malades

Deux jours au lieu de six , une séance d'information a eu lieu au niveau du poste de consultation des malades.

-Le personnel:

Ces séances ont été faites par les infirmières d'Etat.

-La durée:

La durée d'une séance a été de 5 minutes au minimum, de 13 minutes au maximum et de 8 minutes en moyenne.

-Les thèmes traités ont tous concerné la rougeole: prévention, signes cliniques, importance de se rendre dans un centre de santé dès l'apparition des premiers signes.

-Le nombre de participants:

32 personnes alors que 238 malades ont été reçus soit 13 %

Selon nous, les séances n'ont pas été bien conduites.

\*Le poste de suivi des accouchées

Une seule séance d'éducation pour la santé a été faite au cours de notre semaine d'étude par une matrone.

La séance a duré trois minutes.

Le thème traité a été l'importance de la vaccinations des enfants.

Elle a été faite par pure formalité.

Au niveau des autres postes de travail il n'y a pas le moindre effort d'information des patients.

L'éducation pour la santé reste de toute évidence une activité d'importance minime pour l'ensemble du personnel.

### 3.3 Quantification des activités

#### 3.3.1 Variations selon la période de l'année

Notre étude a porté sur une période de un an, allant du 1er Novembre 1988 au 31 Octobre 1989.

a) Les soins curatifs:

	NOV.	DEC.	JANV.	FEV.	MARS	AVR.	MAI	JUIN	JUIL.	AOUT	SEPT.	OCT.	TOTAL
MASC.	632	500	192	318	368	404	644	808	544	768	488	1160	6826
FEM.	704	624	252	416	444	340	948	744	344	768	592	1324	7500
TOTAL	1336	1124	444	734	812	744	1592	1552	888	1536	1080	2484	14326

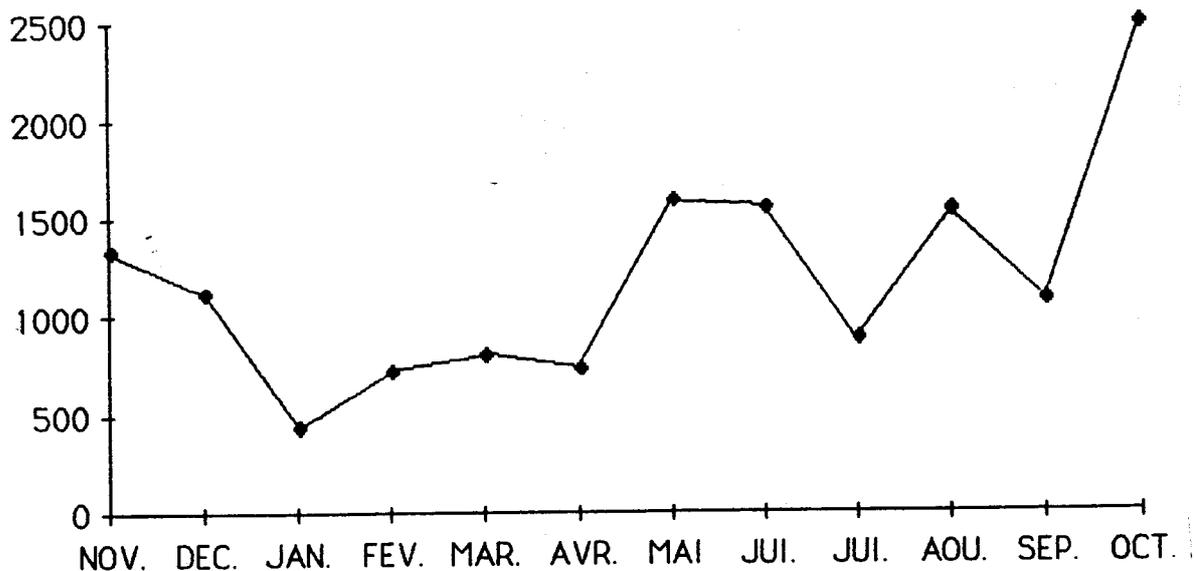


Tableau 40 et Graphique 4: Evolution du nombre de consultations externes au cours de la période étudiée.

Les consultations externes ont fluctué au cours de la période étudiée autour d'une moyenne de l'ordre de 1 200 par mois, soit une cinquantaine par jour.

On peut cependant observer une plus grande activité pendant le deuxième semestre de l'année, qui a lui seul regroupé 64 % des consultations.

On notera enfin que le sex ratio est de 1,1 en faveur des femmes.

b) Les consultations prénatales:

	NOV.	DEC.	JANV.	FEV.	MARS	AVR.	MAI	JUIN	JUIL.	AOUT	SEPT.	OCT.	TOTAL
<b>Nouvelles Consult.</b>	196	192	794	689	337	253	295	176	453	516	413	429	4743
<b>Anciennes Consult.</b>	974	965	955	980	1259	1216	1315	767	1117	1856	1508	1643	14555

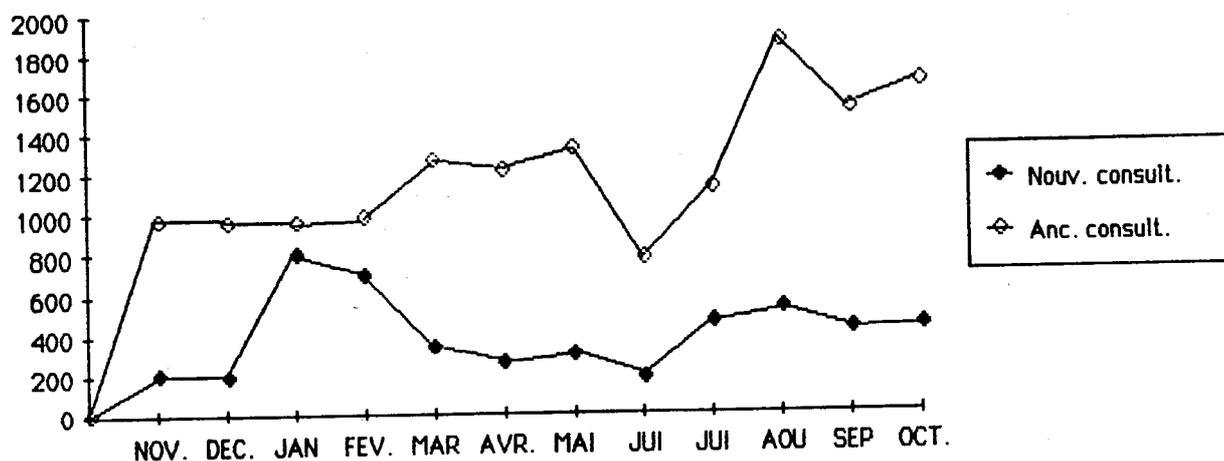


Tableau 41 et graphique 5: Evolution du nombre de consultations prénatales au cours de la période étudiée.

On peut constater à la lecture de ce graphique de fortes variations d'un mois à l'autre. Il apparaît d'autre part qu'une femme revient en moyenne trois fois après sa première visite.

c) Les accouchements:

\* Accouchements effectués à la maternité:

	NOV.	DEC.	JANV.	FEV.	MARS	AVR.	MAI	JUIN	JUIL.	AOUT	SEPT.	OCT.	TOTAL
Un enfant	256	362	370	350	463	545	479	442	414	452	369	404	4906
Multiples	13	4	6	2	6	4	2	7	4	2	3	7	60
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>366</b>	<b>376</b>	<b>352</b>	<b>469</b>	<b>549</b>	<b>481</b>	<b>449</b>	<b>418</b>	<b>454</b>	<b>372</b>	<b>411</b>	<b>4966</b>

Tableau 42: Evolution du nombre d'accouchements effectués à la maternité de Sogoniko au cours de la période étudiée

La maternité fait en moyenne 410 accouchements par mois, soit environ 13 accouchements par jour.

\* Evacuation vers l'hôpital Gabriel Touré

	NOV.	DEC.	JANV.	FEV.	MARS	AVR.	MAI	JUIN	JUIL.	AOUT	SEPT.	OCT.	TOTAL
Eutoc.	269	366	376	352	469	549	481	449	418	454	372	411	4966
Evacuat.	17	18	24	21	21	23	19	23	24	25	22	25	262
<b>Total</b>	<b>286</b>	<b>384</b>	<b>400</b>	<b>373</b>	<b>490</b>	<b>572</b>	<b>500</b>	<b>472</b>	<b>442</b>	<b>479</b>	<b>394</b>	<b>436</b>	<b>5228</b>

Tableau 43: Evolution du nombre d'évacuations au cours de la période étudiée

Ainsi 5 % des accouchements ont nécessité une évacuation. Il ne nous a pas été possible d'en préciser les causes.

\* Accouchements à domicile

	NOV.	DEC.	JANV.	FEV.	MARS	AVR.	MAI	JUIN	JUIL.	AOUT	SEPT.	OCT.	TOTAL
à domicile	56	35	37	38	50	44	47	40	27	32	31	38	475
à la maternité	269	366	376	352	469	549	481	449	418	454	372	411	4966
<b>Total</b>	<b>325</b>	<b>401</b>	<b>413</b>	<b>390</b>	<b>519</b>	<b>593</b>	<b>528</b>	<b>489</b>	<b>445</b>	<b>486</b>	<b>403</b>	<b>449</b>	<b>5441</b>
	17	9	9	9,7	9,6	7,4	9	8	6	7	8	8	8,7

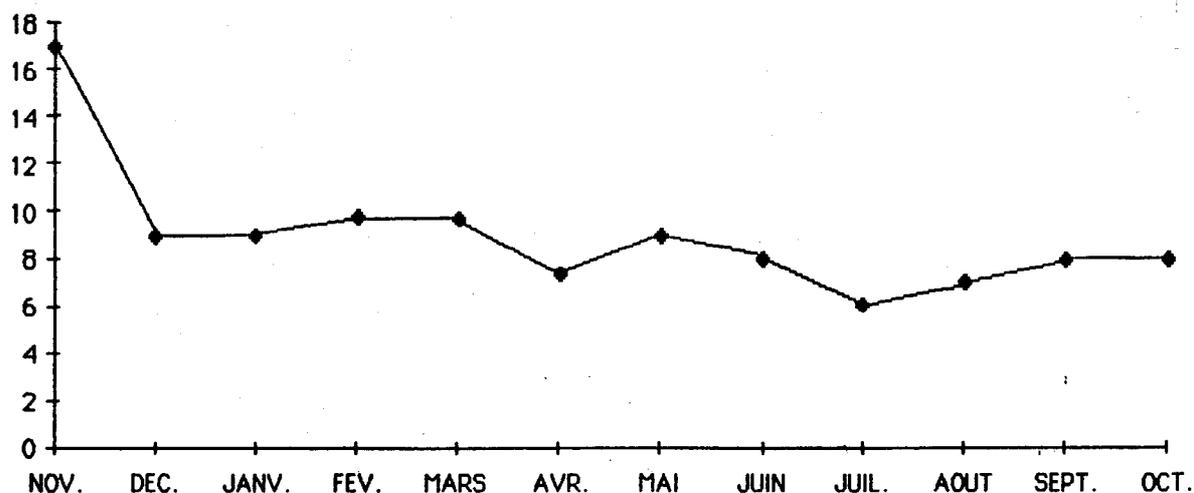


Tableau 44 et Graphique 6: Evolution de la proportion des accouchements à domicile par rapport au total des accouchements

A l'exception du mois de novembre on observe une évolution stable tout au long de l'année.

\* Avortements et morts-nés

	NOV.	DEC.	JANV.	FEV.	MARS	AVR.	MAI	JUIN	JUIL.	AOUT	SEPT.	OCT.	TOTAL
Avortem.	5	5	2	3	3	5	0	3	8	3	2	4	43
Morts nés	4	6	5	4	2	1	2	1	3	1	5	2	36
Nais.viv.	269	366	376	352	469	549	481	449	418	454	372	411	4966
Total	278	377	383	359	474	555	483	453	429	458	379	418	5045

Tableau 45: Evolution des nombres d'avortements et de morts-nés au cours de la période étudiée

1,5 % des grossesses venues se terminer au centre ont été l'objet de mort intra-utérine.

d) Les consultations postnatales

	NOV.	DEC.	JANV.	FEV.	MARS	AVR.	MAI	JUIN	JUIL.	AOUT	SEPT.	OCT.	TOTAL
Nombre	104	117	87	113	130	154	93	162	114	146	124	162	1506

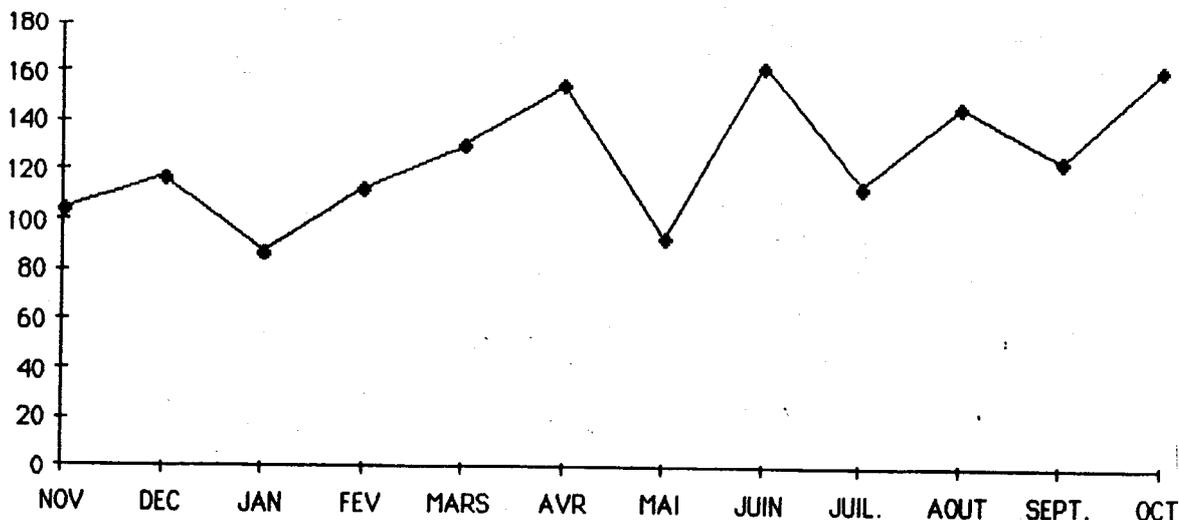


Tableau 46 et Graphique 7: Evolution du nombre de consultations postnatales au cours de la période étudiée

Le nombre moyen de consultations postnatales est de 125 par mois soit 5 par jour ouvrable.

e) Les consultations de planning familial

	NOV.	DEC.	JANV.	FEV.	MARS	AVR.	MAI	JUIN	JUIL.	AOUT	SEPT.	OCT.	TOTAL
Nombre	529	233	721	288	397	371	375	412	365	446	511	536	5184

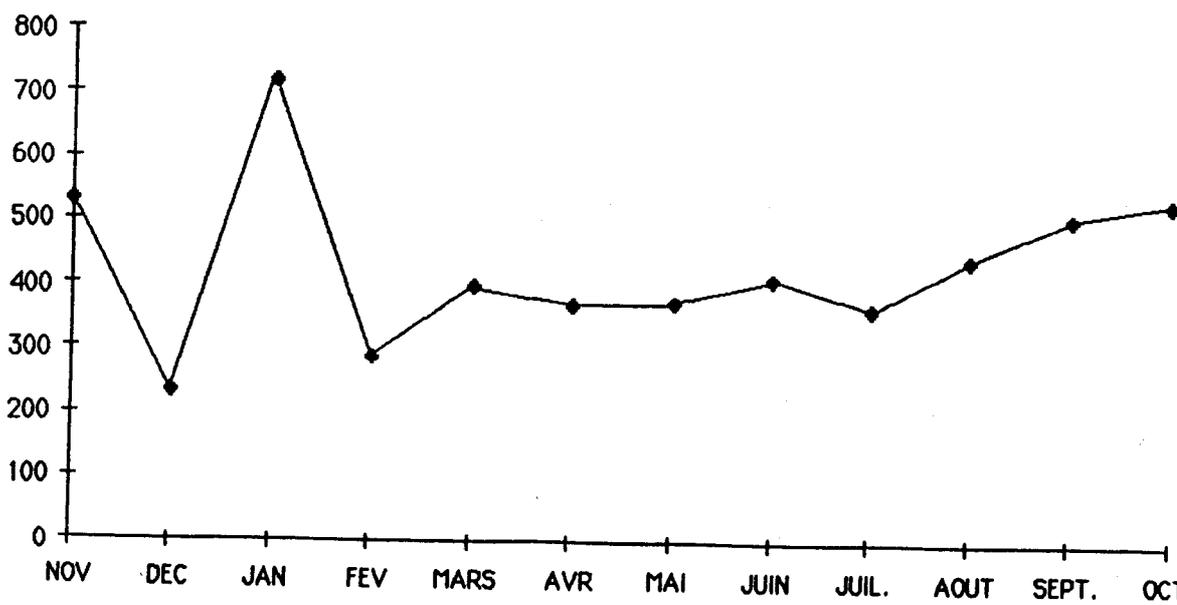


Tableau 47 et Graphique 8: Evolution du nombre de consultations de planning familial au cours de la période étudiée

En dehors du mois de janvier l'évolution du nombre de consultations est stable.

f) Les vaccinations

	NOV.	DEC.	JANV.	FEV.	MARS	AVR.	MAI	JUIN	JUIL.	AOUT	SEPT.	OCT.	TOTAL
<b>BCO</b>	328	206	612	2362	1255	767	516	390	905	338	370	199	8248
<b>Rougeole</b>	42	42	792	5878	2452	826	539	333	227	226	309	166	11832
<b>DTCP1</b>	270	180	856	6003	2559	958	575	401	354	326	513	341	13336
<b>DTCP2</b>	189	114	1099	2726	3344	2277	1077	540	260	306	482	336	12750
<b>DTCP3</b>	112	67	462	1133	1318	2735	1798	804	369	272	209	221	9500
<b>Rap.DTCP</b>	0	0	3	1	4	5	4	5	1	2	0	0	20
<b>VAT1</b>	245	103	340	465	365	400	267	341	321	343	320	179	3199
<b>VAT2</b>	176	62	188	190	291	294	273	176	241	256	41	36	2224
<b>TOTAL</b>	1362	774	4352	18758	11588	8262	5049	2990	2678	2069	2244	1478	61109

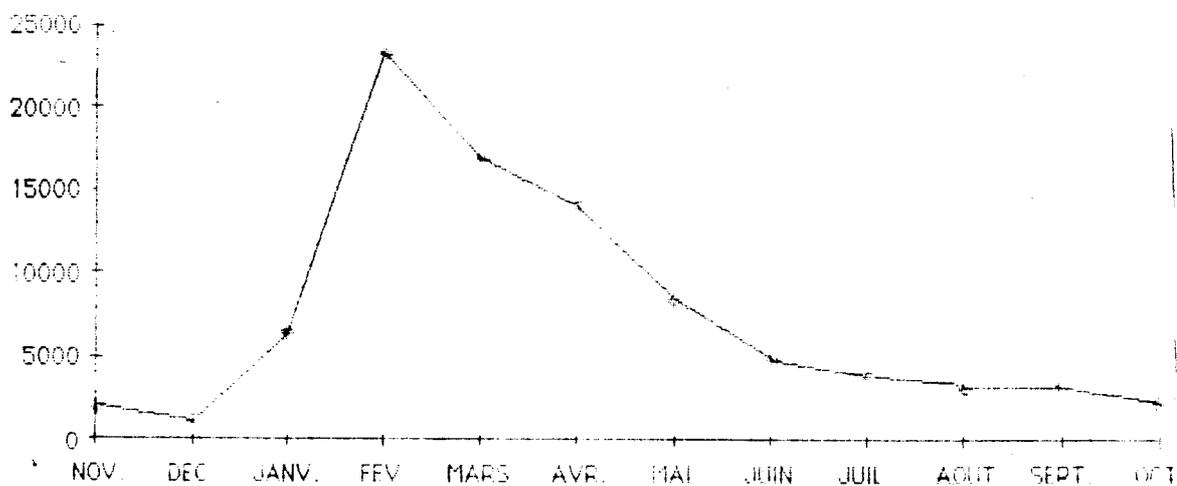


Tableau 48 et Graphique 9: Evolution du nombre total de vaccinations au cours de la période étudiée

On peut constater une grande activité vaccinale dont le pic en février peut être expliqué par la semaine de relance du PEV.

g) Les visites des enfants sains

	NOV.	DEC.	JANV.	FEV.	MARS	AVR.	MAI	JUIN	JUIL.	AOUT	SEPT.	OCT.	TOTAL
Nombre	16	34	55	41	36	18	153	21	0	30	16	32	452

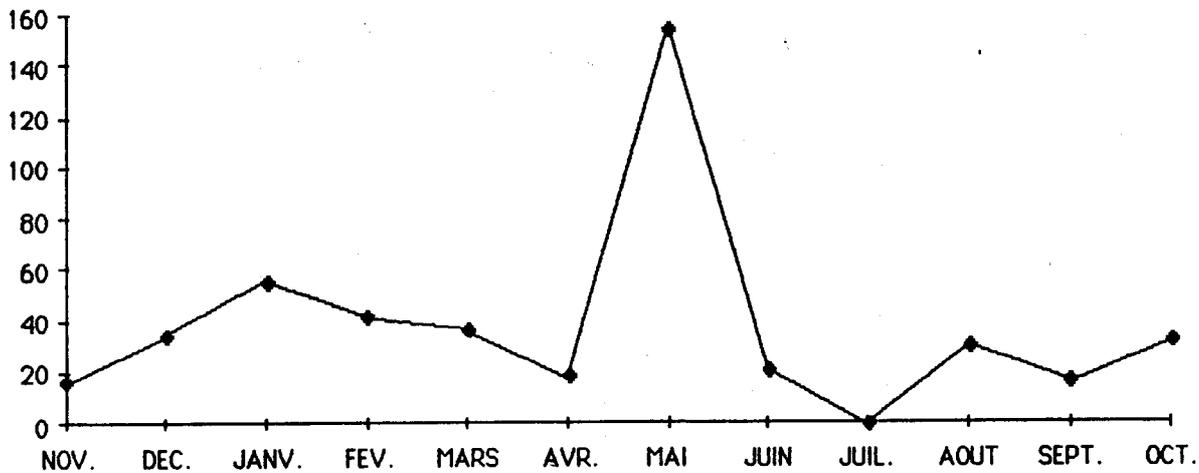


Tableau 49 et Graphique 10: Evolution du nombre des visites des enfants sains au cours de la période étudiée

A l'exception du mois de mai il y'a une très faible activité, en moyenne 38 par mois.

h) La réhydratation par voie orale des enfants

	NOV.	DEC.	JANV.	FEV.	MARS	AVR.	MAI	JUIN	JUIL.	AOUT	SEPT.	OCT.	TOTAL
Nombre	29	91	38	62	42	47	74	40	56	45	14	15	553

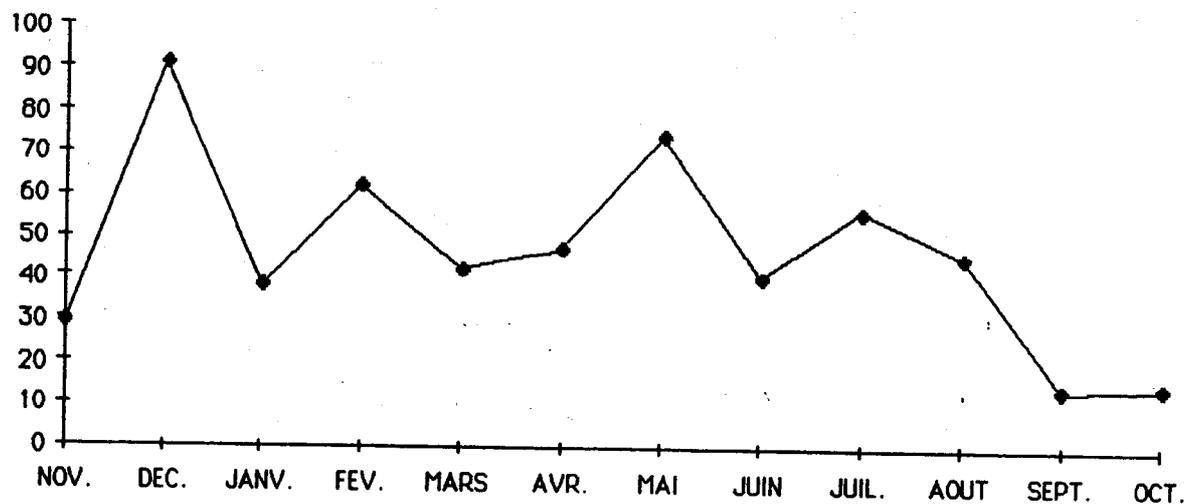


Tableau 50 et Graphique 11: Evolution du nombre de consultations en réhydratation orale au cours de la période étudiée

3.3.2 Variations selon les consultantes

3.3.2.1 Selon le lieu de résidence

a) Les consultations externes

	N	P	N/P
Sogoniko	4240	13691	0,3
Maganbougou	2202	11151	0,19
Irimadjo	52	1303	0,039
Faladié	2004	10223	0,19
Niamakoro	2090	20624	0,1
Missabougou	18	2573	0,006
Sokorodji	768	6298	0,12
Banankabougou	808	4367	0,18
Dianéguéla	320	6103	0,052
Séno	152	4934	0,03
Autres communes	3008		
Total	15662		
Total commun	12654	81267	0,155708959356

