

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE DE BAMAKO



REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi



Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto
Stomatologie

Année Universitaire 2011-2012

N°.....

TITRE

*L'ACCES DES FEMMES AUX SERVICES DE
SANTE DE LA REPRODUCTION DANS LA
REGION DE SIKASSO*

THESE

Présentée et soutenue publiquement le // / 2013 devant la Faculté de
Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par **Karamoko Coulibaly**

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Professeur Abdoulaye Ag RHALY

Membre : Dr Bintou Tine TRAORE

Co-Directrice: Dr GUINDO Mariam TRAORE

Directeur de thèse : Professeur Hamadoun SANGHO

1

L'accès des femmes aux services de santé de la reproduction dans la région de Sikasso.

DEDICACES

BISMILLAHI RAHMANI RAHIMI

Louange et gloire à ALLAH le Tout puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et voir ce jour que j'attendais tant.

A notre PROPHETE MOHAMED. Salut et Paix sur lui, à toute sa famille, tous ses compagnons et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement.

Après avoir rendu grâce à DIEU.

Je dédie ce travail

A mon père: Seydou COULIBALY

Grâce à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, la probité, du respect de soi et des autres, la rigueur et la loyauté. Ton soutien moral, affectif et matériel ne m'a jamais fait défaut. Merci ! Pour ce que tu as fait pour moi. Je resterai toujours un enfant digne de toi et je me souviendrai toujours de tes sages conseils. Que Dieu te donne encore longue vie, car nous aurons toujours besoin de toi.

❖ A ma mère : Mamou THIERO

La plus gentille de toutes les mamans je te suis redevable de la chose la plus importante qui soit « la vie ». En effet c'est à toi que Dieu a confié cette lourde tâche. Tu as pris soin de nous. Tu nous as toujours protégés. Femme dynamique, généreuse, loyale, joviale, sociable, attentionnée, croyante, naturelle et infatigable, tes conseils, tes encouragements, tes câlins, tes bénédictions ne m'ont jamais fait défaut. Voici le fruit de ton amour et de tes sacrifices. Que Dieu te donne encore longue vie, car nous aurons toujours besoin de toi. Merci pour toute maman.

A mon Tonton : *Amadou TRAORE*

Les mots me manquent terriblement pour exprimer mes sentiments aujourd'hui. Tu as toujours été à mon côté. Tu nous as appris le sens de la dignité, de l'honneur, du respect et de la probité. Tes prières et tes bénédictions ne nous ont jamais fait défaut, ainsi que ton soutien moral, affectif et matériel. Je veux te dire merci, pour toute la confiance que tu as placée en moi, merci pour tout ce que tu as fait et pour tout ce que tu feras encore pour moi.

Saches que je ne saurai jamais te rendre un hommage à la hauteur de tes efforts consentis. Je profite de l'occasion pour te dire pardon ! Pardon ! pour toutes les fois où je n'ai pas été à la hauteur de tes souhaits.

Au nom de toute ma famille, je te dis encore merci. Que DIEU te bénisse.

AMEN !!!

❖ A mes grands parents :

Le fruit dont vous avez tant souffert pour l'entretien a maintenant mûri, et DIEU en a décidé autrement pour certains, la cueillette. Que cet entretien vous soit récompensé par le paradis Je profite de l'occasion pour demander pardon ! Pardon ! pour toutes les fois où je n'ai pas été à la hauteur de vos souhaits.

❖ A mes tontons et tantes :

Vous êtes merveilleux, comme un père et une mère, vous vous êtes souciés de mon propre avenir. Merci infiniment pour tout ce que vous faites pour moi . Vos conseils vos bénédictions et votre soutien perpétuels, ne m'ont jamais fait défaut. Ce travail est tout à fait à votre honneur. Puissions-nous demeurer unis par la grâce de Dieu. Qu'ALLAH vous donne une santé de fer...

❖ Au Dr Sidiya Maiga :

Les mots me manquent pour te dire combien merci, j'ai trouvé en toi un homme honnête, plein de bon sens et courageux.

Je te souhaite beaucoup de réussite dans ta carrière professionnelle.

REMERCIEMENTS

♥ A tous les enseignants (es) de mon parcours scolaire et universitaire :

Je vous dois tout. Je suis fier d'avoir été votre élève, votre étudiant. Trouvez dans ce travail cher Maîtres, le témoignage de ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié.