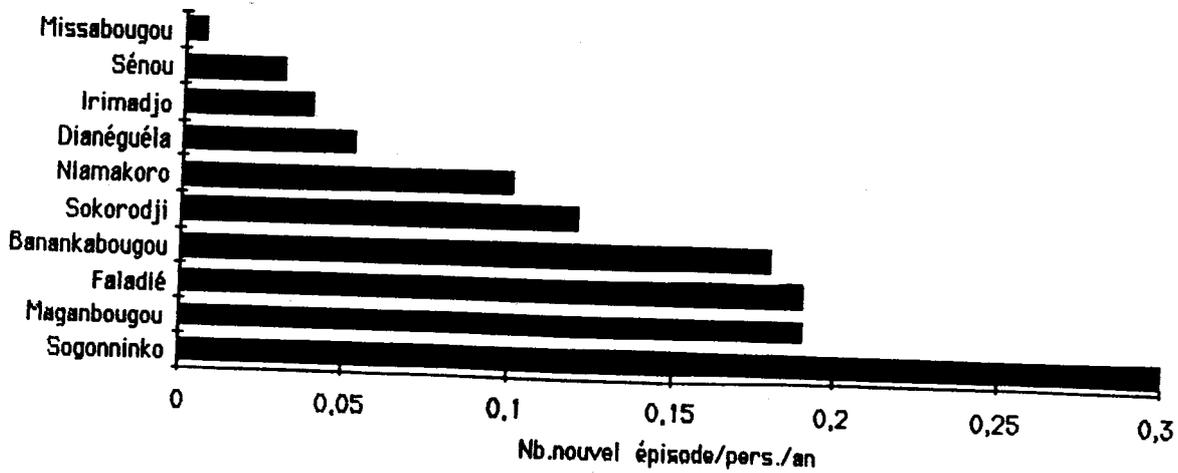


Tableau S1 et Graphique 13: Variations du taux d'attraction des visites externes selon les quartiers

On peut constater le rôle très important de la distance sur la fréquentation. On doit considérer que le très haut taux d'attraction en ce qui concerne Missabougou peut être lié à la présence d'une autre formation sanitaire.

b) Les consultations prénatales

	N	P	NV = P x 0,043	N/NV
Niamakoro	1308	20624	886,832	1,475
Sogoniko	807	13691	588,713	1,371
Banankabougou	215	4367	187,781	1,145
Faladié	474	10223	439,589	1,078
Sokorodji	289	6298	270,814	1,067
Dianéguéla	240	6103	262,429	0,915
Maganbougou	436	11151	479,493	0,909
Séno	112	4934	212,162	0,528
Irimadjo	3	1303	56,029	0,054
Missabougou	2	2573	110,639	0,018
Quartiers communaux	856			
Total				
Total communal	4743	81267	3494,481	1,357

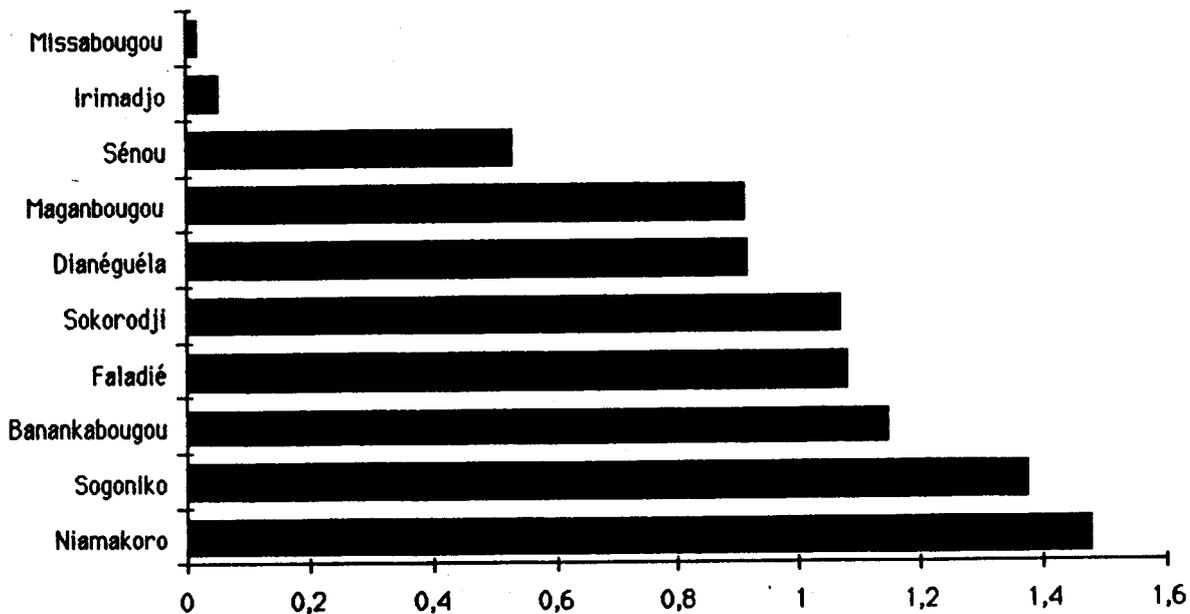


Tableau 52 et Graphique 14: Variations du taux d'attraction des consultations prénatales selon les quartiers

Nous observons un taux d'attraction très élevé surtout dans certains quartiers tels que Niamakoro (1,4), Sogoniko (1,3), Banankabougou (1,1), Faladié (1,07) et Sokorodji (1,06). Nous pouvons expliquer le fait qu'il soit supérieur à 1 par les hypothèses suivantes:

.La population de la commune a été sous-estimée car les chiffres pris en compte sont ceux du recensement général de 1987.

.Les déclarations des femmes ne sont pas justes (hypothèse peu probable).

.Il est plus probable qu'il s'agit de parents qui viennent à Bamako pendant leur grossesse pour se faire suivre et accoucher en ville.

Niamakoro occupe la première place. Ce quartier n'a-t-il pas eu une croissance particulière ces deux dernières années?

c) Les accouchements

	N	P	$NV = P \times 0,043$	N/NV
Banankabougou	438	4367	187,781	2,3325
Faladié	630	10223	439,589	1,4332
Niamakoro	1249	20624	886,832	1,4084
Magnanbougou	660	11151	479,493	1,3765
Sokorodji	336	6298	270,814	1,2407
Sogoniko	658	13691	588,713	1,1177
Dianéguéla	282	6103	262,429	1,0746
Sénou	201	4934	212,162	0,9474
Irimadio	50	1303	56,029	0,8924
Missabougou	20	2573	110,639	0,1808
Hors commune	1256			
Total	5780			
Total commune	4524	81267	3494,481	1,2946

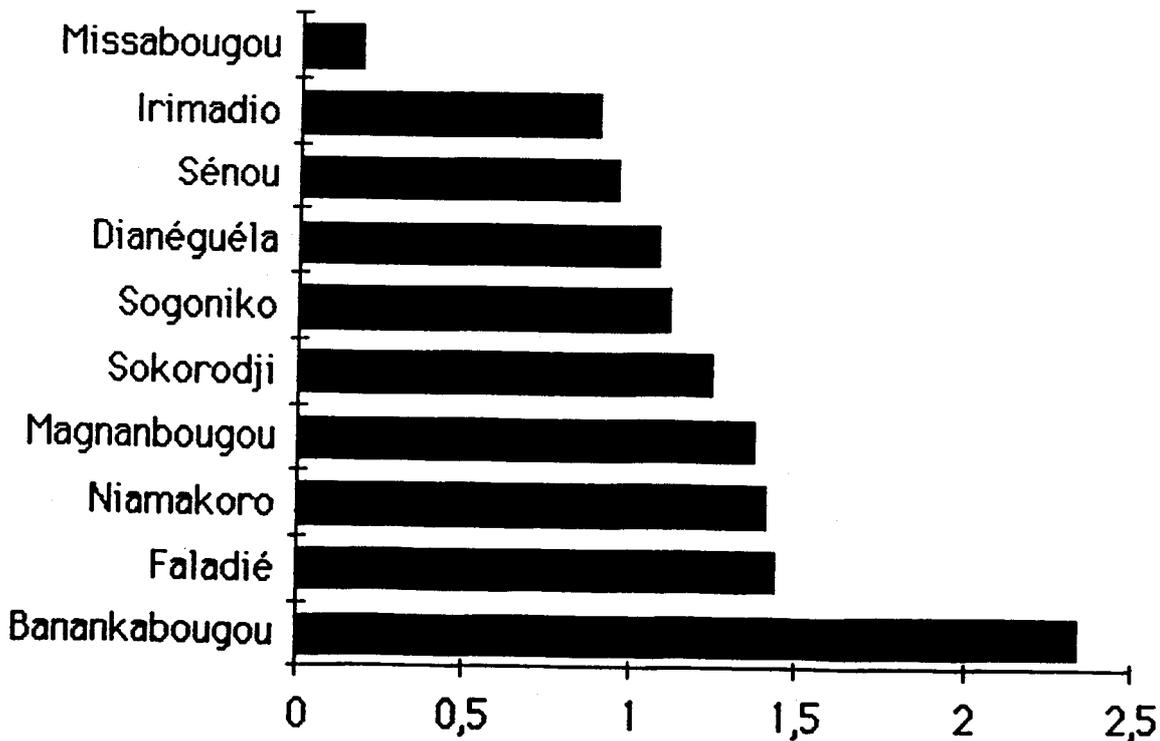
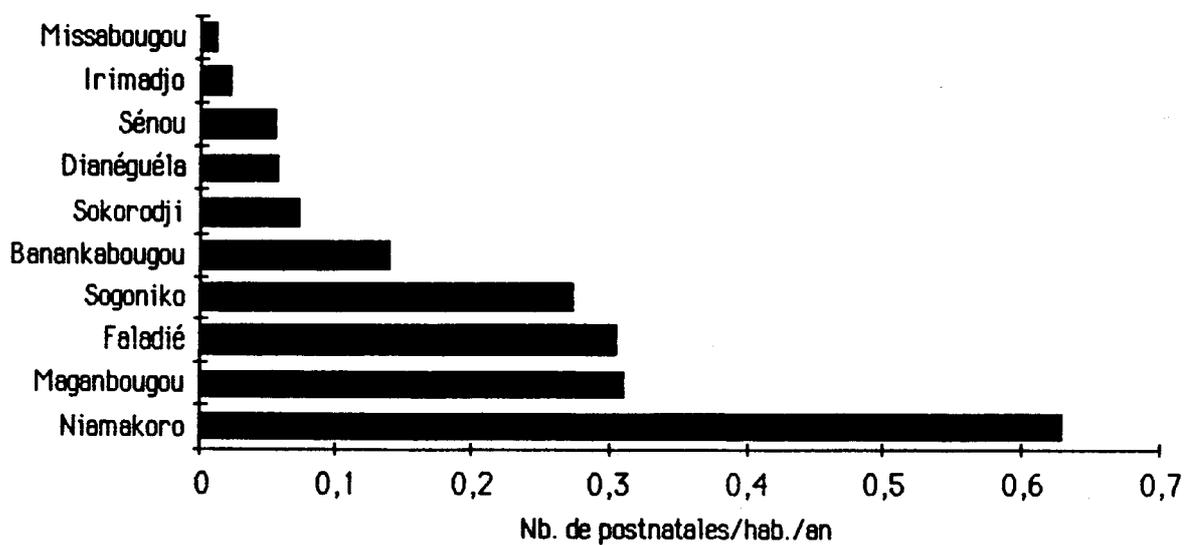


Tableau 53 et Graphique 15: Variations du taux d'attraction des accouchements selon les quartiers

Les remarques faites pour les consultations prénatales se voient également au niveau des accouchements. Les hypothèses sont les mêmes.

d) Les consultations postnatales



	N	P	NV = P x 0,043	N/NV
Niamakoro	370	20624	886,832	0,628
Maganbouyou	182	11151	479,493	0,309
Faladié	179	10223	439,589	0,304
Sogoniko	160	13691	588,713	0,272
Banankaboug	82	4367	187,781	0,139
Sokorodji	43	6298	270,814	0,073
Dianéguéla	33	6103	262,429	0,056
Sénou	32	4934	212,162	0,054
Irimadjo	13	1303	56,029	0,022
Missabougou	6	2573	110,639	0,01
hors commu	194			

Tableau 54 et Graphique 16: Variations du taux des consultations postnatales selon les quartiers

Là également Niamakoro occupe la première place

e) Les consultations de planning familial

	N	P	NFAP = P * 0,23	NF/P
anankabougou	382	4367	1004,41	0,38
Sogoniko	1020	13691	3148,93	0,324
Faladié	738	10223	2351,29	0,314
Maganbouyou	712	11151	2564,73	0,278
Dianéguéla	290	6103	1403,69	0,207
Sokorodji	269	6298	1448,54	0,186
Niamakoro	683	20624	4743,52	0,144
Sénou	136	4934	1134,82	0,12
Missabougou	15	2573	591,79	0,025
Irimadjo	7	1303	299,69	0,023
hors commun	778			
Total	5030			
otal commun	4252	81267	18691,41	0,227

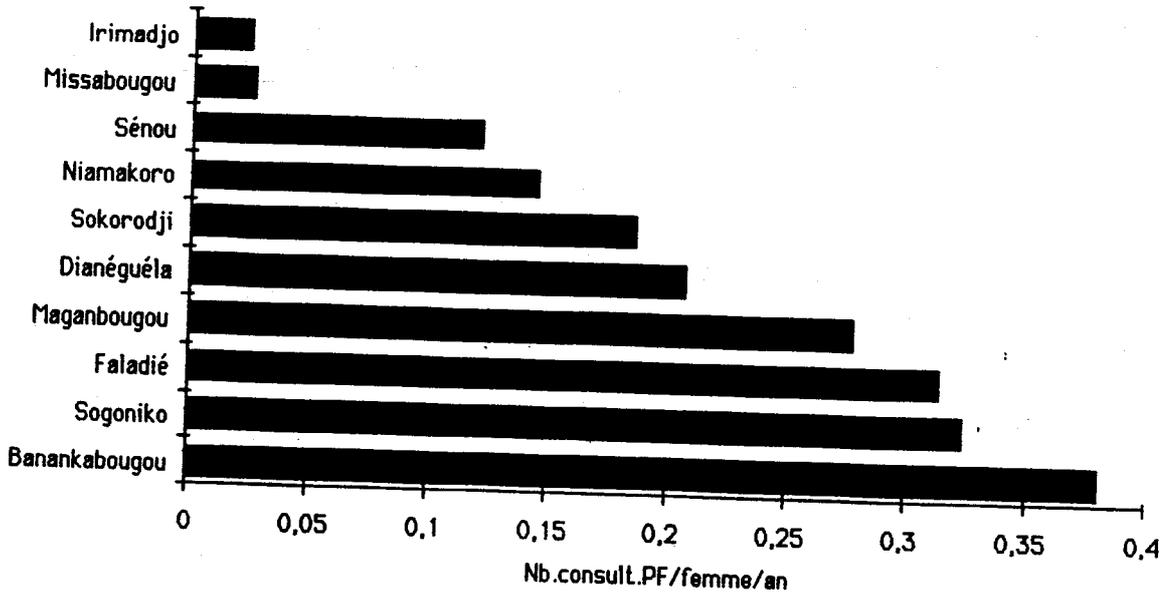


Tableau 55 et Graphique 17: Variations du taux d'attraction des consultations de planning familial selon les quartiers

Il est à noter que Banankabougou occupe la première place.

f) Les visites des enfants sains

	N	P	E = P* 0,22	N/E
Sogoniko	561	13691	3012,02	0,186
Maganbougou	208	11151	2453,22	0,085
Banankabougou	79	4367	960,74	0,082
Niamakoro	291	20624	4537,28	0,064
Faladié	120	10223	2249,06	0,053
Dianéguéla	40	6103	1342,66	0,03
Sénou	30	4934	1085,48	0,028
Sokorodji	30	6298	1385,56	0,022
Missabougou	5	2573	566,06	0,009
Irimadjo	0	1303	286,66	0
hors commu	275			
Total	1639			
Total commu	1364	81267	17878,74	0,076

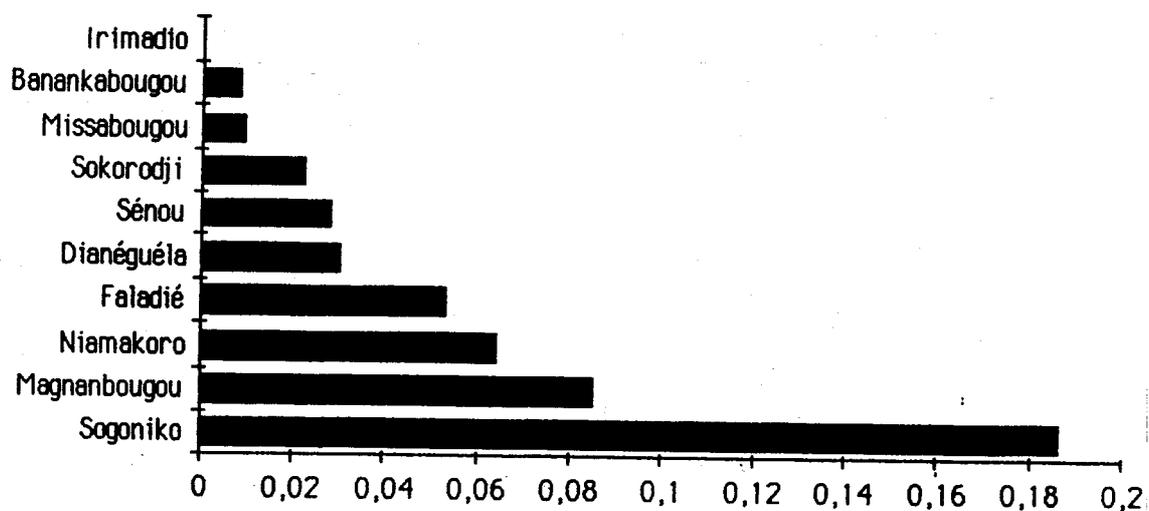


Tableau 56 et Graphique 18: Variations du taux d'attraction des visites des enfants sains selon les quartiers

0,07 % seulement des enfants de moins de 7 ans y sont reçus. Ceci montre la quasi inexistence de cette activité.

g) La réhydratation orale des enfants

	N	P	$E = P * 0,22$	N/E
Faladié	88	10223	2249,06	0,039
Magnambougou	92	11151	2453,22	0,038
Banankabougou	32	4367	960,74	0,033
Sogoniko	95	13691	3012,02	0,032
Sokorodji	30	6298	1385,56	0,022
Niamakoro	90	20624	4537,28	0,02
Irimadio	3	1303	286,66	0,01
Dianéguéla	11	6103	1342,66	0,008
Sénou	4	4934	1085,48	0,004
Missabougou	1	2573	566,06	0,002
Hors commu	81			
Total	527			
Total commu	446	81267	17878,74	0,025

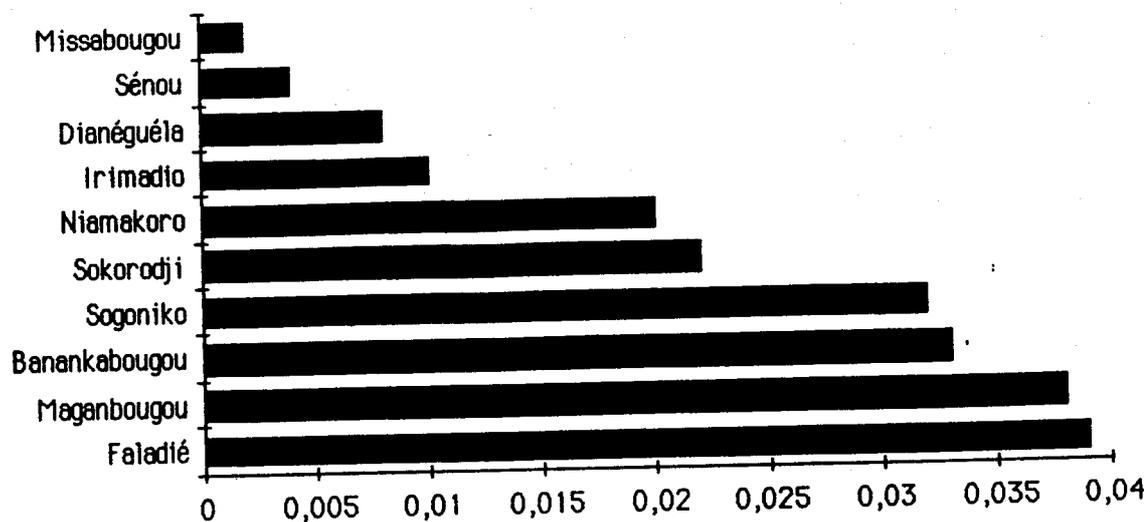


Tableau S7 et Graphique 19: Variations du taux d'attraction des consultations dans la salle de réhydratation orale selon les quartiers

Concernant cette activité Faladié occupe la première place

Pour mieux situer le rôle des quartiers dans la fréquentation du centre de santé nous avons regroupé l'ensemble des activités étudiées en un seul tableau

N° D'ORDRE	FEMMES					ENFANTS		MOYENNES
	C.PRE.	ACCH.	C.POSTN.	P.F.	RVO	C.EXT.	S.S.	
QUARIERS								
Sogoniko	2	6	4	2	4	1	1	2,5
Banankab.	3	1	5	1	3	4	3	2,8
Faladié	4	2	3	3	1	3	5	3
Magnamb.	7	4	2	4	2	2	2	3,2
Niamakoro	1	3	1	7	6	6	4	4
Sokorodji	5	5	6	6	5	5	8	5,7
Dianéguéla	6	7	7	5	8	7	6	5,8
Sénou	8	8	8	8	9	9	8	8,2
Irimadio	9	9	9	10	7	8	10	8,8
Missabougou	10	10	10	9	10	10	9	9,7

Tableau S8: Variations du numéro d'ordre propre à chaque quartier dans la fréquentation des principales activités

L'analyse de ce tableau montre très clairement le rôle de la distance dans la fréquentation du centre. Plus le quartier est proche, plus le centre est fréquenté.

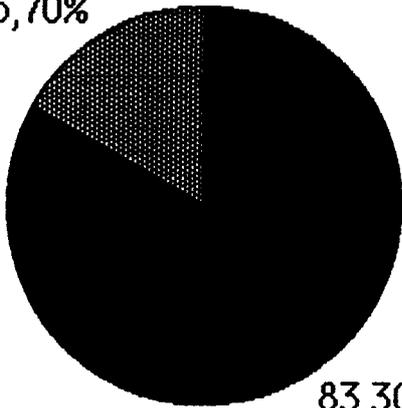
Rappelons que les distances estimées pour arriver au centre sont: Magnambougou, Niamakoro et Banankaboigou sont situés chacun à environ 2,3 kms, Sokorodji, Faladiè et Dianéguéla sont à environ 3 kms du centre, Missabougou est à 7,5 kms et Sénou à 10 kms.

### 3.3.2.2 Selon l'âge

#### a) Les accouchements

	N	P
< 30 ans	4809	10930
30 ans et +	964	6688
Total	5773	17618

16,70%



83,30%

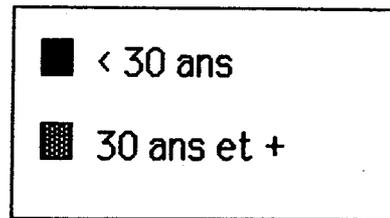


Tableau 59 et Graphique 20: Répartition des accouchements selon l'âge

$N_1/N_2$

Si nous calculons le rapport ----- nous obtenons la valeur 3

$P_1/P_2$

qui signifie que les femmes de moins de 30 ans fréquentent 3 fois plus la maternité de Sogoniko pour y accoucher que celles de plus de 30 ans.

#### b) Les consultations de planning familial

	N	P	N/P
< 20 ans	720	1544	0,4663
20-29 ans	3000	6761	0,4437
30 ans et +	1449	6668	0,2173
Total	5169	14993	0,3448

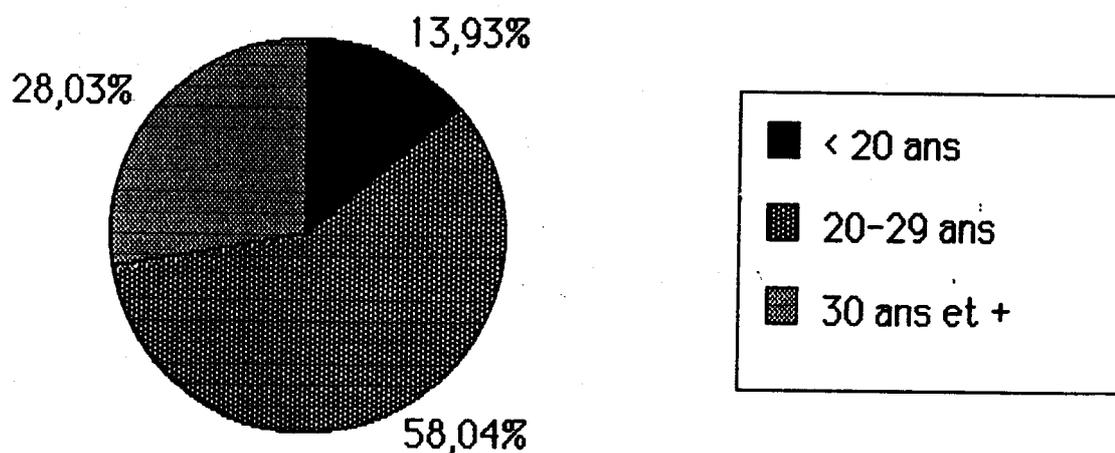


Tableau 60 et Graphique 21: Répartition des consultations de planning familial selon l'âge

On constate une fréquentation des consultations de P.F. d'autant plus élevée que les femmes sont jeunes.

c) Les consultations externes

	MASCUL.			FEMININ			TOTAL		
	N	P	N/P	N	P	N/P	N	P	N/P
< 1 an	1940	1463	1,326	1712	1455	1,1766	3652	2918	1,2515
1-4 ans	2424	5973	0,4058	1868	6014	0,3106	4292	11867	0,3617
5-14 ans	898	10605	0,0847	948	10036	0,0945	1846	20641	0,0894
15 ans et +	1564	21609	0,0724	2972	24112	0,1233	4536	45721	0,0992
<b>Total</b>	<b>6826</b>	<b>39650</b>	<b>0,1722</b>	<b>7500</b>	<b>41617</b>	<b>0,1802</b>	<b>14326</b>	<b>81267</b>	<b>0,1763</b>

Tableau 61: Répartition des consultations externes selon le sexe et l'âge

3.3.2.3 Selon les catégories socio-professionnelles ...

Les registres d'enregistrement nous ont permis d'établir la répartition des bénéficiaires en fonction des catégories socio-professionnelles uniquement au niveau des accouchements.

CATEGORIES	N
Ouvriers	2571
Commerçants	1045
Fonctionnaires	914
Paysans	578
Filles mères	520
Indigents	115
Etudiants	34
Total	5777

Tableau 62: Répartition des accouchements selon les catégories-professionnelles

Ne disposant pas de la répartition de la population de la commune selon les catégories socio-professionnelles, il ne nous a pas été possible de préciser le rôle de cette donnée dans la fréquentation du centre.

### 3.4 Etude de la productivité du personnel

#### 3.4.1 Présentation de la productivité générale

Nombre de consultations externes	15668
Nombre d'infirmiers DE	4
Productivité des IDE	3 917 consult.ext./I.DE/an
Nombre d'accouchements	5782
Nombre de sages femmes	15
Productivité des sages femmes	385 accouch./S.F./an
Nombre de consultations prénatales	14555
Nombre de sages femmes	5
Productivité des sages femmes	2 911 consult.prénat./S.F./an
Nombre de consultations postnatales	1506
Nombre de sages femmes	3
Productivité des sages femmes	502 consult. postnat./S.F./an
Nombre de consultations de P.F.	5170
Nombre de sages femmes	3
Productivité des sages femmes	1 723 consult.P.F/S.F./an
Nombre de BCG	8248
Nombre de sages femmes	2
Productivité des sages femmes	4 124 BCG/S.F./an
Autres vaccinations	52863
Nombre d'aides soignantes	5
Productivité des aides soignantes	10 572 inject.vaccin./A.S./an

Section consultations externes	
nombre de consultations	15668
nombre d'infirmiers	2
productivité des infirm. de santé	7 835 consult.ext./I.S./an

Tableau 63: Présentation de la productivité générale

#### 3.4.2 Les médecins

Lors de notre enquête, un mauvais concours de circonstances ne nous a pas permis d'étudier la productivité du médecin.

### 3.4.3 Les sages femmes

Notre étude nous a conduit à ne retenir que le travail des 17 sages femmes présentes lors de notre séjour au centre de santé. Chacune des sages-femmes a été identifiée selon un numéro. Les numéros vont de 1 à 17.

Le tableau suivant montre la répartition du nombre d'activités selon leur nature, selon les postes de travail et selon les sages femmes (qui sont identifiées par un numéro d'ordre).

NATURE DES ACTIVITES

POSTES TECHNIQUES	N° S.F.	ACCOU CHEM.	CONSUL PRENAT	CONSUL POSTNAT	VACCIN BCG	CONSUL P.F.	SUIVI ACCOU
Prénatales	1	0	55	0	0	0	0
	2	8	55	0	0	0	0
	3	8	55	0	0	0	0
	4	8	55	0	0	0	0
	5	8	55	0	0	0	0
Suivi des accouchées	6	0	0	0	0	0	31
	7	0	0	0	0	0	31
	8	8	0	0	0	0	31
	9	8	0	0	0	0	31
BCG	10	8	0	0	52	0	0
	11	8	0	0	52	0	0
	12	8	0	0	52	0	0
P.F	13	8	0	0	0	32	0
	14	8	0	0	0	32	0
	15	8	0	0	0	32	0
Postnatales	16	8	0	12	0	0	0
	17	8	0	12	0	0	0
Total par semaine		112	275	24	156	96	124
et par S.F		6,6	16,2	1,4	9,2	5,6	7,3
Total annuel		5 824	14 300	1 248	8 112	4 992	6 448
et par S. F.		342	841	73	477	294	379

Tableau 64 : Productivité des sages femmes.

Ainsi une sage femme effectue-t-elle en moyenne par semaine:  
 .6,6 accouchements  
 .16,2 consult. prénatales  
 .1,4 consultations postnatales  
 .9,2 BCG  
 .5,6 consult. de PF  
 .7,3 suivis des accouchés

Mais il apparaît des différences de travail considérables entre les sages femmes, qui avaient déjà été constatées au cours de la présentation des activités. Compte tenu de l'hétérogénéité de leurs activités, nous n'avons malheureusement pas pu identifier d'indicateur permettant de comparer leur productivité.

#### 3.4.4 Les infirmières DE

Au niveau du centre travaillaient au moment de notre étude cinq infirmiers et infirmières diplômés d'état.

L'infirmière d'Etat qui occupe les fonctions de chef du personnel et qui s'occupe de la tenue des statistiques n'a pas fait partie de notre étude.

Au cours de la semaine enquêtée, a été effectué un total de 238 consultations externes, soit une moyenne de 59 consultations par infirmier et par semaine, ou 10 consultations par infirmiers et par jour.

Ce chiffre est quelque peu inférieur à celui que nous avons trouvé dans la présentation générale de la productivité et qui était de  $3\ 917 / 52 = 75$  consultations par infirmier DE et par semaine.

#### 3.4.5 Les infirmières de santé

Elle concerne les huit infirmiers de santé disponibles au moment de notre étude.

Leur productivité figure dans le tableau ci dessous qui montre la répartition du nombre d'activités selon leur nature, selon les postes de travail et selon les infirmiers.

NATURE DES ACTIVITES

POSTES TECHNIQUES	N° I.S.	CONSUL. MALADES (* )	CONSUL. PRENAT. (* )	SRO.	PANSM.	INJECT	PRISE T°
Consultations externes	1 2	119 119	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
Prénatales	3 4	0 0	139 139	0 0	0 0	0 0	0 0
Salle de réhydratation	5	0	0	19	0	0	0
Pansements	6	0	0	0	20	0	0
Injections	7	0	0	0	0	31	0
Prise de température	8	0	0	0	0	0	121
Total par semaine		236	278	19	20	31	121
et par infirmier		29,5	34,75	2,3	2,5	3,8	15,1
Total annuel		12 272	14 456	988	1 040	1 612	6 292
et par infirmier		1 534	1 807	123	130	201	786

Tableau 65: Productivité des infirmiers de santé  
(la présence d'une \* signifie qu'il s'agit d'une simple  
participation à un acte réalisé par une personne plus qualifiée).

Un infirmier de santé effectue en moyenne par semaine:  
 .29,5 consultations de malades (participation)  
 .34,75 consultations prénatales(participation)  
 .2,3 réhydratations par voie orale des enfants  
 .2,5 pansements  
 .3,8 injections  
 .15,1 prises de température

Là également on peut observer une grande différence de travail  
entre les infirmiers.

### 3.4.6 Les aides soignantes

La productivité des 19 aides-soignants disponibles lors de notre séjour au centre est représentée dans le tableau ci-dessous qui montre la répartition du nombre d'activités selon leur nature, selon les postes de travail et selon les aides-soignants.

POSTE TECHNIQ.	N°	VAC.	INJCT.	PANSM.	SRD.	C.PRE.	P.F.	SOINS		
								POSTN.	N-NS	T°
Vaccin	1	203	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	203	0	0	0	0	0	0	0	0
	3	203	0	0	0	0	0	0	0	0
	4	203	0	0	0	0	0	0	0	0
	5	203	0	0	0	0	0	0	0	0
Injects	6	0	31	0	0	0	0	0	0	0
	7	0	31	0	0	0	0	0	0	0
	8	0	31	0	0	0	0	0	0	0
	9	0	31	0	0	0	0	0	0	0
Pansmts	10	0	0	20	0	0	0	0	0	0
	11	0	0	20	0	0	0	0	0	0
SRD.	12	0	0	0	9	0	0	0	0	0
	13	0	0	0	9	0	0	0	0	0
Cons. prénat	14	0	0	0	0	139	0	0	0	0
	15	0	0	0	0	139	0	0	0	0
P.F.	16	0	0	0	0	0	98	0	0	0
Cons. postn.	17	0	0	0	0	0	0	24	0	0
Suivi acchées	18	0	0	0	0	0	0	0	125	0
Prise de t°	19	0	0	0	0	0	0	0	0	121
Total semain		1 015	124	40	18	278	98	24	125	121
et par A.S.		53,4	6,5	2,1	0,9	14,6	5,1	1,2	6,5	6,3
Total annuel		52 780	6448	2080	936	14456	5096	1248	6500	6292
et par A.S.		2 777	339	109	49	760	268	65	342	331

Tableau 66 : Productivité des aides-soignants.

Un aide-soignant effectue en moyenne par semaine:

- .53,42 vaccinations
- .6,5 injections
- .2,1 pansements
- .0,9 réhydratations orales
- .14,6 consultations prénatales (participation)
- .5,1 consultations de planing familial (participation)
- .1,2 consultations postnatales (participation)
- .6,5 soins aux nouveaux nés
- .6,3 prises de température

### 3.5 Evaluation des compétences du personnel

#### 3.5.1 Description générale

Nous avons fait une évaluation des compétences des infirmiers d'Etat, des infirmiers de santé et des sages-femmes qui étaient en fonction au centre lors de notre étude.

Elle a consisté à poser treize questions différentes sur divers thèmes et deux questions relatives au nombre de stages de perfectionnement dont chaque agent a bénéficié et à la durée écoulée depuis leur prise de fonctions.

Au total ont été évalués l'ensemble des infirmiers d'Etat c'est à dire cinq infirmiers de santé sur neuf et douze sages-femmes sur dix huit.

Les mêmes questions ont été posées aux infirmiers d'Etat et aux infirmiers de santé.

Le modèle des questionnaires utilisé figure en annexe 2.

#### 3.5.2 Les infirmiers DE

Les 5 infirmiers DE ont obtenu les notes suivantes:

N°	Ancienneté	Recyclages	Notes
1	19 ans	0	
2	13 ans	0	12,50/20
3	10 ans	0	14,75/20
4	5 ans	0	14,25/20
5	4 ans	0	12,75/20
			14,25/20

Les questions posées ont été l'objet des notations moyennes suivantes:

N°	Objet de la question	Notes
1	causes de splénomégalie	
4	signe du tétanos	20/20
6	bombement fontanelle	20/20
11	toux persistante	20/20
2	chiffres normaux de TA	20/20
10	transmission du SIDA	18,6/20
5	traitement de la varicelle	18/20
12	traitement diarrhée	16/20
		15,3/20
3	signes de méningite	
7	trait. accès palustre	12/20
		12/20
13	diététique diarrhée	
8	prescript. quinine inject.	5/20
9	signes de la drépanocytose	0/20
		0/20

L'analyse de ces résultats montre que:

-le niveau de connaissances de l'ensemble des infirmiers est à la fois homogène et satisfaisant: les notes varient en effet entre 12,5 et 14,75/20.

-L'âge ne semble pas avoir d'influence particulière sur le niveau des connaissances.

-Les réponses aux questions sont très homogènes: c'est ainsi qu'il y a concentration des très bonnes et des très mauvaises réponses aux deux extrêmes.

Valeurs des notes	N
15 et plus	8
6 à 14	2
0 à 5	3
Total	13

On peut donc conclure que tous savent ou ne savent pas répondre aux mêmes questions.

-Les maladies courantes sont assez bien connues

-Les modes de transmission du SIDA qui constituent une question d'actualité semblent également parfaitement connus.

On doit cependant regretter des lacunes concernant le traitement du paludisme et celui des diarrhées. L'utilisation de la chloroquine au lieu du quinimax et des sels de réhydratation par voie orale au lieu des antibiotiques a du mal à se généraliser.

-Une remarque très importante concerne l'absence de formation permanente des infirmiers DE qui de toute évidence constitue une priorité.

Il n'ya pas de différence notable entre le niveau des infirmiers d'Etat et celui des infirmiers de santé.

### 3.5.3 Les sages-femmes

Les 12 sages-femmes ayant été interrogées ont eu les notes suivantes:

N°	Ancienneté	Recyclages	Notes
1	22 ans	7	14,50
2	21 ans	4	9,25
3	20 ans	2	11,75
4	18 ans	2	11,50
5	14 ans	3	13,25
6	12 ans	0	14,50
7	10 ans	3	14,75
8	10 ans	1	14,75
9	7 ans	0	12,25
10	7 ans	1	13,25
11	6 ans	0	11,50
12	5 ans	1	13,25
moyenne	12,6 ans	2	

Les questions posées ont été l'objet des notations suivantes:

N°	Objets des questions	Notes
4	signes de toxémie gravidique	18,3/20
13	suites de l'accouchement	17,3/20
1	contre-indications pilule	17/20
2	indications pilule	16/20
7	doses de chloroquine en prénatales	16/20
6	bombement de la fontanelle	15/20
10	malnutrition chez les enfants	15/20
12	transmission du SIDA	15/20
8	signes de G.E.U.	11,1/20
11	contr'indications des ocytociques	9,4/20
9	anemie au Mali	6,6/20
3	risque du stérilet	3,3/20
5	oedemes de M.I	3,3/20

L'analyse de ces résultats montre que:

-comme pour les infirmiers DE, les sages-femmes ont un bon niveau de connaissances.  
En effet, une seule sur 12 a moins de la moyenne, et ceci de très peu, puisqu'elle a 9,25/20.

-contrairement à leurs collègues, elles ont été souvent recyclées: 2 fois en moyenne, et certaines jusqu'à 7 fois.

-les notes obtenues n'ont aucun lien apparent avec leur expérience professionnelle ni même avec le nombre de formations dont elles ont bénéficié.

-il y a également homogénéité dans les réponses aux différentes questions:

Valeurs des notes	N
15 et plus	8
6 à 14	3
0 à 5	2

Il est par contre préoccupant de constater qu'une question aussi importante pour une sage-femme que les contr'indications des ocytociques soit si mal connue.

Ceci confirme l'inquiétude que nous avons ressentie lorsque nous avons constaté l'emploi systématique des ocytociques qui était fait à la maternité de Sogoniko.

Sont également préoccupantes les lacunes constatées quant à la conduite à tenir devant des oedèmes des membres inférieurs, quant aux principales causes d'anémie de la grossesse au Mali et quant aux risques d'infection liés au stérilet.

Il faut en effet préciser que seulement 2 sages-femmes sur 12 ont cité le repos comme attitude à recommander en cas d'oedème des membres inférieurs.

#### 3.5.4 Les infirmiers de santé

Les 5 infirmiers de santé qui ont été interrogés ont reçu les notes suivantes.

N°	Ancienneté	Recyclages	Notes
1	25 ans	1	12,75
2	9 ans	0	13
3	7 ans	0	10,75
4	5 ans	0	10
5	5 ans	0	14,25

Les questions posées ont été l'objet des notations suivantes.

N°	objets des questions	Notes/20
10	transmission du SIDA	19/20
1	splénomégalie	17/20
7	traitement du paludisme	16/20
11	toux persistante	16/20
2	normes de tension	14/20
3	signes de la meningite	13/20
4	signes du tétanos	12/20
5	traitement de la varicelle	12/20
6	bombement de fontanelle	12/20
13	dietetique diarrhée	11/20
12	traitement diarrhée	8/29
8	dose de quinine	4/20
9	signes de drépanocytose	4/20

L'observation des résultats montre que:

-il ne semble pas avoir de différence notable entre le niveau de connaissance des infirmiers DE et des infirmiers de santé.

-le niveau de connaissance est également satisfaisant et homogène.

-les notes obtenues n'ont pas de lien apparent avec l'expérience professionnelle.

-les infirmiers de santé tout comme les infirmiers DE ne sont pas recyclés.

-les maladies courantes sont assez bien connues. Par contre le traitement du paludisme ne l'est pas du tout. La posologie demandée n'est connue que par une seule infirmière de santé (la plus âgée) qui est également la seule à connaître les signes cliniques de présomption d'une drepanocytose chez les enfants.

-les modes de transmission du SIDA constituant une question d'actualité sont connus par l'ensemble du personnel interrogé.

#### 4 LA CONSOMMATION DE SMI EN COMMUNE VI

##### 4.1 Présentation de l'échantillon étudié

##### 4.1.1 Les femmes

L'échantillon de femmes interrogées était composé de 300 personnes qui présentaient les caractéristiques suivantes:

-Répartition selon le quartier de résidence:

Ces femmes appartenaient à 8 quartiers sur les 10 que compte la commune 6:

NOM DES QUARTIERS	N	%
Niamakoro	78	26 %
Sogoniko	62	20,7 %
Magnambougou	40	13,3 %
Faladié	40	13,3 %
Dianéguéla	20	6,7 %
Sorokorodji	20	6,7 %
Banankabougou	20	6,7 %
Sénou	20	6,7 %
Total	300	100

Tableau 67: Répartition des femmes selon leur quartier de résidence

-Répartition selon la date d'arrivée à Bamako:

Les femmes interrogées résident pour la plupart à Bamako depuis plus de 20 ans, ainsi que le montre le tableau suivant:

TEMPS DE PRESENCE A BAMAKO	EFFECTIFS			
	BRUTS	%	CUMULES	%
20 ans et +	194	64,7 %	194	64,7 %
15-19 ans	12	4 %	206	68,7 %
10-14 ans	25	8,3 %	231	77 %
5-9 ans	30	10 %	261	87 %
1-4 ans	37	12,3 %	298	99,3 %
Moins d'1 an	2	0,7 %	300	100 %
Total	300			100

Tableau 68: Répartition des femmes interrogées selon le temps de présence à Bamako

Ainsi, peut on dire que malgré son caractère de nouveau quartier, la population de la commune 6 est une population de vrais Bamakois, puisque les 2/3 vivent à Bamako depuis plus de 20 ans et les 3/4 depuis plus de 10 ans.

-Répartition selon la taille de la famille:

Ainsi que le montre le tableau suivant, la population de la commune 6 est surtout composée de grandes familles, puisque près de la moitié des femmes interrogées vivent dans des familles de plus de 10 personnes.

TAILLE DE LA FAMILLE	EFFECTIFS BRUTS		CUMULES %
	N	%	
Moins de 5 pers.	38	12,7 %	12 %
5-9 pers.	105	35 %	47 %
10-14 pers.	71	23,7 %	71 %
15-19 pers.	40	13,3 %	84 %
20 pers. et +	46	15,3 %	100 %
Total	300	100 %	

Tableau 69: Répartition des familles selon leur taille

-Répartition selon les professions des chefs de familles

PROFESSIONS DES CHEFS DE FAMILLE	N	%
Artisans	127	42,4 %
.Moyens artisans	11	3,7 %
.Petits artisans et ouvriers	116	38,7 %
Fonctionnaires	72	24 %
.Autres fonctionnaires B	24	8 %
.Sous officiers	15	5 %
.Retraités	9	3 %
.Autres fonctionnaires A	8	2,7 %
.Autres fonctionnaires C	7	2,3 %
.Enseignants 2ème cycle	6	2 %
.Enseignants lycée	2	0,7 %
.Personnels sanitaires	1	0,3 %
Commerçants	56	18,6 %
.Grands commerçants	10	3,3 %
.Moyens commerç.	25	8,3 %
.Petits commerçants et employés de commerce	21	7 %
Cultivateurs	31	10,3 %
Autres professions	14	4,7 %
Total	300	

Tableau 70: Répartition des familles selon la profession des chefs de famille

La commune 6 est surtout peuplée de familles de personnes travaillant dans le domaine de la production et du commerce (61 %) et de fonctionnaires (24 %). Elle garde cependant un certain caractère rural, puisque 10 % de sa population est composée d'agriculteurs.

-Catégories économiques des familles

.Nombre total de personnes actives par famille

Le tableau suivant nous montre le nombre total de personnes actives par famille.

NOMBRE DE PERSONNES ACTIVES/FAMILLE	NOMBRE DE FAMILLES	%
1	201	67
2	61	20,3
3	25	8,3
4	11	3,7
5	2	0,7
Total	300	100 %

Tableau 71: Répartition des familles selon le nombre de personnes actives

.Profession la plus élevée par famille

PROFESSION LA PLUS ELEVÉE	NOMBRE DE FAMILLES		%
artisans	133		44,3
petits artisans	122	40,7	
moyens artisans	11	3,7	
fonctionnaires	82		27,3
fonctionnaires B	31	10,3	
sous officiers	14	4,7	
enseignants	11	3,6	
fonctionnaires C	10	3,3	
fonctionnaires A	9	3	
retraités	5	1,7	
infirmiers	2	0,7	
commerçants	56		18,6
moyens commerçants	23	7,7	
petits commerçants	23	7,7	
grands commerçants	10	3,3	
cultivateurs	18		6
autres	11		3,7
Total	300		100 %

Tableau 72: Répartition des familles en fonction de la profession la plus élevée

.Nature de l'habitat

La majorité des femmes interrogées vivent dans des maisons en banco comme nous le montre le tableau suivant.

NATURE DE L'HABITAT	NOMBRE DE FAMILLES	%
banco	177	59
semi dur	95	31,7
villa	28	9,3
Total	300	100

Tableau 73: Répartition des habitats selon leur nature

.Appartenances économiques des familles

CATEGORIES ECONOMIQUES DES FAMILLES	N	%
aisées	48	16
intermédiaires	168	56
pauvres	52	17,3
non définies	32	10,7
Total	300	100

Tableau 74: Répartition des familles selon leur appartenance économique

-Rélígions des familles

RELIGION	N	%
islam	294	98
islam-w	4	1,3
catholique	2	0,7
Total	300	100

Tableau 75: Répartition des familles selon la religion

-Ethnies des familles

La population est cosmopolite avec diverses ethnies entremêlées.

ETHNIES	N	%
bambara	155	51,7
malinké	36	12
peulh	34	11,3
sarakolé	19	6,3
senoufo	17	5,7
sonrháï	10	3,3
dogon	9	3
bozo	6	2
minianka	4	1,3
kassonké	3	1
maure	2	0,7
bobo	2	0,7
bellah	1	0,3
autre	1	0,3
mossi	1	0,3
Total	300	100

Tableau 76: Répartition des familles selon leur ethnie

-Niveau scolaire le plus élevé par famille

NIVEAU SCOLAIRE	NOMBRE DE FAMILLES	%
néant	87	29,3
niveau primaire	79	26,6
niveau secondaire	103	34,7
niveau supérieur	16	5,4
lettré coranique	12	4
Total	297	100

Tableau 77: Répartition des familles en fonction du niveau scolaire le plus élevé

On doit donc remarquer que seulement 30 % des familles n'ont pas un membre qui ait été lettré.

-Ages des femmes interrogées

Les femmes interrogées sont relativement jeunes, puisque plus des 2/3 d'entr'elles ont moins de 30 ans.

CLASSES D'AGES	N	%	% cumul.
15-19 ans	46	15,3	15,3
20-29	155	51,7	67
30-39	84	28	95
40 et +	15	5	100
Total	300	100	

Tableau 78: Répartition des femmes selon l'âge

-Professions des femmes

Les femmes de l'échantillon sont surtout des ménagères.

PROFESSIONS	N	%
ménagères	286	95,3
fonctionnaires	9	3
petit commerce	4	1,3
autre fonction	1	0,3
Total	300	100

Tableau 79: Répartition des femmes selon la profession

-Professions des maris des femmes interrogées

PROFESSIONS	N	%
Artisans	129	44 %
.Petits artisans et ouvriers	117	39,9 %
.Moyens artisans	12	4,1 %
Fonctionnaires	64	21,3 %
.Autres fonctionnaires B	20	6,8 %
.Sous officiers	15	5,1 %
.Autres fonctionnaires C	9	3,1 %
.Enseignants	8	2,7 %
.Autres fonctionnaires A	7	2,4 %
.Retraités	2	0,7 %
.Soldats	1	0,3 %
.Infirmier	1	0,3 %
.aide soignant	1	0,3 %
Commerçants	62	20,6 %
.Petits commerçants et employés de commerce	27	7 %
.Moyens commerç.	25	8,3 %
.Grands commerçants	10	3,3 %
Cultivateurs	26	8,9 %
Autres professions	12	4,1 %
Total	300	100 %

Tableau 80: Répartition des femmes en fonction de la profession du mari

Les maris des femmes interrogées se répartissent entre artisans (44 %), fonctionnaires (21,3 %) et commerçants (20,6 %). On notera de nouveau la présence de près de 9 % de cultivateurs.

-Niveau scolaire des femmes

La majorité (69 %) des femmes interrogées sont illettrées.

NIVEAU SCOLAIRE	N	%
néant	206	68,7
niveau primaire	48	16
niveau secondaire	38	12,7
niveau supérieur	2	0,7
lettrée coranique	6	2
Total	300	100

Tableau 81: Répartition de femmes selon le niveau scolaire

-Situation matrimoniale des femmes

ETAT CIVIL	N	%
mariées	268	89,3
monogame	173	57,6 %
polygame	95	31,6 %
fiancées	23	7,6
célibataires non fiancées	9	3
Total	300	100 %

Tableau 82: Répartition des femmes selon leur situation matrimoniale

La quasi totalité des femmes interrogées sont mariées (89,3 %).

-Nombre total de grossesses par femme

NOMBRE DE GROSSESSES	N	%	% cumulé
1	60	20	20
2-4	158	52,7	77,7
5-9	75	25	92,7
10 et +	7	2,3	100
Total	300	100 %	

Tableau 83: Répartition des femmes en fonction du nombre de grossesse

Les femmes étant jeunes pour la plupart, il n'est pas surprenant de constater que 77,7 % ont moins de 5 enfants.











-Nombre d'enfants vivants par femme

NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS	N	%
0		
1	1	0,3
2-4	68	22,7
5 et +	179	59,7
	52	17,3
Total	300	100 %

Tableau 84: Répartition des femmes selon le nombre d'enfants vivants

-Mortalité-intra-utérine

5,7 % des femmes disent avoir présenté au moins un avortement ou un mort né.

MORTALITE-INTRA-UTERINE	N	%
néant		
1	283	94,3
2	11	3,7
3 et +	4	1,3
	2	0,7
Total	300	100 %

Tableau 85: Présentation de la mortalité intra-utérine

Si l'on considère que les 300 femmes interrogées ont eu ensemble 969 naissances vivantes et 25 décès intra-utérin, le taux de mortalité intra-utérine peut être estimé à 25,8 pour mille.

-Nombre d'enfants vivants par femme

NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS	N	%
0	1	0,3
1	68	22,7
2-4	179	59,7
5 et +	52	17,3
Total	300	100 %

Tableau 84: Répartition des femmes selon le nombre d'enfants vivants

-Mortalité-intra-utérine

5,7 % des femmes disent avoir présenté au moins un avortement ou un mort né.

MORTALITE-INTRA-UTERINE	N	%
néant	283	94,3
1	11	3,7
2	4	1,3
3 et +	2	0,7
Total	300	100 %

Tableau 85: Présentation de la mortalité intra-utérine

Si l'on considère que les 300 femmes interrogées ont eu ensemble 969 naissances vivantes et 25 décès intra-utérin, le taux de mortalité intra-utérine peut être estimé à 25,8 pour mille.

#### 4.1.2 Les hommes

La population masculine interrogée est constituée de 60 hommes de huit quartiers sur dix de la commune 6 du district de Bamako. Les caractéristiques de cette population sont présentés à travers les tableaux suivants:

-La répartition des hommes selon le quartier de résidence

QUARTIERS	N	%
Niamakoro	16	26,7
Sogoniko	12	20
Magnambougou	9	15
Faladiè	8	13,3
Dianéguéla	4	6,7
Sokorodji	4	6,7
Sénou	4	6,7
Banankabougou	3	5
Total	60	100

Tableau 86: Répartition des hommes selon le quartier de résidence

-Ages de la population étudiée

Les hommes de l'échantillon sont d'âge mûr: près des 3/4 d'entr'eux ont en effet entre 30 et 50 ans.

CLASSES D'AGES	N	%	% CUMULES
20 - 29 ans	3	5	5
30 - 39	20	33,3	38,5
40 - 49	23	38,9	76,7
50 - 59	13	21,7	98,4
60 ans et plus	1	1,7	100
Total	300	100	

Tableau 87: Répartition des hommes selon l'âge

-Le niveau de scolarisation

NIVEAU DE SCOLARISATION	N	%
Non scolarisés	37	61,7
Primaire	13	21,7
Secondaire	5	8,3
Supérieur	2	3,3
Lettré coranique	3	5
Total	60	100

Tableau 88: Répartition des hommes selon leur niveau de scolarisation

-Catégories socio-professionnelles

PROFESSIONS DES HOMMES	N	%	
artisans	43	71,6	
petits artisans	38		63,3
moyens artisans	5		8,3
fonctionnaires	14	23,3	
catégorie C	6		10
catégorie B	3		5
catégorie A	2		3,3
sous-officier	2		3,3
retraité	2		3,3
commerçants	2	3,3	
sans profession	1	1,7	
Total	60	100	

Tableau 89: Répartition des hommes selon leur profession

La grande majorité des hommes est composée d'artisans (71,6 %) et de fonctionnaires (23,3 %).

-Responsabilités des hommes au sein de la famille

NATURE DES RESPONSABILITES	N	%
Chefs de famille	52	86,7
Frères du chef de famille	5	8,3
Fils du chef de famille	3	5
Total	60	100

Tableau 90: Répartition des hommes en fonction des responsabilités dans la famille

Ainsi, la quasitotalité des hommes interrogés (86,7 %) sont des chefs de famille.

-Situation matrimoniale des hommes de l'échantillon

SITUATION MATRIMONIALE	N	%
Mariés monogames	32	53,3
Mariés bigames	18	30
Mariés trigames	8	13,3
Mariés tétragames	2	0,3
Total	60	100

Tableau 91: Répartition des hommes selon leur situation matrimoniale

Les 60 hommes interrogés sont mariés, dont la moitié d'entr'eux (53,3 %) à une seule femme.

-Veuvages

.6 hommes (10 %) ont perdu une femme.

.Elles se répartissaient entre les classes d'âges suivantes:

moins de 20 ans	1
20 à 29 ans	3
30 à 39 ans	2
Total	6

Tableau 92: Classes d'âges des femmes décédées

.Ces décès ont eu pour causes:

suites de couches	2
suite opératoire	1
ictère	1
non connue	2

## 4.2 Utilisation du Centre de SMI de Sogoninko

### 4.2.1 Par les femmes

#### a) Connaissance de l'existence et du lieu du centre:

Toutes les femmes interrogées à l'exception d'une seule (299/300) savent qu'il existe un centre de santé dans leur commune.

#### b) Fréquentation du centre par les femmes

288/300 femmes, soit 96 % se sont déjà rendues au moins une fois au centre.

##### b-1) Les motifs de fréquentation

MOTIFS DE FREQUENTATION	N	%
accouchements	245	85,6
consultations prénatales	117	40,90
vaccinations	114	39,86
consultations des malades	80	27,9
consultations postnatales	2	0,69
soins infirmiers	2	0,69

Tableau 93: Répartition de fréquence des différents motifs de fréquentation du centre

Ainsi apparaît-il que les accouchements sont de loin la première cause de fréquentation du centre (85,6 %), bien avant les consultations prénatales (40,9 %), les vaccinations (39,86 %) et les consultations de médecine générale (27,9 %). Consultations post natales et soins infirmiers sont pratiquement inexistantes (moins de 1 %).

##### b-2) Les raisons de la non fréquentation du centre

12 femmes sur 300 soit 4 % ne sont jamais allées au centre. Les raisons évoquées sont résumées dans le tableau suivant.

RAISONS DE NON FREQUENTATION	N	%
femme d'arrivée récente en commune	7	58,4
n'en a pas ressenti le besoin	3	25
éloignement du centre	1	8,3
suivie par une autre sage femme	1	8,3
Total	12	100

Tableau 94: Répartition de fréquence des raisons de non fréquentation du centre

b-3) Fréquentation du centre par les femmes depuis une année

Depuis un an 259 femmes, soit 86,3 % se sont rendues au moins une fois au centre.

\*Rythme des fréquentations

NOMBRE DE VISITES	N	%	% cumulé
1 fois	156	60,5	60,5
2 fois	48	18,6	79,1
3 fois	38	14,7	93,8
4 fois	15	5,8	99,6
6 fois	1	0,4	100

Tableau 95: Répartition de fréquence des rythmes de fréquentation du centre

\*Motifs des visites

MOTIFS DES VISITES	N	%
accouchements	162	63
vaccinations	123	47,8
consultations prénatales	49	19
consultations de malades	39	15,17
consultations postnatales	3	1,1
planning familial	1	0,3

Tableau 96: Répartition de fréquence des motifs de fréquentation cette année

Nous retrouvons ici encore le rôle majeur des accouchements.

\*Fréquentation d'autres centres de santé par les populations

83 femmes soit 27,6 % se sont rendues dans un autre centre de santé au cours de la même année.

Les centres de santé ainsi fréquentés sont nombreux.

AUTRES CENTRES FREQUENTES	N	%
hopital Gabriel Touré	29	34,9
P.M.I.maternité de la garnison	9	10,9
hors de Bamako	8	9,7
autres centres de santé	7	8,5
P.M.I. centrale	6	7,2
P.M.I. de Niarela	5	6
P.M.I. de Hamdalaye	5	6
hopital Gabriel Touré et P.M.I. de Niarela	5	6
P.M.I. de Korofina	2	2,4
P.M.I de Badalabougou	2	2,4
hopital du point G	2	2,4
hors du Mali	2	2,4
plusieurs centres de P.M.I.	1	1,2
Total	83	100

Tableau 97: Répartition de fréquence des autres centres de santé visités

\*Les raisons de la fréquentation d'autres centres de santé par les femmes de la commune sont diverses.

RAISONS DE FREQUENTATION	N	%
proximité	20	24,1
prestations non assurées en commune	6	24,1
parent à un personnel de santé	13	15,7
accouchement compliqué	10	12
retour en famille	7	8,4
lieu de travail	5	6
suiwie par la sage femme d'un autre centre	4	4,8
évacuée de la maternité de la commune	3	3,6
planning familial à Niarela	1	1,2
Total	83	100

Tableau 98: Répartition de fréquence des motifs de fréquentation d'autres centres de santé

c) Connaissance des femmes sur les activités menées au centre

Les activités figurant dans le tableau suivant ont été citées par les femmes.

L'éducation pour la santé occupe une place tout à fait secondaire aux yeux du personnel sanitaire.

En effet, celui-ci n'a pas conscience du rôle qui peut être le sien quant aux changements de comportement des consultants. Le travail de sensibilisation et d'information que cela nécessite est considéré comme étant celui du seul personnel du service social.

Ainsi, nous pouvons affirmer que les contacts entre le service de santé et les populations ne sont pas utilisés comme ils le pourraient en matière de changement de comportements.

Seul le poste des vaccinations semble leur accorder une place importante. Ceci est probablement dû aux pressions qui sont faites sur l'ensemble du système national de santé malien pour la réussite du PEV.

#### e) Les tarifs des consultations

Les tarifs qui sont appliqués par le centre dans le cadre du système de recouvrement des coûts peuvent être susceptibles de constituer un handicap à la fréquentation de certaines activités du centre.

S'il nous semble normal que le centre valorise ses prestations aux yeux des populations et contribue à dégager ses ressources en leur donnant un "prix", nous estimons cependant qu'une attention particulière doit être accordée aux activités qui ne sont pas encore passées dans les habitudes de la population.

C'est ainsi que le prix de vente des sachets à réhydratation par voie orale nous semble excessif, si l'on considère qu'ils sont commercialisés au prix de 100 F la consultation donc l'unité puisque c'est un sachet qui est servi par consultation et par malade alors que le Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques fournit gratuitement au centre les sachets de sels de réhydratation orale.

De même, l'accession au planning familial qui ne concerne encore que très peu de femmes devrait être aussi facile que possible. L'acquisition d'une carte pour une somme de 250 F nous paraît acceptable, mais ne serait-il pas possible de fournir gratuitement les produits contraceptifs ? Ils pourront être mis en vente lorsque le taux de couverture de cette prestation aura dépassé un certain seuil.

Quant aux visites postnatales, elles ne devraient pas être dissociées des accouchements et leur accession devrait être comprise dans le tarif de l'accouchement.

Enfin, nous nous permettons d'insister sur le fait qu'il n'existe pas de guichet auprès duquel les consultants devraient acquérir les tickets et les carnets de consultations leur donnant droit aux diverses prestations.

Les tarifs y seraient affichés de façon très claire, le personnel sanitaire n'aurait pas à manipuler d'argent, et les principes fondamentaux d'un bon système de gestion seraient respectés pour une bonne marche de l'ensemble.

f) Les conditions d'hygiène

Malgré de grands efforts qui sont entrepris pour améliorer les conditions de propreté du centre, beaucoup reste encore à faire pour lui donner l'image parfaite qui devrait être celle d'un centre de santé. La part des ressources consacrée à l'entretien des locaux est de 28 %

Ce sont surtout la salle d'accouchement et la salle de pansement qui devraient être l'objet d'un effort particulier.

Or cet effort est d'autant plus possible que le personnel comporte 6 personnes uniquement chargées de la propreté. L'essentiel est donc probablement de diriger correctement leur travail.

g) L'équipement:

Au cours de ce travail nous avons insisté sur le manque d'équipement du centre. Il contribue au plafonnement du niveau de ses activités.

Il est particulièrement visible dans la salle d'accouchement, au poste de planning familial, dans la salle de pansements et au poste de consultations prénatales.

h) La gestion des ressources humaines:

h-1) L'image la plus visible du centre est caractérisée par la très faible productivité du personnel.

Le centre dispose en effet d'un personnel pléthorique compte tenu de la masse des activités réalisées.

	Sages Femmes	Inf. DE	Inf. Santé	Aides Soign.
Consult. ext.	0	59	29,5	0
Accouchements	6,6	0	0	0
Cons.prénat.	16,2	0	34,7	14,6
Suivi accouch.	7,3	0	0	0
Soins nouv.nés	0	0	0	6,5
Cons. postnat.	1,4	0	0	1,2
Plan.famil.	5,6	0	0	5,1
BCG	9,2	0	0	0
Vaccinations	0	0	0	53,4
RVD	0	0	2,3	0,9
Fansemments	0	0	2,5	2,1
Injections	0	0	3,8	6,5
Prise tempéra.	0	0	15,1	6,3

Tableau 179: Présentation du nombre moyen d'actes réalisés par catégorie de personnel et par semaine.

Les gains de productivité que l'on peut obtenir apparaissent  
 .lorsqu'on se penche sur le temps effectif de travail.  
 .lorsqu'on analyse le nombre de personnes par poste.

\*le temps effectif de travail

-Les horaires de travail

Dans l'ensemble des postes de travail les activités débutent au plus tôt à 7 h 40 mn en prénatales, au plus tard à 10 h 55 en postnatales.

Elle se terminent au plus tôt à 10 h (postnatales) et au plus tard à 14 h 30 (soins curatifs).

Le temps moyen de travail par jour est compris selon les postes entre 1/2 heure (consultations postnatales) et 4 heures 40 (vaccinations).

-Une sage femme du centre travaille en moyenne 1 h 4 mn par jour, au maximum de 2 h 19 minutes par jour (poste des vaccinations), et au minimum pendant 14 minutes (poste des consultations postnatales).

-Un infirmier d'Etat travaille en moyenne pendant 47 minutes par jour.

-Un infirmier de santé travaille en moyenne 1 h 36 mn, au maximum pendant 3 h 18 minutes par jour (poste des vaccinations) et au minimum pendant 51 minutes (poste des injections).

-Un aide-soignant travaille en moyenne 1 h 32 mn par jour, au maximum pendant 3 h 43 minutes par jour (PF), au minimum pendant 14 minutes (consultations postnatales).

Le temps effectif de travail d'un poste est égal:

	Nombre d'agents	Horaires Réglementaires	Horaires Officiels
Consult.ext.	6	48 %	55 %
Consult.prénat.	9	49 %	57 %
Suivi accouchées	5	52 %	60 %
Postnatales	4	7 %	8 %
Planning familial	4	56 %	65 %
Vaccinations	9	70 %	81 %
Visites enfants	2	22 %	25 %
Injections	5	64 %	74 %
Pansements	3	47 %	57 %
AVO	3	16 %	18 %
Prise temp.	2	55 %	63 %
Moyenne arithmétique		44 %	51 %
Moyenne pondérée selon le nombre d'agents		48,7 %	56,4 %

Tableau 180: Répartition du taux de travail effectif moyen par semaine et par poste par rapport aux normes en vigueur.

\* Le nombre de personnes par poste:

	d'actes Moyens	Nombre Sages femmes	Inf. DE	Inf. Santé	Aides Soign.	Total
Consult.prénat.	46	5	0	2	2	9
Consult.postn.	4	2	0	0	1	3
Planning familial	16	3	0	0	1	3
Suivi accouchées	9	4	0	0	1	5
BCG	27	3	0	1	0	3
Autres vaccinations	169	0	0	1	5	6
Consult. externes	20	0	4	2	0	6
RVD	3	0	0	1	2	3
Pansements	6	0	0	1	2	3
Injections	32	0	0	1	4	5
Prise de T°	40	0	0	1	1	2

Tableau 181: Nombre de personnes en fonction du nombre d'actes moyens réalisés par jour au niveau des différents postes.

Il apparaît de façon très claire que le même travail pourrait être effectué par des équipes beaucoup moins nombreuses.

En effet, nous estimons que des personnes motivées doivent pouvoir atteindre les chiffres suivants:

.Consultations prénatales: 30 consultations par sage-femme et par jour à raison d'une moyenne de 10 mn par femme. La présence d'une personne supplémentaire (infirmière ou aide soignante) pour introduire les consultantes et effectuer l'analyse d'urine est souhaitable.

.Consultations postnatales: identiques aux prénatales.

.Consultations de planning familial: idem

.Suivi des accouchées: il s'agit d'une activité permanente qui peut être réalisée par une seule sage-femme et une infirmière.

En dehors des heures de service, le service de garde est tout à fait capable d'assurer la permanence.

.Vaccinations: une équipe comprenant deux infirmiers et un aide soignant peut effectuer plus de 200 actes vaccinaux par jour: un premier infirmier aidé par l'aide soignant assure les vaccinations, tandis qu'un deuxième infirmier assure l'enregistrement.

\* Ainsi, pouvons-nous conclure à une sous-utilisation d'un personnel pléthorique, mal réparti et dont les tâches ne sont pas optimisées.

Ceci a pour notamment pour conséquence de favoriser la baisse de la qualité des prestations: en effet, là où il y a trop de monde, le personnel "flotte", les responsabilités se diluent, l'absentéisme se développe, et en fin de compte le travail fourni est globalement inférieur à celui qui aurait été produit par un personnel en nombre moins important.

h-2) Nous avons par ailleurs constaté des insuffisances concernant la formation de ce personnel:

-Insuffisance de la formation permanente:

-Application de pratiques dangereuses ou inadaptées.

.la prescription systématique d'ocytociques aux femmes en travail.

.la large prescription de quinimax au lieu de l'emploi de comprimés de chloroquine,

.la prescription de médicaments antidiarrhéiques au lieu de la simple réhydratation par voie orale.

.le manque d'importance accordé au repos chez les femmes enceintes qui présentent des signes de néphropathie gravidique.

.la prescription de produits qui n'ont jamais fait leur preuve thérapeutique, tels que le "Chophytol"

.la prescription de produits pauvres en fer comme antianémiques

.la prescription systématique de traitements antiinfectieux au cours des consultations prénatales.

S-1-2 Analyse de l'utilisation des activités par la population

\*L'étude de la fréquentation du centre par la population de la commune 6 nous a permis de déterminer les indicateurs suivants:

.92,3 % des femmes de notre échantillon disent avoir accouché en milieu médical lors de leur dernier accouchement et en priorité à la maternité de la commune (76 %).

.79 % des femmes disent être allées en visites prénatales lors de leur dernière grossesse et près de la moitié disent avoir été reçues dans le premier trimestre de la grossesse.

.Seulement 10 % des femmes sont allées en visites postnatales.

.les visites de suivi des enfants sains sont inexistantes: elles ont concerné moins de 2 % des femmes ayant un enfant de moins de 3 ans.

.La couverture vaccinale chez les enfants de 12 à 71 mois est de 35,4 %

.80 % des femmes disent être vaccinées pendant la grossesse.

.40 femmes sur 300 soit 13,3 % ont déjà utilisé une méthode contraceptive.

.Quant aux hommes, seulement 5 sur 60 soit 8,3 % disent avoir déjà utilisé une méthode contraceptive.

.78 % des femmes disent donner de la chloroquine à leurs enfants à titre préventif contre le paludisme.

\*L'étude des connaissances et des comportements en matière de santé

.les séances d'I.E.C.ont un impact positif en ce qui concerne les vaccinations qui constituent ainsi l'activité la plus connue des femmes comme moyen de protection de la santé des enfants. La moitié des femmes savent contre quelle maladie elles sont vaccinées pendant la grossesse.

.9 % des femmes connaissent les six maladies cibles du PEV chez les enfants. Prises séparément la rougeole et la poliomyélite sont les plus connues des parents (femmes et hommes).

.Seulement 3 hommes soit 5 % ont su citer les six maladies cibles du PEV chez les enfants.

.39 % des femmes disent utiliser spontanément "l'eau de la santé" en cas de diarrhée chez les enfants. Mais 23 % des femmes utilisent encore de la "sulfaguanidine".

.l'utilisation de chloroquine en cas d'accès fébrile est connue par 81,9 %

.Les gestes de consultations prénatales les plus connus sont l'analyse des urines et la pesée.

.La presque totalité des femmes (91,6 %) ne savent pas le moindre geste réalisé au cours des visites de surveillance des enfants.

.La totalité des femmes ne sont pas informées sur la période de fécondation

.Le P.F. est encore peu adopté par la population qui dit ne pas en percevoir l'intérêt. Ce sont surtout les hommes qui disent rejeter le planning familial, alors que les femmes lui semblent d'avantage acquises.

.63,3 % des femmes connaissent l'existence du P.F. et 44,5 % connaissent au moins une méthode contraceptive.

.41,7 % des hommes disent être contre le planning familial.

.La pilule est la méthode la plus connue et la plus appréciée des hommes et des femmes.

.49,3 % des femmes ne savent pas où se procurer les contraceptifs ainsi que plus de la moitié des hommes (61,6 %)

\*Ces résultats peuvent être expliqués à partir des constats suivants:

-Le centre est très connu mais la population n'est pas suffisamment informée sur toutes les activités qui y sont conduites.

.Les activités les plus connues sont représentées par les accouchements et les consultations prénatales.

.Seulement 4 femmes sur 300 savent qu'elles peuvent bénéficier des activités de planning familial sur place.

.Certaines activités notamment les consultations postnatales et la surveillance des enfants sains sont totalement ignorées par la population.  
Les femmes ne consultent qu'en cas de maladie.

Les principaux obstacles à la P.F. sont le manque d'information, l'opposition d'un des deux époux et l'absence de besoin ressenti.

-Les insuffisances dans la qualité de l'accueil sont ressenties par la population et évoquées comme facteur influant l'utilisation des services du centre et si le centre est fréquenté par une bonne partie de la population, c'est parce qu'il est le seul centre de SMI de la commune.

- Le paiement de l'accès à certaines activités non encore admises (en particulier au P.F) s'oppose au manque de moyens financiers et constitue donc un frein à la fréquentation du centre.

Par ailleurs, le surcoût extraordinaire dû à des prescriptions aberrantes lors des consultations prénatales constitue également un facteur limitant à leur fréquentation.

-Le coût moyen d'un accouchement a été de 5 195 FCFA avec 910 F pour les frais de transport et 1550 F pour le traitement ocytocique qui est inutile et même dangereux et doit être supprimé.

-Le centre reste très éloigné de plusieurs quartiers de la commune et son accès constitue un handicap à de nombreuses familles.

\*Enfin, nous devons insister sur la gravité que revêt la non application des règles minimales d'aseptie au niveau des différents postes et dans la salle d'accouchement en particulier. Il n'est pas acceptable qu'une seule femme court le risque d'être atteinte de SIDA lorsqu'elle se rend au centre.

\*Les opinions sur le centre

.57 % des femmes et 73,3 % des hommes n'ont pas d'opinion

.20 % des femmes et 11,6 % des hommes ont un opinion favorable.

Les opinions favorables se partagent entre la qualité de l'accueil et l'efficacité du personnel

.23 % des femmes et 15 % des hommes ont un opinion défavorable.

L'accent est surtout mis sur la mauvaise qualité de l'accueil (11,5 %) et le manque de communication (10 %).

\*Les 2 suggestions dominantes qui ont été faites sont l'amélioration de la qualité de l'accueil au sein du centre et l'ouverture de centre de santé dans chaque quartier.

## 5.2 Recommandations

Vu l'état de la situation de la SMI en commune 6, il est souhaitable pour améliorer sensiblement la qualité des prestations dont découle l'utilisation des services offerts par le centre de prendre un certain nombre de positions.

Au terme de notre travail, nous nous permettons de faire quelques recommandations pour améliorer la qualité des services au sein du centre de santé de Sogoniko.

Ces recommandations peuvent être réalisées à court, moyen et long terme.

### 5-2-1-Recomnadtions à court terme:

Elles concernent l'amélioration de la qualité des services en corrigeant certaines insuffisances liées à des problèmes d'organisation ou de formation.

#### 1° Améliorer les conditions d'accueil

La qualité de l'accueil repose sur la bonne organisation du circuit des malades et surtout sur la sensibilisation du personnel à son importance.

Il serait utile que des séances de travail soient organisées avec l'ensemble du personnel pour l'amener à découvrir son importance, à procéder à son auto-évaluation et à prendre des mesures pour l'améliorer.

Peut-être serait-il utile de demander au personnel d'aller évaluer l'accueil des consultants dans d'autres formations sanitaires de Bamako que dans celles où il travaille, pour qu'il réalise d'avantage les conséquences négatives d'une mauvaise qualité de l'accueil.

#### 2° Formation du personnel:

##### a) Modifier certains comportements techniques inadéquats:

-supprimer les prescriptions systématiques:

.d'ocytociques chez toute en femme en travail  
.du régime sans sel devant toute albuminurie de la grossesse  
.de "Solubacter" et de "Polygynax" à toute consultante prénatale

-supprimer certaines pratiques telles que:

.les perfusions sous cutanées de sérum physiologique chez les enfants déshydratés  
.la prescription de chophytol en cas d'oedèmes des membres inférieurs plus albuminurie

-recommander certaines attitudes:

- .repos le plus strict possible en cas d'albuminurie et d'oedèmes des membres inférieurs.
- .prescription de produits riches en fer et de chloroquine devant toute anémie de la grossesse
- .introduction de la recherche systématique de sucre dans les urines au cours des visites prénatales.

b) Mettre en place un système de formation permanente.

L'ensemble du personnel ayant des responsabilités techniques, c'est à dire les sages-femmes et les infirmiers doivent bénéficier de séances périodiques de formation permanente.

Eles devront porter sur des problèmes jugés prioritaires, qu'il s'agisse de problèmes médicaux, organisationnels ou de communication.

Elle pourront comprendre:

- .une séance mensuelle organisée par le médecin-chef de la commune avec les chefs de section.
- .un séminaire annuel organisé par la Direction Régionale de la Santé.

3° Donner à l'éducation pour la santé la place qui lui revient.

.Former l'ensemble du personnel aux méthodes éducatives

.Sensibiliser le personnel médical à l'importance des activités éducatives afin qu'il ne se décharge pas sur le service social pour leur réalisation.

.Augmenter la durée de chaque consultation (médecine générale, prénatales, postnatales, enfants, planning familial...) pour permettre au personnel médical de contribuer à la sensibilisation et à l'information des bénéficiaires.

.utilisation de matériel éducatif pour illustrer les séances d'I.E.C.

.Utiliser le séjour de la femme après son accouchement pour l'informer sur:

- l'importance des visites postnatales
- l'intérêt du planning familial et les modalités qui permettent d'en bénéficier
- les soins à donner à l'enfant, en particulier l'importance des vaccinations et des visites systématiques des enfants sains.

4° Affecter un ou mieux deux autres médecins au centre de santé et introduire les étudiants en médecine au sein des activités du centre afin qu'ils contribuent, tout en se formant, à donner au centre de santé la place qui devrait être la sienne au sein de la pyramide sanitaire du District.

Leur présence devra notamment permettre au centre d'assurer de véritables consultations de médecine générale.

5° Faire payer tous les actes et modifier les tarifs

Le bon fonctionnement du centre nécessite qu'il dégage suffisamment de ressources.

\*Le développement des consultations de médecine générale, qui doivent être réalisées par des médecins (où à la rigueur des étudiants en 5ème ou 6ème année de médecine) doit permettre d'instaurer une nouvelle tarification à partir d'un système de tickets.

Chaque consultant devrait s'acquitter d'une somme qui ne devrait pas dépasser 500 F (montant d'une consultation dans un hôpital).

\*Une somme forfaitaire pourrait être instaurée pour chaque pansement. Ce tarif devra couvrir la fourniture des produits de base qui sont nécessaires (coton, alcool, bandes, sparadrap, pommade antiseptiques, etc...)

\*Les consultations de planning familial devront être liées à la simple acquisition de la carte qui peut être vendue à 200 F.

\*L'accès aux consultations postnatales doit être inclus dans le prix de l'accouchement: il s'agit en effet de 2 actes indissociables.

6° Modifier l'organisation générale

a) Donner au Centre sa véritable image au sein de la Commune en le baptisant une fois pour toute Centre de Santé de la Commune 6 et non plus la PMI-maternité de la commune 6.

Les consultations de médecine générale devront y prendre la place qui devrait être la leur au sein d'une telle formation sanitaire.

b) Ouvrir un guichet où les bénéficiaires pourront acquérir leurs tickets de consultation et les différents types de carnets ou de cartes (carnet de santé maternelle, carnet de santé infantile, cartes de vaccinations, cartes de planning familial).

Ainsi le personnel médical sera-t-il dégagé de toutes les manipulations d'argent qui ne peuvent que gêner la qualité de son travail.

c) Accepter tous les consultants tous les jours de travail jusqu'à 14 h.

d) Supprimer le poste de suivi des lépreux pour l'intégrer totalement dans les activités:

.soit des consultations de médecine générale pour le suivi clinique,  
.soit des soins infirmiers pour l'application du traitement.

e) Procéder à l'achat régulier de produits d'usage courant, tels que des thermomètres.

7° Diminuer le personnel et améliorer sa répartition entre les différents postes.

\*Concernant la détermination des effectifs souhaitables, nous estimons que l'on pourrait se limiter aux chiffres suivants.

- .huit sages femmes
- .cinq infirmiers d'Etat
- .six infirmiers de santé
- .douze aides soignants.

auxquels devront s'ajouter trois médecins (deux médecins généralistes et un gynécologue).

\*La répartition entre les postes pourra se faire selon le schéma suivant:

Médec.	Sages	Inf.	Inf. femmes	Aide d'Etat	santé	soigante
Consult. malades		2	0	1	1	0
Consult. prénat.		0	2	0	1	1
Suivi accouchées		1(gynéco)	1	0	0	1
Consult. postn.		0	1	0	0	1
Planning familial		0	1	0	0	1
Vaccinations		0	1	0	1	2
AVD		0	0	0	1	0
Pansements		0	0	1	0	1
Injections		0	0	0	1	1
Prise de t°		0	0	0	0	1
Suivi enfnts sains		0	0	2	0	0
Permanence accouch.		0	1	0	0	1
Poste tournant	0		1		1	2
Total		3	8	5	6	12

Tableau 182: Proposition pour une nouvelle répartition du personnel technique entre les différents postes.  
(le poste "tournant" est destiné à combler l'absence transitoire de personnel).

5-2-2-Recommandations à moyen terme:

1° Compléter l'équipement:

Il est urgent de trouver les ressources nécessaires pour compléter l'équipement du centre, en l'absence duquel il est illusoire de prétendre fournir des prestations de qualité.

Nous recommandons les acquisitions suivantes:

Consultations prénatales:

- un tensiomètre
- une toise
- des doigtiers à deux doigts

Consultations des malades:

- un tensiomètre
- un pèse-bébé
- une balance
- un paravent pour la salle de consultations des infirmières
- des abaisses-langues

Service social:

- une toise pour enfant
- une table pour l'examen des nourrissons

Planning familial:

- une balance
- un tensiomètre
- matériel minimum pour l'insertion de DIU

Pansements:

Renouvellement de tout le matériel

Salle d'accouchements

une trousse d'accouchements contenant à tout moment au moins des gants stériles, deux paires de ciseaux, une pince à pansements pour le nettoyage des femmes, une pince à agraffes et des agraffes, des aiguilles et du fil à suture, une sonde vésicale, un stéthoscope obstétrical.(5).

Soins des nouveaux-nés:

- un appareillage simple et peu coûteux de désobstruction des voies aériennes supérieures et du nez
- un obus d'oxygène et l'équipement nécessaire pour en faire bénéficier un nouveau-né.

Suivi des accouchées:

un appareil à tension

2° développer les activités curatives:

\*Créer une "hospitalisation de jour" pour enfants présentant une déshydratation ou un état de malnutrition:

L'hospitalisation au service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré doit être limitée aux cas qui le nécessitent impérativement.

De nombreux enfants pourraient éviter l'hospitalisation s'il était possible de les faire revenir au centre chaque jour jusqu'à guérison.

Cette "hospitalisation de jour" pourrait comprendre:

-d'une part une salle de réhydratation où les enfants pourraient être réhydratés de 3 façons:

- .par voie orale
- .par sonde nasogastrique
- .par perfusion intraveineuse.

-d'autre part un centre de récupération nutritionnelle.

Ces deux structures auraient pour avantages:

- .de permettre une éducation des mères afin qu'elles contribuent elles mêmes à la réhydratation ou à la récupération nutritionnelle de leur enfant
- .de réduire les charges financières qu'ont à supporter les familles
- .d'éviter les risques d'infection nosocomiale

Sa création serait confiée à des infirmières et à des agents du service social. Il devrait bénéficier du soutien actif de l'association des femmes de la commune.

\*Ouvrir un laboratoire:

La création d'un laboratoire d'analyses médicales est une nécessité, car l'éloignement de toute structure de ce type porte un grand préjudice à la population.

De plus, le fait de confier les consultations médicales à des médecins aura pour conséquence l'augmentation des demandes d'exams paracliniques qui devront être satisfaites.

3° Introduire une sectorisation et amener le personnel à travailler dans les quartiers.

De nombreuses expériences ont montré que l'amélioration de la couverture sanitaire et des attitudes en matière de santé dépend fortement des contacts entre service de santé et population.

Si ce contact est souvent difficile en milieu rural de par les distances qui séparent les formations sanitaires des villages, il n'en est pas de même en milieu urbain.

Si l'on admet que dans la nouvelle répartition du personnel il y aurait 8 sages femmes, 5 infirmiers DE et 6 infirmiers de santé, ce serait 19 personnes qui pourraient se voir confier un secteur dont la population serait inférieure à 5 000 habitants.

Les limites géographiques de ces secteurs seraient définies sur une carte et chacun aurait la responsabilité de s'y rendre 1 ou 2 journées par semaine pour y effectuer des visites à domicile systématiques.

Ainsi, chaque famille pourrait recevoir au moins une fois par an la visite d'un agent du service de santé qui viendrait discuter avec elle des différents aspects de l'action sanitaire (visites systématiques, planning familial, vaccinations, nutrition, hygiène, etc...)

Au bout d'un certain temps, chaque agent connaîtrait les familles "à risque" et pourrait concentrer leurs visites sur elles.

Ces visites auraient pour avantage de créer des relations personnelles entre populations et agents du service de santé et permettrait d'augmenter les conditions d'accueil au centre, ainsi que le degré de confiance de la population.

4° Mettre en place une ambulance (don à gérer à partir du paiement de chaque évacuation).

L'évacuation des malades sur l'hôpital Gabriel Touré pose de difficiles problèmes.

L'acquisition d'une ambulance spécialement réservée à cet effet serait d'un apport certain et serait probablement rentable compte tenu de l'isolement de la commune 6.

Cependant, la pérennité d'un tel système exigerait une tarification de ces déplacements et l'application de règles de gestion rigoureuses.

5° Introduire l'emploi de méthodes audiovisuelles pour contribuer à la sensibilisation et à l'information des femmes venues en consultation.

Des films vidéo pourront être réalisés au Mali sur des thèmes essentiels et projetés dans la salle d'attente, en présence d'une animatrice qui pourra amorcer des discussions ou répondre à certaines questions.

Ces films pourront porter sur des sujets tels que:

- .l'importance des prénatales
- .le déroulement d'une visite prénatale
- .l'accouchement
- .l'importance des visites postnatales
- .les visites systématiques des enfants sains
- .le planning familial
- .l'alimentation de la femme enceinte et de la femme qui allaite
- .l'alimentation de l'enfant
- .les principales maladies de l'enfant
- .etc....

#### 5-2-3-Recommandations à long terme:

1° Susciter la création de centres de santé communautaires de quartier avec mise à la disposition du personnel (sages-femmes)

L'ouverture d'un centre de santé de quartier à Niamakoro et à Sénou contribuerait à augmenter de façon efficace la couverture sanitaire.

Cependant, il serait préférable qu'ils soient créés et gérés par les populations elles mêmes à travers une structure de droit privé à but non lucratif.

#### 2° Créer un service de pédiatrie

La création d'un service de pédiatrie permettrait de diminuer encore d'avantage les hospitalisations à l'hôpital Gabriel Touré. Ceci aurait pour conséquences de décongestionner cet établissement et d'améliorer la qualité des soins fournis par le centre de santé de Sogoniko, tout en réduisant les distances à parcourir.

#### 3° Ouvrir un bloc opératoire

De même, la possibilité d'ouvrir un bloc opératoire dans le centre de santé devrait permettre d'augmenter son niveau de performance.

Déjà, la présence d'un gynécologue au sein de l'équipe soignante du centre de santé permet d'envisager des interventions d'ordre obstétrical (notamment des césariennes) et gynécologique.

Il faut en effet rappeler que 5 000 accouchements par an laissent supposer 250 césariennes, si l'on estime à 5 % le taux de césariennes pour sauver la mère et l'enfant.

## 6-Conclusions:

Le travail que nous avons réalisé s'est donné pour objectif de procéder à l'évaluation du centre de santé maternelle et infantile de Sogoniko, afin d'identifier des éléments susceptibles de contribuer à l'amélioration de ses services.

Pour réaliser cette évaluation, nous avons effectué deux études complémentaires:

-une étude de la qualité de l'offre de services qui nous a conduite à décrire le fonctionnement du centre, en accordant une attention particulière:

- .à la qualité des soins qui y sont produits,
- .aux compétences du personnel,
- .à la qualité des relations humaines, entre le personnel soignant et la population,
- .aux possibilités d'amélioration du système.

-une étude de la demande de services qui a été réalisée par sondage aléatoire portant sur un échantillon représentatif de l'ensemble de la population de la commune 6.

Il s'est agi d'une enquête de type CAP (Connaissances-Attitudes Pratiques) qui s'est penchée plus particulièrement sur:

- .la fréquentation du centre de SMI,
- .les opinions à son égard de la population,
- .les dépenses de santé qui y sont faites,
- .le degré de connaissance des populations en matière de santé.

2-Ceci nous a permis de tirer les conclusions suivantes:

2-1-Le centre est connu de l'ensemble de la population, qui cependant le considère surtout comme une maternité, secondairement comme un centre de santé de la mère et de l'enfant et accessoirement comme un centre de soins.

2-2-Les activités y sont importantes et permettent d'assurer une bonne couverture sanitaire en ce qui concerne l'accouchement, les visites prénatales et les vaccinations.

En effet, 92 % des femmes de la Commune 6 accouchent en milieu médical, dont 76 % à la maternité de Sogoniko, : 79 % d'entr'elles sont allées en visites prénatales lors de leur dernière grossesse.

Par contre, seulement 10 % sont allées en visite postnatale et moins de 2 % ont conduit leur enfant à une visite des enfants sains.

Par ailleurs, le taux de fréquentation des consultations externes n'est que de 0,15 consultations par personne et par an.

2-3-la qualité des services souffre de quelques insuffisances qui concernent:

-La qualité de l'accueil qui n'accorde pas aux personnes qui fréquentent le Centre toute l'attention dont elles devraient bénéficier.

-L'exécution de certains gestes que nous jugeons dangereux ou inadaptés, tels que:

.l'injection systématique d'ocytociques chez toute femme en travail

.l'emploi excessif du quinimax au lieu de comprimés de chloroquine et de médicaments antidiarrhéiques au lieu de la sachets à rehydratation par voie orale,

.la prescription de produits inutiles tels que le chophytol dans les oedemes des membres inférieurs ou de produits pauvres en fer en cas d'anémie,

.l'insuffisance de prescription du repos dans la pathologie de la femme enceinte.

2-3-Une de nos principales remarques concerne la très faible productivité du personnel: non seulement le personnel du centre est sous employé, mais il y a souvent plusieurs personnes pour réaliser un travail qui serait beaucoup mieux effectué s'il était confié à une seule.

Ceci prend une importance capitale si l'on considère que les consultations sont en général trop rapides et superficielles.

En effet, une consultation prénatale dure en moyenne une minute et une consultation externe 3 minutes, alors que le temps respectif de ces activités représente moins de 50 % du temps réglementaire de travail.

2-4-Nous avons également noté que les conditions d'aseptie au sein du centre ne permettaient pas d'éliminer tout risque de transmission du SIDA d'une personne à l'autre.

2-5-Nous tenons enfin à mettre un accent particulier sur l'insuffisance de l'éducation pour la santé. Certes, les actions éducatives sont présentes au sein du centres mais elles sont insuffisantes et marginalisées

Nous devons insister sur l'excellence des connaissances en matière de vaccination, mais constater le peu d'information des femmes de la commune 6 en matière de planning familial, alors que la demande semble beaucoup plus forte qu'il ne paraît.

2-6-Nous pouvons enfin conclure en précisant que la population de la commune a une opinion globalement favorable du centre: il n'y a en effet que 23 % des femmes interrogées et 15 % des hommes qui ont manifesté une opinion défavorable. Ces opinions défavorables ont mis surtout l'accent sur la médiocrité de l'accueil

Pour expliquer ces insuffisances, notre analyse nous a conduit à relever deux points:

-Le manque de formation permanente du personnel,

-L'excès de personnel et leur mauvaise répartition entre les postes.

3-Pour contribuer à l'amélioration du Centre, nous nous sommes permis de faire quelques recommandations:

3-1-Recommandations à court terme:

- Améliorer les conditions d'accueil
- Limiter le nombre de sages femmes à 8 au lieu de 17
- Convaincre le Ministère de la Santé d'affecter un ou deux médecins supplémentaires au centre et recevoir des étudiants en fin d'études de médecine,
- Améliorer la contenu des consultations,
- Corriger certaines insuffisances techniques du personnel
- Créer un guichet où s'effectuera le paiement de tous les actes
- Mettre en place un système de formation permanente du personnel
- Donner à l'Education pour la santé la place qui lui revient.

3-2-Recommandations à moyen terme:

- Compléter l'équipement du centre, principalement en petit matériel,
- Développer les activités curatives, afin que le centre devienne un vrai centre de santé répondant à l'ensemble des besoins de première ligne de la population, y compris les besoins curatifs, Pour cela, il faudra notamment:
  - .développer l'hospitalisation de jour, permettant d'effectuer des réhydratations par voie intraveineuse ou par sonde nasogastrique,
  - .ouvrir un laboratoire d'analyses biologiques courantes.
- Introduire une sectorisation de la commune et amener le personnel du centre à prendre en charge le développement sanitaire de chacun de ces secteurs par des visites systématiques à domicile.
- Acquérir et gérer une ambulance
- Introduire l'emploi de techniques audiovisuelles au sein du centre pour l'information des consultants en matière de santé.

3-3-Recommandations à long terme:

- Créer des centres de santé communautaires au niveau de certains quartiers de la commune 6,
- Créer un service de pédiatrie au sein du centre,
- Ouvrir un bloc opératoire.

## 7 BIBLIOGRAPHIE

### 1 Brunet Jaily (J):

Etudes de cas sur le fonctionnement du système de santé du Mali  
I.N.R.S.P,  
Bamako, 1989, photocopié 186 p.

### 2 CDC d'Atlanta:

Planification Familiale: méthodes et pratiques pour l'Afrique  
Atlanta, 1985, 334 p.

### 3 CERPOD (Centre d'Etudes et de Recherche sur la Population pour le Développement):

Enquête Démographique et de Santé au Mali,  
Institut du Sahel, Bamako, 1987, 187 p.

4- Diarra S.: Pour une maternité sans risques  
Abidjan, 1988, photocopié, 36 p.

5- Dubrisay (L), Jeannin (C):

Précis d'accouchement  
Lamarre-Poinat, Paris, 925 p.

6- Fargues (P), Nassar (O):

Douze ans de mortalité urbaine au Sahel  
Institut National d'études démographiques, Institut du Sahel,  
Bamako, 1988, 198 p.

7- Grundy F., Reinke W.A.:

Recherche en organisation sanitaire et techniques de management  
OMS, Genève, 1973, 204 p.

8- Maïga M.D.:

Contribution des Activités de Planification Familiale à  
l'amélioration de la Santé de la Mère et de l'Enfant en Milieu  
Rural au Mali, Bamako, 1977, thèse de Médecine,

9- Merger R, Levy J., MELCHIOR J.:

Précis d'Obstétrique,  
Masson, Paris, 1979, 755 p.

10- Morley David:

Pédiatrie dans les pays en voie de développement: problèmes  
prioritaires  
Flammarion Médecine sciences, Paris, 1983, 406 p.

11- Ministère du Plan:

Diagnostic du district de Bamako, avant projet,  
Bamako, 1988, document photocopié

12- Ministère du Plan:

Recensement Général de la population et de l'habitat, Résultats  
Provisoires,  
Bureau Central de Recensement, Bamako, 1987, 68 p.

13- MSP/AS:

Evaluation du Système de Gestion des Centres de Santé du District de Bamako  
Direction Régionale de la Santé Publique, Bamako, 1989, photocopié, 26 p.

14- MSP/AS:

Plan décennal de développement socio-sanitaire du Mali 1981-1990  
Direction Nationale de la Planification et de la Formation Sanitaire et Sociale, Bamako, 1980

15- MSP/AS:

Programme National de Santé Maternelle et Infantile, plan quinquenal 1988-1990,  
Direction Nationale de la Santé Publique et des Affaires Sociales, Division Santé Familiale, Bamako, 1988

16- MSP/AS:

Programme National de Lutte contre les Maladies diarrhéiques,  
Direction Nationale de la Planification et de la Formation Sanitaire et Sociale, Bamako, 1985, 26 p.

17- MSP/AS

Programme et Budget (Programme des Activités) 1990-1992  
Direction Régionale de la Santé Publique, Centre de Santé Commune VI, Bamako, 1989, photocopié, 23 p.

18- MSP/AS:

Rapport d'Activités 1989  
Direction Régionale de la Santé Publique, Centre de Santé Commune VI, Bamako, 1989, photocopié, 40 p.

19- Niambelé Moussa:

Toxoplasmose à Bamako, bilan d'une année de dépistage serologique au laboratoire de sero-immunologie de l'INASP du Mali, thèse de Pharmacie, 1988

20- Traoré Mamoutou:

Etude épidémiologique des diarrhées chez les enfants d'âge préscolaire du quartier de Mekin-Sikoro, thèse de Pharmacie, Bamako, 1988

21- UNICEF:

Femmes et Enfants au Mali, une analyse de situation  
Paris, 1989, 251 p.

22- Université de Columbia:

Le Planning Familial: son effet sur la santé de la femme et de l'enfant,

Centre pour la population et la santé familiale, Faculté de Médecine, Université de Columbia, New York, 1981, 56 p.

23- Welffens-Ekra C.: Pour une maternité sans risque: système de soins de santé élémentaires en Afrique au Sud du Sahara  
Abidjan, 1988, photocopié, 26 p.

## 8 ANNEXES

### 8.1 Annexe 1

#### Liste des équipements

##### \* Le poste de soins curatifs

###### -bureau du médecin-chef

- .une table bureau métallique en bon état avec 3 chaises métalliques et un fauteuil
- .une armoire métallique en bon état
- .une table de consultations dans la salle d'examen
- .un brassard et un stéthoscope
- .une poubelle

###### -bureau pour le médecin adjoint

- .une table bureau métallique en bon état avec trois chaises métalliques et un fauteuil
- .une table de consultations en bon état avec paravent
- .une lampe gynécologique
- .une armoire métallique en bon état
- .un haricot métallique
- .un tambour contenant quatre spéculums
- .un chariot
- .une poubelle

###### -bureau du chef du personnel

- .une table bureau métallique en bon état avec quatre chaises métalliques
- .une armoire métallique
- .un lit avec matelas et drap

###### -bureau de consultations des infirmières diplômées d'Etat

- .une table bureau métallique en bon état avec trois chaises métalliques
- .une table de consultations
- .un pèse bébé non fonctionnel
- .20 abaisses-langues à usage unique
- .un banc métallique dans le couloir d'attente

##### \* Le poste des consultations prénatales

- .une table bureau métallique en bon état avec quatre chaises métalliques

- .une table de consultations gynécologiques en bon état avec escalier
- .un stéthoscope obstétrical
- .un mètre ruban
- .une tasse en aluminium contenant 12 spéculums métalliques et deux doigtiers
- .un haricot en plastique
- .un flacon d'acide acétique et un d'alcool ordinaire
- .une poubelle
- .2 grandes nattes et 4 bancs métalliques dans la salle d'attente

\* La salle d'accouchements

- .deux tables d'accouchements avec escalier dont une est munie d'une potence
- .un pèse-bébé fonctionnel
- .2 tambours dont l'un contient du fil pour la ligature du cordon ombilical et des aggraffes et l'autre du coton
- .une bassine pour la toilette des nouveaux-nés
- .une poissonnière contenant une paire de ciseaux usées, une pince à pansements également usée et des seringues à usage unique déjà utilisées et stérilisées
- .4 bassins à urines métalliques
- .un chariot
- .une poire en mauvais état
- .une table bureau métallique avec deux chaises métalliques
- .une montre murale fonctionnelle
- .une grande natte en plastique dans la salle de travail

\* le poste de suivi des accouchées

-bureau de la maîtresse sage-femme

- .une table bureau métallique en bon état avec quatre chaises métalliques
- .un lit avec matelas
- .deux armoires métalliques
- .un chariot
- .une potence servant de porte-manteau
- .une poubelle avec couvercle
- .deux bancs métalliques dans le couloir d'attente

-salles d'hospitalisations

- .deux grandes salles comportant chacune 7 lits avec un berceau par lit et un matelas sur les lits occupés, une armoire métallique sale
- .dans la troisième grande salle il y'a 6 lits avec un berceau par lit et un matelas sur les lits occupés"
- .les deux petites salles comportent chacune 2 lits avec matelas

\* le poste des consultations postnatales

- .une table bureau métallique avec trois chaises métalliques

- .une armoire métallique
- .une table de consultations gynécologiques avec escalier
- .un berceau pour le nourrisson au moment de la consultation de la mère
- .deux torches servant de lampe gynécologique
- .un plateau métallique contenant 9 spéculums métalliques
- .deux tambours dont un contient du coton et l'autre des doigtiers
- .un flacon d'alcool ordinaire
- .un flacon de mercurochrome
- .deux bancs métalliques dans le couloir d'attente

\* le poste de planning familial

- .une table bureau métallique avec deux chaises métalliques
- .sept spéculums métalliques
- .une pince de Cole en mauvais état
- .un hystéromètre en très mauvais état
- .une table de consultations gynécologiques avec escalier
- .une lampe gynécologique
- .une torche
- .deux rangées de 10 tiroirs métalliques contenant les fiches d'admission des patientes
- .un haricot
- .deux tiroirs en bois en mauvais état dans lesquelles sont conservés les contraceptifs
- .deux calendriers
- .un banc métallique dans le couloir d'attente

\* la salle d'accueil

- .un comptoir en bois servant de bureau pour le personnel du service social avec quatre chaises métalliques
- .trois rangées de 10 tiroirs métalliques dans lesquelles sont gardées les fiches de croissance des enfants
- .un pèse bébé
- .trois bancs métalliques
- .une table bureau métallique
- .un haricot métallique avec deux thermomètres

\* le poste des vaccinations

-salle de conservation des vaccins

- .Un réfrigérarteur contenant vaccins et accumulateurs de froid
- .deux grands thermos pour le transport des vaccins
- .un stérilisateur
- .deux rechauds à gaz

-pour les séances de vaccinations

- .trois tables métalliques avec 10 chaises métalliques
- .des accumulateurs de froid sur lesquels sont déposés les vaccins
- .deux thermos pour les vaccins
- .une lampe à alcool sur la table de vaccinations BCG

- .une poissonnière pour contenir les seringues et aiguilles de BCG stérilisées
- .deux stérilisateurs pour contenir les seringues et aiguilles pour le tétrocoque
- .un plateau pour contenir aiguilles et seringues déjà utilisées
- .un plateau qui contient du coton et un flacon d'alcool ordinaire
- .six bancs métalliques pour les bénéficiaires

\* la salle de réhydratation orale des enfants

- .deux matelas avec drap
- .deux chaises métalliques
- .un chariot servant de table bureau
- .un seau moyen en plastique avec couvercle
- .un petit seau en plastique avec couvercle et deux boles, un pot de 1 litre et 2 cuillères à soupe
- .trois tiroirs en bois
- .une poubelle
- .un banc métallique dans le couloir d'attente

\* la salle d'injections

- .une table bureau métallique avec 2 chaises métalliques
- .un haricot métallique pour contenir du coton
- .deux plateaux pour les aiguilles et seringues déjà utilisées
- .une armoire métallique en mauvais état
- .un flacon d'alcool ordinaire
- .une poubelle
- .deux bancs métalliques dans le couloir d'attente

\* la salle de pansements

- .une table bureau métallique avec trois chaises métalliques
- .une table de pansements en mauvais état
- .une armoire métallique en mauvais état
- .deux tiroirs en bois
- .un chariot de pansements avec: un tambour contenant du coton, un plateau contenant une paire de ciseaux et une pince de pansements toutes deux usées, un flacon d'antiseptique (permanganate de potassium), un flacon d'alcool ordinaire
- .une poubelle

8.2 Annexe 2

8.2.1 Questionnaire auprès du personnel

8.2.1.1 Sages femmes

ECOLE NATIONALE DE  
MEDECINE ET PHARMACIE  
DU MALI

-QUESTIONNAIRE SAGE-FEMME

1-Citez 3 contre-indications de la pilule:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

2-Quelle méthode contraceptive conseillez vous à priori à une femme qui n'est encore jamais tombée enceinte?

- 1.....

3-Quel est le risque majeur du stérilet?

- 1.....

4-Citez 3 signes de la toxémie gravidique

- 1.....
- 2.....
- 3.....

5-Quelle est la première recommandation à faire à une femme enceinte qui présente des oedèmes des membres inférieurs?

- 1.....

6-A quelle maladie pensez vous chez un enfant qui présente un bombement de sa fontanelle?

- 1.....

7-Combien de comprimés de chloroquine à 100 mg doit prendre par semaine une femme enceinte? (entourez la bonne réponse)

- 1-2 comprimés
- 2-3 comprimés
- 3-6 comprimés

8-Citez 3 signes de grossesse extra-utérine:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

9-Citez les deux principales causes d'anémie de la femme enceinte au Mali

- 1.....
- 2.....

10-A quel âge se situe au Mali le maximum de risque de malnutrition

- 1-Avant 6 mois
- 2-de 6 mois à 2 ans
- 3-de 3 à 4 ans
- 4-de 5 à 6 ans

11-Citez 3 contre-indications des ocytociques

- 1.....
- 2.....
- 3.....

12-Citez 4 modes de transmission du SIDA

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

13-Citez deux signes à rechercher chez une accouchée dans les 48 heures qui suivent son accouchement

- 1.....
- 2.....

14-Depuis combien de temps exercez vous vos fonctions actuelles?

- 1.....

15-Combien de stages de recyclages avez vous bénéficié depuis votre entrée en fonctions?

- 1.....

8.2.1.2 Infirmiers

ECOLE NATIONALE DE  
MEDECINE ET PHARMACIE  
DU MALI

-QUESTIONNAIRE INFIRMIERS-

1-Parmi les maladies suivantes, quelles sont celles qui ne provoquent pas de splénomégalie

- 1-Fièvre typhoïde
- 2-Poliomyélite
- 3-Paludisme
- 4-Varicelle

2-Parmi les chiffres de tension artérielle suivants, quels sont ceux qui à priori sont anormaux chez un jeune homme de 23 ans

- 1-12/5
- 2-16/6
- 3-13/9

3-Citez les signes du trépidé mningitique

- 1.....
- 2.....
- 3.....

4-Quel est le signe fondamental qui permet de penser à un tétanos chez un adulte?

- 1.....

5-Quel est le premier médicament que l'on prescrit chez un enfant qui présente une varicelle?

- 1.....

6-A quelle maladie pensez-vous chez un enfant qui présente un bombement de sa fontanelle?

- 1.....

7-Quel médicament doit on prescrire chez un adulte qui semble présenter un accès palustre simple

- 1.....

8-Quel est la bonne prescription des sels de quinine injectable

- 1-1 injection par jour
- 2-2 injections par jour
- 3-3 injections par jour

9-Un enfant d'1 an présente un gonflement simultané des poignets et des chevilles. A quelle maladie pensez vous en priorité?

1.....

10-Citez 4 modes de transmission du SIDA

1.....

2.....

3.....

4.....

11-Quel est l'examen qu'il faut prescrire à un malade qui présente une toux productive depuis plus de 15 jours?

1.....

12-En cas de diarrhée, il faut surtout

1-Donner un médicament antidiarrhéique

2-Combattre la fièvre

3-Lutter contre la déshydratation

4-Lutter contre le manque d'appétit

13-En cas de diarrhée, il faut:

1-Continuer l'allaitement maternel

2-Supprimer l'allaitement maternel

3-Réduire les boissons

4-Réduire les apports alimentaires quels qu'ils soient

14-Depuis combien de temps exercez vous vos fonctions actuelles?

1.....

15-Combien de stages de recyclages avez vous bénéficié depuis votre entrée en fonctions?

1.....

8.2.2 Annexe 3

Enquête sur le centre

\*Le poste des soins curatifs

Date

Activités

- Heure de début
- Heure de fin

-Accueil                      bon                      médiocre                      mauvais

-Quantification

Gestes                      oui                      non

interrogatoire

inspection

palpation

percussion

auscultation

conseils d'éducation

pour la santé

-Durée d'une consultation

1mn    2mn    3mn    4mn    5mn    6mn    7mn    8mn    9mn    10mn

-Personnel et répartition des tâches

Observations

\*Le poste de consultations prénatales

Date

Activités

-Heure de début

-Heure de fin

-Accueil

bon

médiocre

mauvais

-Quantification

Faits

Etude des gestes

bien

passable

mal

Non faits

H.U.

B.D.C. foetal

T.A.

Recherche anemie

Examen au spéculum

T.V.

Recherche d'O.M.I

V.A.T.

Pesée

Taille

Examen d'urines

Nivaquinisation

Position foetale

Conseils d'E.S.

Examen du 9é mois

Utilité

Signes

Attitudes

Albuminurie

Anemie

O.M.I.

H.U.

Examen au spéculum

T.V.

B.D.C.F.

-Durée d'une consultation

< 1mn

1mn

2mn

3mn

4mn

5mn

6mn

7mn

8mn

-Recherche de groupes à risques

oui

non

+ Critères pris en considération

Antécédents de césarienne

Antécédent de mort-né

Femme de petite taille



\*Poste des consultations postnatales  
Date

Activités

- Heure de début
- Heure de fin

-Accueil                      bon                      médiocre                      mauvais

- Motifs de la consultation
- Visite systématique
- Consultation pour symptômes

-Quantification                      oui                      non

- Recherche de fièvre
- Recherche de pertes
- Recherche maux de ventre
- Recherche anemie
- Conseils d'E.S.
- Mention P.F.

-Personnel et répartition des tâches

Observations

\*Poste des vaccinations  
Date

Activités

- Heure de début
- Heure de fin

-Interrogatoire des femmes sur le PEV

oui                      non

- Calendrier vaccinal
- Maladies cibles chez les enfants
- Maldies cibles chez la femme enceinte

-Personnel et répartition des tâches

Observations

\*Poste de planning familial  
Date

Activités

- Heure de début
- Heure de fin

-Accueil

bon

médiocre

mauvais

Méthodes disponibles

- pilule
- injectables
- stérilet
- préservatifs
- spermicides

-Personnel et répartition des tâches

Observations

\*Poste de réhydratation orale  
Date

Activités

-Heure de début

-Heure de fin

-Accueil

bon

médiocre

mauvais

-Quantification

oui

non

Gestes

Evaluation de la gravité de  
la diarrhée

Conseils sur préparation  
et conservation SRO

-Personnel et répartition des tâches

Observations

\*Accueil

Date

Activités

-Heures de début

-Heure de fin

-Accueil

bon

médiocre

mauvais

-Personnel et répartition des tâches

Observations

\*Salle de pansements

Date

Activités

-Heure de début

-Heure de fin

Consommable

Apporté par malade

Fourni par centre

-Personnel et répartition des tâches

Observations

\*Salle d'injections

Date

Activités

-Heure de début

-Heure de fin

-Accueil

bon

médiocre

mauvais

-Personnel et répartition des tâches

Observations

\*Réunions éducatives

Date

Durée

Section

Thèmes

Personnel

Observations

8.2.3 Annexe 4

8.2.3.1 Enquête communautaire: Femmes

Identification de la concession

Quartier

Rue

Secteur

Identification de la famille

-date d'arrivée à Bamako

-nombre total de personnes

-professions des membres actifs de la famille

1

6

2

7

3

8

4

9

5

10

-ethnie du chef de famille

-religion de la famille

-signes extérieurs de richesse

voiture	électricité
mobyette	eau courante
vélo	propriétaire
téléviseur	locataire
radio	
villa	
semi dur	
banco	

-catégorie économique de la famille

aisée  
intermédiaire  
non aisée  
non défini

-niveau scolaire le plus élevé dans la famille

Interrogatoire d'une femme de moins de 45 ans et ayant accouché depuis moins de 2 ans

-identification

âge

profession

niveau scolaire

mariée

fiancée

célibataire non fiancée

coépouses

oui

non

profession du mari

devenir enfants

decedés

N° gros. avort. NV an NV <7j 7-27j 28-364j 1-4 5-9 10-14 15+ VTS

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10

11  
12  
13  
14  
15  
16

\*Connaissance du centre de santé de Sogoniko

-est-ce qu'il existe un centre de santé dans votre commune?  
Si oui où est-il?                    connu                    non connu

-y êtes vous déjà allée?            oui            non  
Si oui pourquoi?

Si non pourquoi?

-depuis 1 an (à partir du jour de l'enquête)

+ y êtes vous allée?            oui            non

Si oui combien de fois et pourquoi?

1  
2  
3  
4  
5  
6

+ êtes vous allée dans un autre centre?    oui            non

Si oui lequel?

Pourquoi?

-citez les activités menées au centre de Sogoniko

\*Visites prénatales

-connaissiez vous les visites prénatales?    oui            non

-qu'y fait-on?

-quels sont leurs avantages?

-y êtes vous déjà allée?            oui            non

Si non pourquoi?

-y êtes vous allée lors de votre dernière grossesse?  
          oui                                    non

Si oui à quel moment et selon quel rythme?

Si non pourquoi?

\*Accouchements

-où avez vous accouché lors de votre dernière grossesse?

Pourquoi?

-quels sont les avantages de l'accouchement à la maternité par rapport au domicile?

-quels en sont les inconvénients?

-combien vous a coûté votre dernier accouchement et nature des dépenses?

\*Visites postnatales

-êtes vous retournée à la maternité après votre dernier accouchement?        oui        non

Si oui combien de temps après?

Pourquoi?

\*Visites des enfants

-avez vous amené un de vos enfants à la PMI depuis 1 an?  
                                  oui                                    non

Si oui précisez l'âge de vos enfants de moins de 3 ans et dites combien de fois ils s'y sont rendus depuis 1 an

âge                                    motifs des visites

-quels sont les recommandations qui sont faites aux parents pour que leurs enfants soient en bonne santé?

-que fait-on pendant les visites des enfants?

\*Vaccinations

-quels sont les avantages des vaccinations?

-contre quelles maladies un enfant doit-il être vacciné?

une femme enceinte?

-vos enfants sont-ils vaccinés?





-niveau scolaire                      -place dans la famille

-nombre de femmes actuellement

-a-t-il perdu une femme              oui              non

si oui âge et cause du décès

\*Connaissance du centre de santé de Sogoniko

-est ce qu'il existe un centre de santé dans votre commune?

si oui où est-il?                      connu                      non connu

-quelles sont les activités qui y sont menées?

-souhaitez vous que votre famille en bénéficie?  
oui                      non

\*Visites prénatales

-connaissez-vous les visites prénatales?      oui              non

-qu'y fait-on?

-quels sont leurs avantages?

\*Accouchements

-où souhaitez vous que votre femme accouche?

domicile  
maternité  
hopital

pourquoi?

-quels sont les avantages de l'accouchement à la maternité  
par rapport au domicile?

-quels en sont les inconvénients?

-la dernière fois qu'un membre de votre famille a accouché,  
où est ce que c'était?

-qu'est ce que ça lui a coûté et nature des dépenses?

\*Visites postnatales

-est ce que cette femme est retournée à la maternité après son accouchement?

Si oui combien de jours après et pourquoi?

Si non pourquoi?

\*Visites des enfants

-quelles sont les recommandations qui sont faites aux parents pour que leurs enfants ne tombent pas malades?

\*Vaccinations

-quelles sont les avantages des vaccinations?

-contre quelles maladies un enfant doit-il être vacciné?

-une femme enceinte?

\*Diarrhée

-que doit-on donner à un enfant qui a la diarrhée?

pourquoi?

\*Paludisme

-que doit-on faire lorsqu'un enfant a de la fièvre?

-comment peut-on protéger un enfant pour qu'il n'ait pas de paludisme?

-le faites vous pour vos enfants?

Si oui comment?

Si non pourquoi?

\*Plannificationfamilial

-pensez vous qu'il existe des méthodes qui permettent à une femme de ne pas tomber enceinte?      oui                      non

-en connaissez vous?                      oui                      non

Si oui lesquelles?

-où peut-on se les procurer?

-en avez vous déjà utilisé?

oui

non

Si non pourquoi?

-en utilisez vous actuellement?

oui

non

Si non pourquoi?

-en avez vous été satisfaits?

oui

non

Si non pourquoi?

-quelle méthode preferez vous?

Pourquoi?

-êtes vous pour ou contre le planning familial?

Pourquoi?

\*Opinions sur le centre

-que pensez vous du centre?

-quelles sont les reproches que vous lui faites?

-que suggerez vous pour son amélioration?

-ya-t-il des problèmes de santé qui vous préoccupent particulièrement?

Si oui lesquelles?

-le centre vous aide-t-il à les résoudre?

oui

non

un peu

Si oui comment?

ACTIVITES MENEES AU CENTRE	N	%
ne sait pas	17	5,6
accouchements	233	77,6
consultations prénatales	179	59,6
vaccinations	160	53,3
consultations de malades	123	41
planning familial	4	1,33
soins infirmiers	4	1,33
consultations postnatales	2	0,

Tableau 99: Répartition de fréquence des activités menées au centre

Il ressort de notre étude que les femmes ne sont pas suffisamment informées sur les différentes activités dont elles peuvent bénéficier dans leur commune. Il n'y a que quatre femmes qui savent qu'elles peuvent bénéficier des activités de planning familial sur place.

c-1) Utilisation des services du centre de santé par la population cible

\*Les visites prénatales

-Niveau de connaissance

286 femmes ( 95,3 % du total ) disent connaître les visites prénatales.

Cependant 14 % d'entr'elles n'ont pas su citer le moindre geste qui y est effectué.

TYPES DE REPONSE	N	%
ne sait pas	42	14
examen complet	33	11
réponse incomplète	211	75
Total	286	100

Tableau 100: Répartition de fréquence des niveaux de connaissance des visites prénatales

(Nous avons considéré comme examen complet l'association des gestes suivants: pesée, mensuration, recherche d'oedèmes des membres inférieurs, recherche d'une anémie, prise de la T.A., palpation abdominale, examen au spéculum, analyse d'urine, examen de sang, conseils d'E.S., vaccination contre le tétanos, chloroquinisation.

Les gestes cités l'ont été de la façon suivante:

DESIGNATION DES GESTES	N	%
analyse des urines	210	73,4
pesée	173	60,4
mensuration	162	56,6
examen de sang	104	36,3
prise de la tension artérielle	74	25,8
chloroquinisation	50	17,4
vaccination contre le tétanos	44	15,3
conseils d'éducation pour la santé	44	15,3
traitement en cas de maladie	7	2,4

Tableau 101: Répartition de fréquence des gestes effectués au cours des visites prénatales

On retrouve ici le traditionnel duo "analyse des urines-pesée" qui au Mali semble résumer les consultations prénatales.

#### -Avantages des visites prénatales

Les avantages perçus par les femmes sont représentés dans le tableau suivant.

AVANTAGES EVOQUES	N	%
sont utiles sans précisions	106	35,3
préservent la santé de la mère et l'enfant	71	23,7
ne sait pas	53	17,7
préviennent les dystociés	27	9
permettent le suivi de la grossesse	22	7,3
régime sans sel	14	4,7
sont inutiles	5	1,7
permettent l'acquisition des allocations familiales	2	0,6
Total	300	100

Tableau 102: Répartition de fréquence des avantages des visites prénatales

Il est à noter que la prescription de régime sans sel reste une attitude courante en commune 6.

#### -Utilisation des visites prénatales en commune 6.

+de façon générale:

264 femmes soit 88 % disent être déjà allées en visites prénatales.

Sur les 36 qui n'y sont jamais allées, 32 en ont donné la raison:

RAISONS EVOQUEES	N	%
manque de moyens financiers	15	46,9
n'en voit pas la nécessité	10	31,3
non informée sur les visites prénatales	5	15,6
éloignement du centre	1	3,1
avortement spontané	1	3,1
Total	32	100

Tableau 103: Répartition de fréquence des raisons de non fréquentation des visites prénatales

+ au cours de leur dernière grossesse:

237 femmes soit 79 % disent être allées en visites prénatales. Ainsi, 27 parmi les 264 qui y étaient déjà allées les ont négligées.

-Age de la grossesse lors de la première visite:

AGE DE LA GROSSESSE	N	%
premier mois de la grossesse	11	4,7
deuxième mois	26	11
troisième mois	63	26,7
quatrième mois	45	19,1
cinquième mois	50	21,2
sixième mois	27	11,4
septième mois	11	4,7
huitième mois	2	0,8
neuvième mois	1	0,4
Total	236	100

Tableau 104: Répartition de fréquence de l'âge de la grossesse à la première visite prénatale

Près de la moitié des femmes concernées disent s'être rendues en visites prénatales au cours du premier trimestre de la grossesse.

-Rythme des visites prénatales

Les femmes interrogées ont déclaré les rythmes suivants:

RYTHMES DES VISITES	N	%
.une visite par semaine	30	12,8
.une visite tous les quinze jours	13	5,6
.une visite tous les quinze jours puis toutes les semaines dès le neuvième mois	1	0,4
.une visite par mois	127	54,3
.une visite par mois puis toutes les semaines dès le neuvième mois	36	15,4
.selon les décisions du personnel	27	11,5
Total	234	100

Tableau 105: Répartition de fréquence des différents rythmes de visites prénatales

Les 63 femmes (21 % du total) qui ne sont pas allées en visites prénatales lors de leur dernière grossesse ont donné les raisons suivantes:

RAISONS EVOQUEES	N	%
manque de moyens financiers	30	47,6
n'en voient pas la nécessité	19	30,1
était en déplacement	5	7,9
éloignement du centre	4	6,3
manque d'information sur les visites prénatales	3	4,7
survenue d'une maladie pendant la grossesse	1	1,5
avortement spontané	1	1,5
Total	63	100

Tableau 106: Répartition de fréquence des raisons de non fréquentation des visites prénatales

\*Les accouchements

-Lieu du dernier accouchement des femmes et raisons du choix

+ Lieu du dernier accouchement

LIEUX DES ACCOUCHEMENTS	N	%
maternité de Sogoniko	228	76
hopital Gabriel Touré	23	7,7
domicile	22	7,3
hors de Bamako	10	3,3
maternité de la garnison	9	3
hors du Mali	3	1
maternité de Hamdalaye	2	0,7
hopital du point G	1	0,3
maternité de Korofina	1	0,3
maternité de Badalabougou	1	0,3
Total	300	100

Tableau 107: Répartition de fréquence des lieux du dernier accouchement des femmes interrogées

La quasitotalité des femmes de la commune (92,3 %) accouchent en milieu médical et en particulier à la maternité de Sogoniko

+ Les raisons du choix du lieu d'accouchement

RAISONS EVOQUEES	N	%
utilité de l'accouchement en milieu médical	169	60,7
préservation de la santé de la mère et de l'enfant	34	12,2
proximité du centre de santé	25	8,9
accouchement compliqué	9	3,2
pas de raisons	9	3,2
parent de personnel	8	2,8
accouchement chez ses parents	8	2,8
c'est exigé par la loi	5	1,7
suivie par une sage-femme	4	1,4
négligence du personnel de Sogoniko	4	1,4
évacuée de Sogoniko	2	0,7
grossesse difficile	1	0,3
Total	278	100

Tableau 108: Répartition de fréquence des raisons du choix du lieu d'accouchement

Les 22 femmes qui ont accouché à domicile ont donné comme motifs le manque de moyens financiers pour 10 femmes et la rapidité du travail pour les 12 autres.

-Les avantages de l'accouchement à la maternité

VANTAGES EVOQUES	N	%
avantages multiples	73	24,3
prévient les dystocies	66	22
préserve la santé de la mère et de l'enfant	57	19
permet d'éviter les complications de l'accouch.	37	12,3
ne sait pas	29	9,7
permet de bénéficier de meilleurs soins	20	6,7
permet de se reposer	11	3,7
meilleurs soins et facilités		
d'acquisition de l'acte de naissance	6	2
facilités d'acquisition de l'acte de naiss.	1	0,3
Total	300	100

Tableau 109: Répartition de fréquence des avantages évoqués de l'accouchement à la maternité

-Les inconvénients de l'accouchement à la maternité

INCONVENIENTS EVOQUES	N	%
aucun inconvénient	280	93,3
personnel négligent	7	2,3
coût des soins élevé	4	1,3
accueil mauvais	3	1
éloignement du centre	2	0,6
personnel incompetent	2	0,6
conditions d'hygiène précaires	2	0,6
Total	300	100

Tableau 110: Répartition de fréquence des inconvénients évoqués de l'accouchement à la maternité

-Les dépenses faites lors du dernier accouchement

234 femmes soit 78 % disent avoir effectué des dépenses lors de leur dernier accouchement.

+Le coût total des dépenses

En moyenne les femmes ont dépensé 5 195 francs CFA pour leur dernier accouchement.

+Ces dépenses se sont réparties de la façon suivante:

	Moyen	%	Maximum
Transport	910	(17,5 %)	6 000 (Sénou)
Traitement ocytocique	1 550	(29,8 %)	4 000
Autres produits	850	(16,36 %)	8 000
Frais de séjour	1 000	(19,24 %)	1 000
Acte de naissance	885	(17 %)	1 500
Total	5 195	(100 %)	

Tableau 111: Répartition des dépenses du dernier accouchement selon leur nature

La différence qui apparaît entre dépense moyenne et dépense maximale à propos de l'acquisition de l'acte de naissance est liée au fait que le montant des sommes versées résulte d'une entente avec le personnel sanitaire et non pas d'un tarif.

\* Les visites postnatales

-213 femmes soit 71 % du total ou 76,6 % de celles qui ont accouché en maternité disent être retournées à la maternité dans les deux mois qui ont suivi leur dernier accouchement.

+ Le moment des visites

MOMENTS DES VISITES POSTNATALES	N	%
moins de 15 jours après l'accouchement	199	93,4
15 - 29 jours	9	4,2
30 - 44 jours	4	1,8
45 - 60 jours	1	0,4
Total	213	100

Tableau 112: Répartition de fréquence des moments des visites postnatales

+ Les motifs de consultations

MOTIFS DE CONSULTATIONS	N	%
faire le BCG de l'enfant	159	74,6
BCG et consultation postnatale	23	10,7
enlever les agrafes et BCG de l'enfant	15	7
consultation postnatale	9	4,2
établissement de l'acte de naissance	7	3,3
Total	213	100

Tableau 113: Répartition de fréquence des motifs des visites postnatales

Ainsi, apparaît-il que seulement 32 femmes soit 10,6 % du total ou 11,5 % de celles qui ont accouché en maternité sont venues en consultation postnatale.

Si 71 % des femmes retournent à la maternité après leur accouchement, c'est le plus souvent pour vacciner leurs enfants (60,7 %).

- 87 femmes soit 29 % du total ne sont pas retournées à la maternité après leur dernier accouchement.

Les raisons avancées ont été:

RAISONS EVOQUEES	N	%
n'en ressentait pas le besoin	69	79,3
manque de moyens financiers	12	13,7
accouchement récent	2	2,2
ne voulait pas	2	2,2
pas d'explication	2	2,2
Total	87	100

Tableau 114: Répartition de fréquence des motifs du non retour des femmes à la maternité

\* Santé des enfants

-Fréquentation du centre par les enfants au cours de l'année étudiée.

100 femmes soit 33,3 % disent avoir accompagné au moins une fois un de leurs enfants de moins de trois ans à la P.M.I. cette année.

Les motifs évoqués de ces visites étaient les suivants:

MOTIFS	N	%
vaccinations	73	73
consultation pour symptômes	23	23
visite systématique	4	4
Total	100	100

Tableau 115: Répartition de fréquence des motifs des visites des enfants

Il apparaît donc que les visites des enfants sains sont pratiquement inexistantes: elles n'ont en effet concerné que 4 femmes ayant un enfant de moins de 3 ans !

-Impact des séances d'information et d'éducation pour la santé:

151 femmes soit 50,3 % être incapable de rapporter la moindre recommandation du centre de santé à appliquer pour protéger la santé de leurs enfants.

Les 149 qui ont déclaré avoir certaines connaissances ont cité les recommandations suivantes:

RECOMMANDATIONS FAITES AUX PARENTS	N	%
faire vacciner ses enfants	104	69,7
assurer leur chloroquinisation	17	11,4
leur assurer une bonne hygiène corporelle	17	11,4
les amener le plus tôt possible en consultation	10	6,7
les peser régulièrement	7	4,6
leur apporter une alimentation équilibrée	6	4
espacer ses grossesses	5	3,3

Tableau 116: Répartition de fréquence des recommandations évoquées par les mères

Les vaccinations des enfants constituent l'activité la plus connue des femmes de notre échantillon comme moyen de protection des enfants.

-Connaissance des femmes sur les visites de surveillance des enfants sains.

Ainsi que nous venons de le voir, la surveillance des enfants sains reste une activité ignorée des femmes. Il n'est pas surprenant qu'elles ne sachent pas comment se déroulent les visites des enfants sains puisqu'elles n'y vont pas. Elles conduisent leurs enfants en consultation uniquement lorsqu'ils sont malades.

Le tableau suivant montre que 91 % d'entre elles ne connaissent pas un seul des gestes effectués lors de ces visites.

GESTES CITES PAR LES FEMMES	N	%
.ne sait pas	275	91,6
.pesée et conseils d'éducation pour la santé	14	4,6
.pesée des enfants	9	3
.pesée, conseils d'éducation pour la santé et traitement si maladie	2	0,6
Total	300	100

Tableau 117: Répartition de fréquence des gestes effectués au cours des visites des enfants

\* Les vaccinations

-Avantages des vaccinations déclarés par les femmes

AVANTAGES EVOQUES	N	%
protègent contre les maladies cibles	272	90,6
utiles sans préciser l'utilité	16	5,3
ne sait pas	9	3
inutiles	3	1
Total	300	100

Tableau 118: Répartition de fréquence des avantages des vaccinations évoqués par les femms

-Connaissance des femmes sur les maladies cibles du PEV

+ Chez les enfants

Nous avons obtenu 297 réponses à la question sur les maladies cibles du PEV chez les enfants. Seulement trois femmes n'ont pas su répondre.

Sur les 300 femmes interrogées, seulement 28 soit 9,3 % ont pu citer les 6 maladies du PEV.

Prises séparément, ces maladies cibles ont été citées selon la répartition de fréquence suivante:

NOM DES MALADIES CIBLES	N	%
rougeole	223	74,3
poliomyélite	212	70,6
tuberculose	103	34,3
coqueluche	77	25,6
tétanos	52	17,3
diphtérie	37	12,3
aucune maladie	29	9,6

Tableau 119: Répartition de fréquence des maladies cibles du PEV chez les enfants citées par les femmes

Il apparaît clairement que la rougeole et la poliomyélite sont les maladies des enfants les plus connues des mères.

+ Chez la femme enceinte

Un peu plus de la moitié des femmes (51,6 %) savent contre quelle maladie elles sont vaccinées pendant la grossesse.

MALADIES CIBLES	N	%
tétanos	155	51,6
ne savent pas	127	42,3
mêmes maladies que chez les enfants	11	3,6
protection de la grossesse	6	2
paludisme	1	0,3
Total	300	100

Tableau 120: Répartition de fréquence des maladies cibles du PEV chez la femme enceinte citées par les femmes

-Etat vaccinal des enfants

+ 284 femmes ( 94,6 % ) du total des femmes de l'échantillon disent avoir fait vacciner leurs enfants.

La question sur les maladies contre lesquelles les femmes disent avoir vacciné leurs enfants fait apparaître que:

DECLARATION DES MERES	N	%
tétanos, polio, diphtérie, coqueluche	213	75
rougeole	193	67,9
tuberculose	117	41,19
six maladies du PEV	26	9,15
ne savent pas	25	8,8

Tableau 121: Répartition de fréquence des vaccinations effectuées aux enfants

+ Les 16 femmes qui n'ont pas fait vacciner leurs enfants (soit 5,3 %) ont donné les raisons suivantes.

RAISONS EVOQUEES	N	%
manque de moyens financiers	5	31,2
manque d'informations sur les vaccinations	5	31,2
pas de réponse	5	31,2
enfant mort né	1	6,2
Total	16	100

Tableau 122: Répartition de fréquence des raisons de la non vaccination des enfants

+ Etat vaccinal des enfants

Nous avons pu procéder à une estimation de la couverture vaccinale en prenant comme critère la présence de cartes de vaccinations le jour de notre passage.

L'étude a concerné un total de 454 enfants âgés de 9 à 71 mois.

Les résultats sont représentés dans les tableaux suivants.

.enfants de 9 à 11 mois ( 23 enfants: effectif insuffisant pour tirer des conclusions)

	BCG	DTCP1	DTCP2	DTCP3	ROUVAX	ECV
+	12	12	12	10	10	10
-	11	11	11	13	13	
Taux %	52,1	52,1	52,1	43,4	43,4	43,4

Tableau 123: Couverture vaccinale des enfants de 9 à 11 mois

.enfants de 12 à 23 mois ( 131 enfants: effectif insuffisant pour tirer des conclusions).

	BCG	DTCP1	DTCP2	DTCP3	ROUVAX	ECV
+	70	68	61	54	58	54
-	61	63	70	77	73	
Taux %	53,4	51,9	46,6	41,2	44,3	41,2

Tableau 124: Couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois

.enfants de 24 à 71 mois (300 enfants: effectif acceptable)

	BCG	DTCP1	DTCP2	DTCP3	ROUVAX	ECV
+	127	125	121	104	99	99
-	173	175	179	196	201	
Taux %	42,3	41,6	40,3	34,6	33	33

Tableau 125: Couverture vaccinale des enfants de 24 à 71 mois

Total des enfants de 12 à 71 mois (431 enfants)

	BCG	DTCP1	DTCP2	DTCP3	ROUVAX	ECV
+	197	193	182	158	157	153
-	234	238	249	273	274	278
Taux %	45,7	44,7	42,2	36,6	36,4	35,4

Tableau 126: Couverture vaccinale des enfants de 12 à 71 mois

Ainsi 35,4 % des enfants de moins de 12 à 71 mois sont complètement vaccinés, 45,7 % ayant le BCG, 36,6 % les 3 DTCP et 36,4 % la rougeole.

Le chiffre de couverture vaccinale ainsi estimé est inférieure au résultat de l'évaluation de la couverture vaccinale du district réalisée en janvier 1990.

-Etat vaccinal des femmes

+ 258 femmes soit 86 % du total des femmes interrogées disent s'être fait vacciner.

+ Moments de la vaccination

Sur ces 258, 240 soit 93 % disent avoir été vaccinées pendant leur grossesse et 18 en dehors de leur grossesse.

+ Les 42 femmes qui ne se sont pas faites vacciner ont donné les raisons suivantes.

RAISONS EVOQUEES	N	%
pas fait de visites prénatales	34	80,9
n'en voit pas la nécessité	5	11,9
manque de moyens financiers	2	4,9
pas de raison	1	2,3
Total	42	100

Tableau 127: Répartition de fréquence des raisons de non vaccination des femmes enceintes

\* Lutte contre la mortalité par diarrhée

- Attitudes des femmes devant la diarrhée chez les enfants et justifications

+ Attitudes

ATTITUDES	N	%
préparation d'une "eau de la santé"	111	37
prescription de sulfaguandine	60	20
médicaments traditionnels	42	14
consultation à la P.M.I.	36	12
prescription de chloroquine	3	1
eau de la santé et sulfaguandine	3	1
sulfaguandine et médicaments traditionnels	3	1
consultation et médicaments traditionnels	3	1
eau de la santé et consultation	1	0,3
soupe de carrote	1	0,3
sulfaguandine et eau de riz	1	0,3
ne sait pas	36	12
Total	300	100

Tableau 128: Répartition de fréquence des attitudes devant la diarrhée chez les enfants

Ainsi, il apparaît que 39 % des femmes interrogées disent spontanément utiliser "l'eau de la santé", qui est la solution sucrée-salée.

On remarquera que l'utilisation de sulfaguandine est encore tenace puisque son utilisation est avouée par 23 % des femmes interrogées.

+ Justifications

RAISONS EVOQUEES	N	%
pour arrêter la diarrhée	221	73,6
pour plus de sécurité	22	7,3
pour réhydrater l'enfant par voie orale	17	5,6
primipare n'ayant pas d'expérience	5	1,6
c'est avantageux	1	0,3
pour diminuer la fièvre	1	0,3
pas de réponse	33	11
Total	300	100

Tableau 129: Répartition de fréquence des motifs des attitudes devant la diarrhée

-Evaluation des connaissances des femmes sur la préparation et la conservation de "l'eau de la santé" à domicile:

	Connaissent la composition		
	oui	non	T
Connaissent la conservation	oui 141 (47 %)	8 (2,7 %)	149 (49,6 %)
	non 3 (1%)	148 (49,3 %)	151 (50,4 %)
	T 144 (48 %)	156 (52 %)	300 (100 %)

Tableau 130: Niveau de connaissance des femmes sur la réhydratation par voie orale

Ainsi apparaît-il que 47 % des femmes interrogées affirment savoir préparer et conserver "l'eau de la santé".

\* Paludisme

- Attitudes des femmes devant un enfant fébrile

ATTITUDES	N	%
prescription de chloroquine	163	54,3
chloroquine et aspirine	76	25,3
donner des médicaments traditionnels	15	5
amener l'enfant en consultation	14	4,7
aspirine	7	2,3
chloroquine et médicaments traditionnels	7	2,3
aspirine et médicaments traditionnels	1	0,3
ne sait pas	17	5,7
Total	300	100

Tableau 131: Répartition de fréquence des attitudes des femmes devant un enfant fébrile

L'utilisation de la chloroquine en cas d'accès fébrile est connue de 81,9 % des femmes interrogées

- Prévention du paludisme

L'interrogatoire des femmes sur les moyens de protection des enfants contre le paludisme montre que la chloroquinisation des enfants est une activité connue par 79 % des femmes.

MOYENS DE PREVENTION	N	%
chloroquinisation	237	79
aucun	58	19,3
médicaments traditionnels	5	1,7
Total	300	100

Tableau 132: Répartition de fréquence des méthodes de prévention du paludisme

- 234 femmes soit 78 % du total des femmes disent donner de la chloroquine à leurs enfants à titre préventif contre le paludisme.

\* Planning familial (P.F)

- Connaissance par les femmes de l'existence du P.F.

190 femmes soit 63,3 % disent connaître l'existence du P.F.

- Connaissance des différentes méthodes d'espacement des naissances

134 femmes soit 44,5 % disent connaître au moins une méthode d'espacement des naissances.

NOMBRE DE METHODES CONNUES PAR FEMME	N	%	% cumulé
5 méthodes	1	0,7	0,7
4 méthodes	9	6,7	7,4
3 méthodes	48	35,8	43,2
2 méthodes	38	28,4	71,6
1 méthode	38	28,4	100
Total	134	100	

Tableau 133: Répartition de fréquence du nombre de méthodes de PF connues par femme

METHODES CONNUES DES FEMMES	N	%
pilule	128/300	42,6
stérilet	91/300	30,3
contraceptifs injectables	57/300	19
préservatifs	11/300	3,6
spermicides	6/300	2

Tableau 134: Répartition de fréquence des méthodes de PF connues par femme

La pilule est la méthode la plus connue (42,6 %), suivie par le stérilet (30,3 %).

-Connaissance des lieux d'obtention des méthodes contraceptives

LIEUX D'OBTENTION CITES	N	%
dans les P.M.I.	93	31
dans tout centre de santé	50	16,7
au centre de P.M.I. de Niarela	5	1,7
au centre de P.M.I. centrale	3	1
dans les pharmacies	1	0,3
ne sait pas	148	49,3
Total	300	100

Tableau 135: Lieux d'obtention des méthodes de PF cités par les femmes

La moitié des femmes interrogées ne savent pas où se procurer les méthodes contraceptives.

Seulement 93 femmes soit 31 % savent que ces méthodes sont disponibles dans tous les centres de P.M.I. du district mais pas dans les hopitaux ni les autres centres de santé.

- Utilisation des méthodes contraceptives par les femmes de la commune:

Seulement 40 femmes sur 300 soit 13,3 % disent avoir déjà utilisé une méthode contraceptive.

Quant aux 260 autres, elles ont donné les justifications suivantes:

RAISONS EVOQUEES	N	%
ne connaît pas le planning familial	94	36,1
opposition personnelle au PF	51	19,6
pas de besoin ressenti	46	17,6
opposition du mari	30	11,5
pas de raisons	28	10,7
envisage de se planifier	8	3
interdit par la religion	2	0,7
le planning familial entraîne la stérilité	1	0,3
Total	260	100

Tableau 136: Répartition de fréquence des raisons de la non utilisation du PF

Les 3 principaux obstacles à l'utilisation d'une méthode contraceptive résument à eux seuls 84,8 % des attitudes. Il s'agit:

- 1° du manque d'information (36,1 %)
- 2° de l'opposition d'un des deux époux (31,1 %)
- 3° de l'absence de besoin ressenti (17,6 %).

-Utilisation actuelle des méthodes contraceptives par les femmes de la commune

Sur les 40 femmes disant avoir déjà utilisé une méthode contraceptive, seulement 20 soit 6,6 % en utilisent une actuellement.

-Degré de satisfaction des femmes

Sur les 40 femmes ayant déjà utilisé une méthode,  
36 se sont dites satisfaites  
2 ne l'ont pas supporté  
1 l'a trouvé inefficace  
1 n'a pas répondu

-Les méthodes préférées et les motifs de ce choix

+ Méthodes préférées

149 femmes ont déclaré qu'elles ne préféreraient aucune méthode contraceptive.

Les 151 autres ont un choix.

METHODES	N	%
pilule	96	63,5
contraceptifs injectables	42	27,8
stérilet	6	3,9
spermicides	2	1,3
pas de préférence	5	3,3
Total	151	100

Tableau 137: Répartition de fréquence des méthodes de choix

La pilule constitue la méthode contraceptive la plus appréciée; elle est suivie par les contraceptifs injectables.

+ Motifs évoqués

MOTIFS	N	%
facile à manipuler	71	47,3
moins de risques	18	11,8
méthode recommandée	15	9,9
préférence de la voie orale	8	5,3
moins de risque et facile à manipuler	2	1,3
pas de raisons	37	24,4
Total	151	100

Tableau 138: Répartition de fréquence des motifs du choix

La facilité d'utilisation apparaît donc comme le premier critère de choix.

-Connaissance des femmes sur le cycle menstruel

Nous avons interrogé les femmes sur la période de fertilité par rapport au cycle menstruel. Nous avons obtenu 299 réponses qui sont résumées dans le tableau suivant.

PERIODES DE L'OVULATION	N	%
juste après les règles	201	67,2
juste avant les règles	40	13,4
pendant les règles	3	1
tout le temps	2	0,7
autres réponses	53	17,7
Total	299	100

Tableau 139: Périodes de l'ovulation évoquées par les femmes

Certaines ont justifié la période qui suit immédiatement les règles par l'ouverture du col que nécessite leur écoulement. Nous sommes très étonnée de constater qu'aucune femme n'ait donné la bonne réponse!

Ainsi, il apparaît un manque considérable d'information.

\* Opinions des femmes sur le centre de santé de la commune 6.

-Les opinions sont assez variées d'une femme à une autre. Les réponses sont illustrées par le tableau suivant.

OPINIONS DES FEMMES	N	%
favorable	60	20
défavorable	69	23
pas d'opinion	171	57
Total	300	100

Tableau 140: Opinions des femmes sur le centre

-Motifs évoqués

+ des opinions favorables:

	N	%
personnel efficace	49	81,6
qualité de l'accueil	11	18,4
Total	60	100

Tableau 141: Répartition de fréquence des opinions favorables

+ des opinions défavorables

	N	%
mauvaise qualité de l'accueil	15	21,7
temps d'attente trop long	8	11,5
pas d'explication	7	10,1
personnel incompetent	5	7,2
personnel négligent	5	7,2
coût des soins élevé	4	5,7
ne répond pas aux besoins des populations	3	4,3
personnel peu aimable	3	4,3
mauvaises conditions d'hygiène	2	2,8
personnel paresseux	2	2,8
total	69	100

Tableau 142: Répartition de fréquence des opinions défavorables

-Suggestions:

63 femmes soit 21 % ont fait des suggestions pour améliorer la qualité des services fournis par le centre.

SUGGESTIONS DES FEMMES	N	%
améliorer la qualité de l'accueil	30	47,6
ouvrir une P.M.I-maternité dans chaque quartier	18	28,5
changer le personnel	6	9,5
diminuer le coût des soins	5	7,9
réparer les routes conduisant au centre	2	3,1
améliorer les conditions d'hygiène	1	1,5
changer les horaires d'arrivée du personnel	1	1,5
Total	63	100

Tableau 143: Répartition de fréquence des suggestions des femmes

Les reproches au centre de santé communal de la commune 6 sont assez nombreux. Cependant le reproche majeur formulé par les femmes est la mauvaise qualité de l'accueil. Par conséquent la première suggestion est l'amélioration de la qualité de l'accueil

\* Les problèmes de santé préoccupant les femmes lors de la visite:

- 20 femmes soit 6,7 % du total des femmes de l'échantillon disent avoir un problème particulier de santé.

PROBLEMES DE SANTE	N	%
gastrite	6	2
dysménorrhée	5	1,6
courbatures	4	1,3
vertiges	2	0,6
fièvre	2	0,6
céphalées	1	0,3
Aucune plainte	280	93,3
Total	300	100

Tableau 144: Répartition de fréquence des problèmes de santé des femmes

- L'aide du centre pour la résolution des problèmes de santé exprimés

	N	%
sont allées au centre		
. et ont été satisfaites	9	45
. et n'ont pas été satisfaites	3	15
ne sont pas allées au centre	8	40
Total	20	100

Tableau 145: L'aide du centre

#### 4.2.2 Par les hommes

##### a) Connaissance de l'existence et de la localisation du centre:

Les 60 hommes savent qu'il existe un centre de santé dans leur commune et connaissent sa localisation.

##### b) Connaissance des hommes sur les différentes activités menées au centre de santé

Ainsi que le montre le tableau suivant, l'activité du centre la plus connue est son activité d'accouchements.

ACTIVITES CITEES PAR LES HOMMES	N	%
accouchements	47	78,3
consultations de malades	28	46,6
vaccinations	16	26,6
consultations prénatales	7	11,6
consultations postnatales	1	1,6

Tableau 146: Répartition de fréquence des activités menées au centre selon les hommes

La très faible allusion aux consultations pré et postnatales (11,6 et 1,6 %) doit être remarquée.

##### \*Les visites prénatales

###### -Niveau de connaissance

53 hommes correspondant à 88,3 % du total des hommes interrogés disent connaître les visites prénatales.

Cependant 39 hommes soit 65 % ne connaissent aucun geste effectué lors de ces visites.

Les gestes cités sont résumés dans le tableau suivant.

DESIGNATION DES GESTES	N	%
pesée	18	33,9
analyse des urines	9	16,9
mensuration	8	15
examen de sang	5	9,4
prise de la tension artérielle	3	5,6
traitement en cas de maladie	1	1,8

Tableau 147: Répartition de fréquence des gestes effectués lors des visites prénatales selon les hommes

-Avantages des visites prénatales

AVANTAGES EXPRIMES	N	%
sont utiles sans précisions	12	20
préservent la santé de la mère et l'enfant	11	18,3
suivi de l'évolution de la grossesse	7	11,6
protègent la mère	6	10
sont inutiles	5	8,3
précision de l'âge de la grossesse	1	1,7
facilitent le déroulement de l'accouchement	1	1,7
conseils sur l'alimentation de la mère	1	1,7
facilitent l'acquisition des allocations familiales	1	1,7
ne sait pas	15	25
Total	60	100

Tableau 148: Répartition de fréquence des avantages des visites prénatales évoqués par les hommes

Il apparaît à la lecture de ce tableau une très faible connaissance de l'intérêt des visites prénatales.

On peut se demander s'il s'agit réellement d'un manque de connaissances ou d'une attitude qui consiste à ne pas s'intéresser à des problèmes qu'ils considèrent comme strictement féminins.

\*Les accouchements

- Lieux d'accouchements souhaités et raisons du choix

+ 59 hommes soit 98,3 % souhaitent que leurs femmes accouchent en milieu hospitalier.

Parmi eux 54 préfèrent la maternité et 5 les hopitaux.

+ Les raisons du choix sont résumés dans le tableau suivant.

RAISONS EVOQUEES PAR LES HOMMES	N	%
avantageux sans précisions	21	35,5
pour éviter les difficultés d'accouchement	13	22
pour préserver la santé de la mère et de l'enfant	12	20,3
c'est exigé par la loi	5	8,4
proximité du centre de santé	3	5
pour faciliter l'acquisition de l'acte de naissance	3	5
pour bénéficier des soins après l'accouchement	1	1,6
pas de raisons	1	1,6
Total	59	100

Tableau 149: Répartition de fréquence des avantages de l'accouchement à la maternité selon les hommes

Il est à noter que plus de 40 % des réponses sont liées par le souci que l'accouchement de leur femme se déroule dans les meilleures conditions possibles.

1 seul homme soit 1,7 % dit préférer que sa femme accouche à la maison pour éviter toute dépense.

Cependant des inconvénients ont été exprimés par cinq hommes.

INCONVENIENTS EXPRIMES	N	%
aucun	55	91,6
personnel négligent	2	3,3
mauvais accueil	1	1,7
possibilité de contracter le S.I.D.A. par les aiguilles mal stérilisées	1	1,7
lenteur au niveau du service administratif	1	1,7
Total	60	100

Tableau 150: Répartition de fréquence des inconvénients de l'accouchement à la maternité selon les hommes

Ils sont si marginaux qu'ils peuvent être difficilement pris en considération.

#### -Les lieux du dernier accouchement dans les familles

Dans la majorité des cas les derniers accouchements ont eu lieu à la maternité de Sogoniko (81,7 %). Cette réponse est le reflet de la bonne fréquentation de la maternité de la commune.

LIEUX DU DERNIER ACCOUCHEMENT	N	%
maternité de Sogoniko	49	81,7
hopital Gabriel Touré	5	8,3
domicile	2	3,3
hors du district de Bamako	2	3,3
maternité de la garnison	1	1,7
hors du Mali	1	1,7
Total	60	100

Tableau 151: Répartition de fréquence des lieux du dernier accouchement dans la famille

-Le coût du dernier accouchement

Il s'est élevé au maximum à 12 500 francs CFA. Le coût moyen a été de 4 090 francs CFA.

\*Les visites postnatales

-34 hommes soit 56,7 % disent que leurs femmes sont retournées à la maternité quatre à trente jours après leur dernier accouchement.

Cependant la plupart d'entr'elles (82,3 %) y sont retournées pour faire vacciner leurs enfants.

MOTIFS DES VISITES	N	%
faire le BCG de l'enfant	28	82,3
consultation postnatale	2	5,8
enlever les aggraffes	2	5,8
peser l'enfant	1	2,9
BCG et consultation postnatale	1	2,9
Total	34	100

Tableau 152: Répartition de fréquence des motifs du retour à la maternité selon les hommes

Le rôle majeur du BCG doit être noté comme explication principale des hommes quant au retour de leur femme à la maternité.

La notion de visites postnatales n'apparaît donc pas spontanément.

-Les 26 hommes dont les femmes ne sont pas retournées à la maternité après leur dernier accouchement ont donné diverses raisons qui figurent dans le tableau suivant.

RAISONS EVOQUEES	N	%
pas de besoin ressenti	15	57,6
manque de moyens financiers	4	15,3
pas de raison	4	15,3
ne veut pas	2	7,6
accouchement recent (cinq jours)	1	3,8
Total	26	100

Tableau 153: Répartition de fréquence des raisons du non retour des femmes au centre selon les hommes

Selon les hommes, les femmes retournent à la maternité après l'accouchement pour y recevoir des soins ou pour faire vacciner leurs enfants. Seulement trois femmes sont allées en visites postnatales.

\*Evaluation de l'impact des séances d'éducation pour la santé

39 hommes soit 65 % disent ne pas avoir appris des services de santé la moindre recommandation à appliquer pour protéger la santé de leurs enfants.

Les 21 hommes qui ont déclaré avoir appris certaines recommandations ont évoqué les points suivants:

RECOMMANDATIONS	N	%
faire vacciner ses enfants	12	57,1
assurer leur choroquinisation	6	28,5
les amener le plus tôt possible en consultation	3	14,2
leur assurer une bonne hygiène corporelle	2	9,5
les peser régulièrement	1	4,7
problème des femmes	1	4,7
donner des médicaments traditionnels	1	4,7
leur apporter une alimentation équilibrée	1	4,7

Tableau 154: Répartition de fréquence des recommandations pour la santé des enfants selon les hommes

Bien que très peu d'hommes affirment avoir été informés, la place des vaccinations doit encore une fois être remarquée.

\*Les vaccinations

-Avantages des vaccinations déclarés par les hommes

AVANTAGES EVOQUES	N	%
protègent contre les maladies cibles	55	91,7
sont inutiles	3	5
utiles sans préciser l'utilité	2	3,3
Total	60	100

Tableau 155: Répartition de fréquence des avantages des vaccinations déclarés par les hommes

La quasitotalité des hommes (91,7 %) manifestent une vision positive des vaccinations.

-Connaissance des hommes sur les maladies cibles du PEV

+ Chez les enfants

Notre étude nous permet de constater que les hommes en commune 6 ne connaissent pas les maladies cibles du PEV.

Seulement 3 hommes sur 60 soit 5 % ont pu citer les six maladies cibles du PEV chez les enfants au Mali à savoir la tuberculose, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la diphtérie, la rougeole.

Prises séparément ces maladies cibles ont été citées selon la répartition de fréquence suivante:

NOMS DES MALADIES CIBLES	N	%
rougeole	43	71,6
poliomyélite	36	60
tuberculose	19	31,6
tétanos	14	23,3
coqueluche	8	13,3
diphtérie	1	1,6

Tableau 156: Répartition de fréquence des maladies cibles du PEV chez les enfants citées par les hommes

On constate comme pour les femmes que la rougeole et la poliomyélite sont les maladies des enfants les plus connues des parents.

+ Chez la femme enceinte

Un peu plus de la moitié des hommes (53,3 %) ne savent pas pourquoi les femmes sont vaccinées pendant la grossesse.

MALADIES CIBLES	N	%
tétanos	27	45
tétanos et rougeole	1	1,7
ne savent pas	32	53,3

Tableau 157: Répartition de fréquence des maladies cibles chez la femme enceinte citées par les hommes

\*Diarrhée

-Attitudes des hommes devant la diarrhée chez les enfants et justifications

ATTITUDES DES HOMMES	N	%
consultation à la P.M.I.	17	28,3
lui donner de l'eau en quantité	13	21,7
prescription de sulfaguanidine	11	18,3
médicaments traditionnels	8	13,3
médicaments traditionnels et consultation	2	3,3
ne sait pas	9	15
Total	60	100

Tableau 158: Répartition de fréquence des attitudes des hommes devant la diarrhée chez les enfants

52 hommes sur 60 ont justifié leurs attitudes de la façon suivante:

RAISONS EVOQUEES	N	%
pour arrêter la diarrhée	30	57,6
pour plus de sécurité	13	25
pour la réhydratation par voie orale	4	7,6
pas de raisons	4	7,6
avantageux sans précision	1	1,9
Total	52	100

Tableau 159: Répartition de fréquence des motifs des attitudes des hommes devant la diarrhée chez les enfants

Il est à remarquer que plus de 20 % des hommes savent qu'il faut donner de l'eau à boire à un enfant diarrhéique, mais inversement que moins de 8 % d'entr'eux évoquent la notion de réhydratation.

\* Paludisme

-Attitudes des hommes devant un enfant fébrile

ATTITUDES	N	%
prescription de chloroquine	35	58,3
amener l'enfant en consultation	13	21,7
chloroquine et aspirine	6	10
aucun geste	3	5
aspirine	1	1,6
médicaments traditionnels	1	1,6
aspirine et beaucoup d'eau	1	1,6
Total 60	60	100

Tableau 160: Répartition de fréquence des attitudes des hommes devant un enfant fébrile

Le fait que plus des 2/3 des hommes évoquent la prescription de chloroquine en cas de fièvre semble témoigner d'une bonne connaissance des problèmes que pose le paludisme.

-Prévention du paludisme

L'interrogatoire des hommes sur les moyens de prévention du paludisme montre que un peu plus de la moitié des hommes (56,7 %) connaissent la chloroquinisation des enfants.

MOYENS DE PREVENTION	N	%
chloroquine	34	56,6
aucun	23	38,3
médicaments traditionnels	1	1,6
insecticides	1	1,6
chloroquine et moustiquaire	1	1,6
Total	60	100

Tableau 161: Répartition de fréquence des moyens de prévention du paludisme par les hommes

Quant à sa pratique, 37 hommes soit 61,7 % disent donner régulièrement de la chloroquine à leurs enfants pour les protéger contre le paludisme.

\* Planning familial

-Connaissance par les hommes de l'existence du P.F.

33 hommes soit 55 % disent connaître l'existence du planning familial.

-Connaissance des différentes méthodes d'espacement des naissances

Seulement 12 hommes sur 33 disent connaître au moins une méthode de contraception.

NOMBRE DE METHODES CONNUES PAR HOMME	N	%
4 méthodes	2	16,7
3 méthodes	2	16,7
2 méthodes	3	25
1 méthode	4	33,3
1 méthode traditionnelle	1	8,3
Total	12	100

Tableau 162: Répartition de fréquence du nombre de méthodes de PF connues homme

La pilule est également au niveau des hommes la méthode la plus connue (15 %).

METHODES CONNUES DES HOMMES	N	%
pilule	9/60	15
stérilet	6/60	10
préservatifs	4/60	6,6
spermicides	3/60	5
contraceptifs injectables	2/60	3,3
méthode traditionnelle	1/60	1,6

Tableau 163: Répartition de fréquence des méthodes de PF connues par les hommes

-Connaissance des lieux d'obtention des méthodes contraceptives

LIEUX DE PROCURATION CITES	N	%
dans les P.M.I.	19	31,6
dans les pharmacies	2	3,3
dans les hopitaux	1	1,6
chez les tradipraticiens	1	1,6
ne sait pas	37	61,6
Total	60	100

Tableau 164: Répartition de fréquence des lieux d'obtention des méthodes de PF cités par les hommes

Plus de la moitié des hommes de l'échantillon ne savent pas où se procurer les méthodes de contraception.

Seulement 19 hommes soit 31,6 % savent que ces méthodes sont disponibles dans tous les centres de P.M.I mais pas dans les hopitaux.

On remarque par ailleurs qu'un homme a évoqué les méthodes traditionnelles de contraception.

-Utilisation des méthodes de contraception

5 hommes soit 8,3 % du total disent avoir déjà utilisé une méthode de contraception dans leur ménage.

Les autres ont donné des raisons que nous avons illustré par un tableau.

RAISONS DE NON UTILISATION DU P.F.	N	%
ne connaît pas le P.F.	16	29
pas de besoin ressenti	13	23,6
pas de raison particulière	12	21,8
opposition personnelle au P.F.	12	21,8
interdit par la religion	1	1,8
utilise méthode traditionnelle	1	1,8
Total	55	100

Tableau 165: Répartition de fréquence des raisons de non utilisation du PF par les hommes

Nous remarquons comme chez les femmes que les trois principaux obstacles à l'utilisation d'une méthode contraceptive sont:

- 1° le manque d'information (29 %)
- 2° le manque de besoin ressenti (23,6 %)
- 3° l'opposition personnelle (23,6 %)

-Utilisation actuelle

Seulement 4 hommes soit 6,7 % utilisent actuellement une méthode de contraception.

- Degré de satisfaction des hommes

Tous les hommes ayant utilisé une méthode disent avoir été satisfaits.

Le planning familial n'est pas utilisé en commune 6. Près de la moitié des hommes interrogés disent ne pas connaître son existence.

Dix hommes sur soixante disent ne pas apprécier la contraception. Seulement quatre hommes sur soixante utilisent actuellement une méthode de contraception.

Un homme utilise encore les méthodes traditionnelles.

-Les méthodes préférées et les raisons du choix

10 hommes ont donné leur choix.

+ Méthodes préférées

METHODES DE CHOIX	N	%
pilule	6	60
contraceptifs injectables	1	10
préservatifs	1	10
préservatifs et spermicides	1	10
choix de la femme	1	10
Total	10	100

Tableau 166: Répartition de fréquence des méthodes de choix des hommes

La pilule constitue également le premier choix des hommes.

+ Les critères de choix d'une méthode contraceptive

CRITERES EVOQUES	N	%
facile à manipuler	7	70
moins de risque	3	30
Total	10	100

Tableau 167: Répartition de fréquence des critères de choix par les hommes d'une méthode contraceptive

-Opinions des hommes sur le planning familial et justification du choix

+ Opinions

32 hommes soit 53,3 % sont pour le planning familial.

3 hommes soit 5 % disent être neutres.

25 hommes soit 41,7 % sont contre le planning familial.

+ Les justifications des choix

RAISONS DU CHOIX	N	%
.opinions favorables .		
espacement des naissances	18	58
raisons de santé	5	16,1
raisons financières	4	12,9
raisons financières et de santé	4	12,9
Total	31	100

Tableau 169: Répartition de fréquence des opinions favorables au PF

.opinions défavorables		
veut beaucoup d'enfants	16	64
opposition	3	12
religion	3	12
n'a pas d'enfant	1	4
pratique traditionnelle	1	4
ne sait pas	1	4
Total	25	100

Tableau 170: Répartition de fréquence des opinions défavorables au PF

La recherche d'un espacement des naissances apparaît comme la raison dominante de ceux qui sont favorables au PF, tandis que ceux qui ne le sont pas y voient toujours une méthode pour limiter le nombre des enfants.

Ainsi, le non développement du PF reste encore un problème de mésinformation.

\*Opinions des hommes sur la P.M.I-maternité de la commune

- Les opinions sont très variés.

OPINIONS DES HOMMES	N	%
favorables	7	11,6
défavorables	9	15
pas d'opinion	44	73,3
Total	60	100

Tableau 171: Opinions des hommes sur le centre de santé

-Motifs évoqués

+ des opinions favorables	N	%
qualité de l'accueil	4	57,1
personnel efficace	3	42,8
Total	7	100

Tableau 172: Répartition de fréquence des opinions des hommes favorables au centre

+ des opinions défavorables	N	%
mauvaise qualité de l'accueil	4	44,4
personnel négligent	2	22,2
ne répond pas aux besoins des pop.	2	22,2
coût des soins élevé	1	11,1
Total	9	100

Tableau 173: Répartition de fréquence des opinions des hommes défavorables au centre

-Suggestions

11 hommes soit 18,3 % ont fait des suggestions pour améliorer la qualité des services fournis par le centre.

SUGGESTIONS DES HOMMES	N	%
améliorer la qualité de l'accueil	8	72,7
changer le personnel	2	18,1
améliorer les conditions d'hygiène	1	9
Total	11	100

Tableau 174: Répartition de fréquence des suggestions des hommes

La mauvaise qualité de l'accueil au sein du centre est un facteur négatif qui constitue le reproche majeur formulé par les populations.

\*Les problèmes de santé préoccupant les hommes lors de notre visite

- 7 hommes sur 60 soit 11,7 % disent avoir un problème de santé particulier.

PROBLEMES DE SANTE	N	%
céphalées	2	3,3
constipation	2	3,3
lèpre	1	1,6
dyspnée	1	1,6
oedèmes des membres inférieurs	1	1,6
aucune plainte	53	88,3
Total	60	100

Tableau 175: Identification des problèmes de santé des hommes

-L'aide du centre pour la résolution des problèmes de santé

	N	%
ont bénéficié d'une aide du centre	3	42,8
ne sont pas allés au centre	2	28,5
en traitement chez les spécialistes	2	28,5
Total	7	100

Tableau 176: L'aide du centre au niveau des hommes

Les activités menées au niveau du centre sont ignorées par les hommes, qui voient dans le centre de santé une maternité et non pas un lieu où des hommes peuvent se faire soigner.

## 5 ANALYSE ET RECOMMANDATIONS

### 5.1 Analyse

#### 5-1-1 Analyse de la qualité de l'offre:

Au terme de notre étude nous pouvons faire des constatations à propos de:

- .l'accueil des personnes qui se rendent au centre
- .l'organisation du centre
- .la conduite des activités
- .le matériel disponible
- .la tarification
- .les conditions d'hygiène
- .le temps de travail
- .les compétences du personnel

#### a) L'accueil des personnes qui se rendent au centre:

Dans l'ensemble des postes de travail du centre de santé les relations humaines qui existent entre le personnel et les bénéficiaires ne sont pas aussi bonnes qu'elles devraient l'être. Ceci se manifeste notamment par une mauvaise qualité de l'accueil. En effet nous avons constaté durant notre séjour parmi le personnel que sur un total de 1 411 personnes reçues au niveau des différentes sections l'accueil n'est acceptable que dans environ la moitié des cas.

QUALITE DE L'ACCUEIL	N	%
bonne	795	56
médiocre	215	15
mauvaise	437	39
Total	1 411	100

Tableau 177: Tableau récapitulatif concernant l'accueil de 1 411 personnes reçues au centre de santé.

Le tableau reflète ce que nous avons eu à constater au niveau de chacun des postes du centre de santé, à savoir que l'accueil ne bénéficie pas de toute la qualité qui devrait être la sienne.

De façon globale, le personnel ne nous a pas semblé assez attentif à ce que ressentent les personnes qui se rendent au centre.

Les insuffisances que nous avons remarquées concernaient notamment:

- .l'existence d'un certain anonymat des consultantes
- .le mode d'information des consultantes, qui les laisse souvent désorientées

le ton employé pour s'adresser aux consultantes: il paraît repressif et semble ne pas accepter que les consultantes ne sachent pas ce qu'il faut faire

Or, selon nous, un bon accueil constitue un des aspects essentiels de la qualité de l'offre.

Lorsqu'un centre a pour objectif de vouloir attirer à lui l'ensemble d'une population cible, il faut veiller à ce que les personnes concernées y viennent volontiers.

Il n'est jamais réjouissant de se rendre dans une formation sanitaire, car cela représente une perte de temps, parce que c'est loin, parce qu'il faudra peut être y supporter certaines souffrances, parce que cela débouchera sur des dépenses supplémentaires.

Mais si en plus, il faut y trouver un personnel peu accueillant, cela risque d'être encore moins attractif.

Ce manque de qualité de l'accueil nous a semblé particulièrement marqué dans la salle d'accouchements où les femmes qui subissent les douleurs et parfois les angoisses que leur impose la mise au monde d'un enfant ont un grand besoin de soutien moral, c'est à dire de mise en confiance et de compréhension.

#### b) L'organisation du centre:

\*Il nous a semblé que l'organisation du centre était globalement satisfaisante.

En effet, la définition des différents postes et leur agencement les uns par rapport aux autres nous ont semblé tout à fait corrects.

Nous avons seulement relevé une inadaptation. Elle concerne la réalisation dans la même salle des activités du service social de la pesée et de la prise de température des malades.

\*Par contre, nous avons été surpris par le caractère tout à fait marginal qui est accordé aux consultations de médecine générale. Or le Centre est la seule structure capable de donner des soins aux malades en Commune 6.

Rien que la dénomination habituelle du centre contribue à cette marginalisation: le fait de parler de PMI-maternité de Sogoniko rappelle à ceux qui l'auraient oublié quelle est la vocation principale du centre.

Il n'est donc pas surprenant de constater que les consultations de médecine générale soient faites par des infirmiers.

S'il est normal que des infirmiers, ou même des aides soignants fassent des consultations dans des zones démunies de médecins, ce n'est pas le cas de Bamako qui compte plus de 300 docteurs en médecine et plus de 100 étudiants en médecine capables de faire une consultation de médecine générale.

Et si l'emploi du temps extrêmement chargé du médecin chef ne lui permet pas d'effectuer autant de consultations qu'il le souhaiterait, doit-on le laisser seul ?

\* Par ailleurs, nous avons noté que les visites des enfants sains étaient confiées au personnel du service social: il s'agit pourtant d'activités médicales qui nécessitent un examen systématique de l'enfant comprenant notamment une auscultation cardiaque, une palpation de la rate et un diagnostic nutritionnel à partir du rapport poids/taille.

On constate de ce fait la place inexistante de ces consultations qui devraient pourtant constituer une activité essentielle dans la lutte contre la mortalité infantojuvénile.

\*Le paiement des tarifs que demande le centre est confié à chaque poste technique. C'est ainsi que l'on achète le carnet de santé maternelle à une sage femme du poste "prénatales" ou celui de soins curatifs à l'infirmière de santé de la section.

Ce n'est pas une bonne chose, selon nous, que le personnel médical ait à percevoir la moindre somme d'argent.

#### c) La conduite des activités

Nous avons fait deux constats:

- le manque de motivation du personnel
- la mauvaise exécution de certaines règles techniques:

Nous estimons que ces problèmes techniques sont liés:

- .à l'insuffisance de la formation permanente
- .au caractère routinier des activités
- .à l'absence de système d'évaluation de la qualité des soins au sein du centre.

#### c-1) La non motivation du personnel:

\*C'est elle qui a surtout contribué à réduire l'ensemble des activités menées au centre en une succession de gestes de routine qui sont effectués sans véritable engagement personnel.

En effet, il nous a semblé que le personnel accomplissait essentiellement ses tâches par devoir et nous n'avons pas eu le sentiment qu'il cherchait à améliorer leur réalisation.

Ceci nous a paru frappant en ce qui concerne le temps d'exécution des différents actes:

	durée d'un acte			temps de travail	
	min.	moy.	max.	hebdom.	quotidien
Consult. ext.	1 mn	3 mn	8 mn	1 146 mn	3 h 11 mn
Consult. prénat.	30 s	1 mn	4 mn	1 170 mn	3 h 15 mn
Consult. postnat.	2 mn	3 mn	5 mn	172 mn	28 mn
Consult. de P.F.	-----	-----	-----	1 340	3 h 43 mn
Vaccinations	-----	-----	-----	1 672 mn	4 h 38 mn
Suivi acc.	-----	-----	-----	1 250 mn	3 h 28 mn
Visites enfnts.	-----	-----	-----	520 mn	1 h 26 mn
Injections	-----	-----	-----	1 527 mn	4 h 14 mn
Pansements	-----	-----	-----	1 119 mn	3 h 6 mn
Prise de T°	-----	-----	-----	1 310 mn	3 h 38 mn
Réhyd. orale	-----	-----	-----	381 m	1 h 3 mn

Tableau 178: Présentation synthétique du temps effectif de travail au sein du Centre .

A la lecture de ce tableau, on voit clairement que les actes sont "expédiés" alors que le personnel aurait largement le temps de les exécuter correctement.

\*En ce qui concerne les consultations de médecine générale, nous estimons qu'une consultation médicale bien faite nécessite un interrogatoire et un examen complet qui ne peuvent pas être réalisés en une moyenne de 3 mn.

Elles le peuvent effectivement si elles se limitent à un interrogatoire superficiel et à une inspection par dessus le bureau de consultation.

Mais il n'est pas surprenant qu'elle le soit si l'on considère qu'elle est faite par des infirmiers qui d'une part n'ont pas été préparés spécifiquement à cette fonction, d'autre part travaillent dans des conditions peu aptes à la réalisation d'une consultation de qualité: présence de plusieurs personnes dans la salle, absence de salle à l'abri des regards et disposant d'une table d'examen.

\*En ce qui concerne les autres activités, nous pensons qu'elles correspondent globalement aux qualifications de ceux qui en ont la charge (à l'exception des visites de enfants sains qui sont faites par des agents du service social)

#### c-2) Les aspects techniques:

\*Les consultations prénatales

Elles ont à leur actif d'être réalisées chaque jour de la semaine et de débiter tôt dans la matinée, ce qui facilite grandement l'accès des mères de famille.

Nous avons cependant relevé un certain nombre de points qui nous ont semblé négatifs:

. Pourquoi a-t-on décidé de séparer les premières visites des visites complémentaires (voir page 32) ? Ne serait-il pas plus attractif de laisser les femmes choisir leur jour ! Nous avons eu à constater que certaines d'entr'elles étaient refoulées car elles s'étaient trompées de jour.

. Pourquoi refoule-t-on des femmes qui arrivent au delà de 10 heures alors que nous avons vu (voir page 37) que le temps de travail représentait 57 % du temps officiel du centre et que les consultations prénatales étaient terminées en général entre 10 h 30 et 12 h 30 !

. Les gestes effectués sont des gestes de routine et ne varient pas selon l'état de la patiente.  
Nous avons relevé que:

- + la notion de groupe à risque n'apparaît pas dans le déroulement des consultations prénatales ( absence de recherche de bassin trop étroit ou déformé, rareté dans la recherche d'antécédents de morts nés à plusieurs reprises...).

- + l'absence de recherche systématique des oedèmes des membres inférieurs (27 %)

- + l'absence de prise systématique de la tension artérielle (pas d'appareil à tension !). La prise de tension artérielle est pourtant un geste capital à effectuer chez toute femme enceinte, l'hypertension artérielle pouvant être un signe d'alarme de la toxémie gravidique.

- + pas de toucher vaginal: il s'agit pourtant d'un geste essentiel de l'examen gynécologique, que rien ne peut remplacer.

- + absence de recherche systématique d'une glycosurie.

- + le régime sans sel demeure une attitude systématique en cas d'oedèmes des membres inférieurs alors que le repos constitue la principale prescription qui est indiquée devant un tel signe (9). Est-ce un manque d'information ou une attitude figée?

- + la prescription systématique de "Solubacter" et de "Polygynax" ne nous paraît pas justifiée. Nous estimons qu'il s'agit d'une très grosse dépense (4 240 F), qui devrait être éventuellement réservée aux personnes présentant des signes d'infection génitale.

- + la prescription de "Chophytol" en cas d'oedèmes des membres inférieurs est également pour nous incompréhensible.

- + Nous ne pouvons pas non plus approuver le traitement des anémies par des spécialités coûteuses et pauvres en fer telles que la "Globisine et l'Erythroton", alors que des produits comme le "Fumafer et le Fefol" sont beaucoup moins chers et contiennent les quantités requises de fer.

. Pourquoi l'achat du carnet de santé maternelle ne peut-il pas se faire le même jour que la première consultation ?

Il y a là de toute évidence une cause de dérangement pour les femmes dont nous ne voyons pas la justification.

. Pourquoi faut-il que ce soit une infirmière obstétricienne qui fasse les prescriptions alors que plusieurs sages-femmes sont présentes et qu'elles sont très loin d'être surchargées.

. Le travail à la chaîne qui caractérise les consultations ne nous paraît pas justifié compte tenu de l'absence de surcharge:

. Comment peut-on penser effectuer des prénatales de qualité en leur accordant 1 minute en moyenne (au maximum 4 mn pour une première visite et 30 secondes pour une visite complémentaire), alors qu'une sage-femme affectée au poste de consultations prénatales assure en moyenne 1 heure de travail effectif par jour et qu'il y a 5 sages-femmes affectées à ce poste !

\*Les consultations de planning familial

Leur étude nous a conduite à faire les observations suivantes:

. L'examen des femmes est insuffisant:

+ pas de prise de tension artérielle, alors que l'hypertension constitue un facteur de risque dont on doit tenir compte dans la prescription de contraceptifs hormonaux. Il n'y a même pas d'appareil à tension.

+ pas de toucher vaginal, alors qu'il s'agit d'un geste indispensable dans une consultation gynécologique.

+ pas de palpation systématique des seins.

+ pas de pesée alors que les contraceptifs hormonaux ont une action sur le métabolisme des lipides

. Il n'y a aucune activité d'information au niveau du poste

Les consultations pourraient être beaucoup plus complètes dans la mesure où il y a trois sages-femmes pour un poste qui au cours de notre semaine d'étude n'a reçu que 98 consultantes, soit en moyenne moins de 6 femmes par sage femme et par jour !

\*La réhydratation par voie orale des enfants

. Le poste a très peu d'activités: seulement 19 enfants ont été reçus au cours de notre semaine d'étude. Par ailleurs, son impact sur la population cible est vraiment très faible: si l'on admet une incidence moyenne de 5 épisodes diarrhéiques par personne et par an(20), cela représente un taux de couverture de 0,0005, c'est à dire un chiffre pratiquement nul.

. Le personnel prépare lui même l'eau de réhydratation et ne permet pas aux mamans d'effectuer les gestes recommandés sous le contrôle de personnes qualifiées.

. On n'apprend pas aux mamans comment préparer une solution sucrée-salée à domicile au niveau de ce poste.

.Le Centre de Sogoniko évacue sur l'hôpital Gabriel Touré les enfants qui nécessitent une réhydratation par voie intraveineuse.  
Or il dispose largement des qualifications nécessaires pour effectuer lui même ce geste technique qu'est la pose d'une perfusion.  
Cela éviterait une hospitalisation et reviendrait beaucoup moins cher à la famille.

\*Les soins infirmiers

-Les pansements

.La qualité des soins en matière de pansement souffre surtout du manque de matériel.  
Pas de boîte de petite chirurgie, pinces et ciseaux sont dans un état défectueux, etc...  
Pour faire une suture, on se sert d'une aiguille de couturière et de fil à tresser les cheveux fournis par le malade !

.Les malades sont obligés d'apporter eux mêmes tout ce que nécessite leur pansement, à savoir compresses, sparadrap, bandes, pommade. Ils bénéficient cependant de la fourniture de coton, d'alcool et de mercurochrome.  
Ceci est source de perte de temps, de gaspillage et de dépenses supplémentaires pour les malades.

-Les injections

.Le poste qui en a la charge dispose de 5 personnes pour une moyenne de 32 malades par jour.

.Nous avons remarqué la pratique de perfusion par voie sous cutanée au niveau de l'abdomen en cas de déshydratation sévère. C'est pour nous l'occasion de rappeler que nous trouvons anormal qu'un centre communal tel que celui de Sogoniko ne puisse pas faire de perfusions intraveineuses !

-la pesée et la prise de température des malades

2 personnes sont affectées à ce poste alors qu'il n'y'a même pas de pèse-bébé ni de balance.  
On ne procède donc qu'à la prise de température !

\*Les accouchements

Il est satisfaisant de constater que presque toutes les sages femmes participent au tour de garde.  
Cependant, certaines observations négatives peuvent être faites:

. Toutes les femmes en travail reçoivent de façon systématique un traitement ocytocique. Nous considérons qu'il s'agit là d'une attitude inacceptable et qui devrait être interdite. La prescription d'ocytocique doit en effet être le résultat d'indications particulières. Nous tenons à rappeler que nous avons assisté à l'évacuation d'une femme pour dysproportion foeto-pelvienne qui avait elle aussi reçu un traitement ocytocique.

Il s'agit par ailleurs d'une dépense importante (2 000 F ) qui contribue à alourdir inutilement le coût de l'accouchement.

.Il est étonnant de constater qu'un centre de santé communal évacue ses cas d'hémorragies de la délivrance alors qu'elles nécessitent un traitement qui est parfaitement à sa portée et qui ne justifie donc pas une évacuation.

.Dans la salle d'accouchements, l'importance est surtout accordée à l'évolution de la dilatation du col. Aucune attention n'est portée sur les antécédents éventuels, ni sur l'auscultation des bruits du coeur foetal (il n'y a même pas de stéthoscope obstétrical).

.Le respect des règles d'aseptie est insuffisant et nous pouvons affirmer qu'il y a risque de transmission du SIDA par l'intermédiaire de matériel souillé. Il n'est pas acceptable qu'une seule femme court le risque d'être atteinte de SIDA en se rendant à la maternité. Par ailleurs, la poche des eaux est rompue à l'aide d'un embout de perfuseur qui n'est pas stérile.

.Tous les nouveaux-nés ne reçoivent pas de façon systématique les gouttes de collyre dont ils devraient bénéficier. Le centre devrait être capable d'acheter sur ses ressources propres les quelques flacons de collyre de nitrate d'argent que nécessite une telle pratique !

.La salle d'accouchements ne dispose pas du minimum de matériel indispensable: pas d'appareil à tension, pas de stéthoscope obstétrical, pas de clamp, pas de sonde vésicale, pas de pince à aggraffes ! Il n'existe aucune possibilité d'envisager le minimum de réanimation si un enfant a quelques difficultés après sa naissance (désobstruction des voies aériennes supérieures, oxygénation...)

.25 % des accouchements sont faits par des aides-soignantes, ce qui est difficilement acceptable dans une maternité qui compte 18 sages femmes !

\*Le suivi des accouchées

.Les femmes accouchées ne sont suivies que par un interrogatoire très rapide (moins d'une minute) et ne bénéficient d'aucun examen clinique systématique.

.Pas de prise de la température ni de la tension artérielle.

.Cette période privilégiée pour l'I.E.C. n'est pas suffisamment exploitée. C'est ainsi notamment qu'aucune information n'est donnée aux femmes nouvellement accouchées sur l'importance des visites postnatales et du planning familial.

#### \*Les visites postnatales

Elles se caractérisent par une très bonne qualité de l'accueil (87 %) et par le fait qu'elles sont vraiment faites par des sages-femmes.

On doit cependant regretter que:

.Elles sont très peu développées et ne concernent que 30 % des femmes qui sont venues accoucher à la maternité. Ceci explique notamment que le poste n'effectue que 8 % du temps officiel de travail.

.Elles ne sont l'objet d'aucun toucher vaginal, qui pourtant est l'un des gestes fondamentaux de telles visites.

#### \*Les vaccinations

.Elles occupent 9 personnes à temps plein, ce qui paraît beaucoup pour le nombre de vaccinations à réaliser au cours de l'année.

.Il s'agit cependant d'un poste efficace, dont l'impact sur la population est remarquable. En effet, nous avons vu que la couverture vaccinale des enfants de 12 à 71 mois était de 35,4 %

.La répartition du temps de travail est très inégale entre les différents membres du personnel: c'est ainsi qu'une sage-femme travaille pendant 1 h 30 par jour alors qu'une infirmière de santé du poste travaille pendant 3 h 18 par jour.

Nous avons cependant quelques remarques à faire:

.Tout enfant qui est né à la maternité doit en sortir avec le BCG, ce qui n'est pas toujours le cas. En effet, seuls les enfants qui sortent le jour d'une séance de vaccination au centre fixe en bénéficient de façon systématique.

De même, il nous paraît dommage que le poste fixe de vaccination ne soit pas ouvert tous les jours.

d) L'information de la population

## SÉRMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, 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 pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

NOM : KASSAMBARA

PRENOMS : Mariam

TITRE de la THESE : EVALUATION D'UN CENTRE  
DE SANTE MATERNELLE ET INFANTILE  
EN MILIEU URBAIN  
(Appliquée à la Commune 6 du District de  
Bamako)

A N N E E : 1988 - 1989

VILLE de SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : M A L I

LIEU de DEPOT : B I B L I O T H E Q U E Ecole Nationale de  
Médecine et de  
Pharmacie

SECTEUR d'INTERET : SANTE PUBLIQUE

RESUME : Nous avons fait une évaluation du centre de SMI de  
Sogoniko en effectuant deux études complémentaires :  
une étude de la qualité de l'offre et une de la  
demande des services.

Les résultats confirment la non intégration des  
différents volets de la SMI/PF d'une part. D'autre  
part, la qualité des services souffre de certaines  
insuffisances liées surtout au manque de formation  
permanente.

(6) MOTS-CLES :

- SANTE MATERNELLE ET INFANTILE
- QUALITE DE L'OFFRE
- PRODUCTIVITE DU PERSONNEL SANITAIRE
- COMPETENCE DE CE PERSONNEL
- UTILISATION DES SERVICES DE SMI PAR LA POPULATION CIBLE