♥ A mon groupe d'exercice depuis la première année de médecine :

Merci pour vos aides, vos conseils et votre disponibilité. Ce travail est à votre honneur; Qu'il soit le témoignage de ma profonde gratitude. Que le bon Dieu vous accompagne tout au long de votre carrière médicale, vous donne longue vie et resserre nos liens.

♥ A tous les personnels du CREDOS

♥ A tous les personnels du CS Réf de la commune IV:

A tous les sage femmes, les stagiaires, les étudiants faisant fonction d'interne spécifiquement à **mon équipe de garde**, merci pour la franche collaboration.

♥ Aux médecins généralistes et gynécologues obstétriciens particulièrement *Dr Koné, Dr Saye, Dr Diarra :*

Merci pour la formation reçue à vos coté. Vous nous faite honneur.

Vous faites la fierté du pays de part la qualité de vos prestations. Courage et bonne continuation.

♥ A mes frères et sœurs : *Siaka, Setou, Sayo, Mamadou, Djelika, Fatoumata, les jumeaux, Koniba, Sadio et Moussa :*

Vous faites la joie de la famille. C'est une fierté de vous avoir comme frères et sœurs. En nous voyant le mot fraternité prend tout son sens. Ce travail est le fruit de nos efforts conjugués, mais il vous revient de plein droit car vous m'avez toujours soutenue dans mes hauts et mes bas. La confiance, l'assurance, le respect mutuel, la franchise, l'union, la compassion, que nous nous portons est vraiment un don de l'éternel. Le conseil que je peux vous dire c'est de vous

mettre sur la voie de l'instruction avec beaucoup de Courage et de détermination. Vous êtes adorables.

♥ **A mes cousines et mes cousins**

Votre amour, encouragement, sensibilité ne m'ont jamais fait défaut. Qu'ALLAH vous donne longue vie pour qu'on continue de partager ensemble ces moments de joie qu'on a toujours partagés.

♥ **A mes amies :** *Madou Coulibaly, Bourama Coulibaly, Issa Coulibaly, Amidou Coulibaly, MCI, Adama Sanogo, Drissa Sangaré, Bazou, N Goita, Abdoulaye dit Blau et Ousmane dit Sergent.*

Votre combativité, vos ambitions, vos Croyances et votre optimisme font de vous des hommes de cœur et des amies respectables.

Soyez bénis le premier jour de notre rencontre. J'ai eu le plaisir de vous connaître durant ces années. Vous avez été toujours là quand j'ai eu besoin de vous comme si nous partageons le même arbre généalogique. Merci pour vos aides, vos conseils et votre disponibilité. Ce travail est à votre honneur; Qu'il soit le témoignage de ma profonde gratitude. Que le bon Dieu vous récompense, vous donne longue vie et resserre nos liens.

♥ **A toute la famille Tangara**

♥ **A tous ceux que j'ai omis de citer**

J'ai sûrement oublié sur papier mais mon cœur, lui n'a rien oublié.

♥ **A tous ceux qui ont contribué de quelque façon que ce soit.**

♥ **A Toi qui utilisera un jour ce document pour tes recherches**

Qu'il t'apporte ce dont tu as besoin et permette d'apporter un plus dans la science en vue d'une meilleure santé pour tous.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Professeur Abdoulaye Ag RHALY

Professeur honoraire de médecine interne à la FMOS

Membre du comité d'éthique de la FMOS

Chevalier international des palmes académiques du CAMES

**Docteur HONORIS CAUSA de l'université D'HAVAN au QUEBEC
CANADA**

Cher maître,

Vous nous faites un immense honneur en acceptant de présider ce jury.

Nous avons tiré un grand profit de votre enseignement clair et didactique.

Nous avons été séduits par la qualité de votre savoir scientifique et votre ouverture envers les étudiants.

Trouvez ici cher maître toute notre admiration et notre profond respect.

A notre maitre et juge

Docteur Bintou Tine TRAORE

Gynécologue de formation

Master en sante publique

Chef de section Mère/Enfant Division Sante de la reproduction (DSR/DNS)

Cher maître,

C'est un grand honneur et une source de joie pour nous de vous avoir parmi les membres de jury malgré vos multiples occupations.

Le jugement que vous porterez sur ce modeste travail nous rendra un estimable service car il sera l'expression de votre expérience pratique.

Votre présence dans ce jury nous reconforte énormément.

A notre maître et Co-directrice de thèse

Docteur GUINDO Mariam TRAORE

Master en Santé publique

Attachée de recherche au CREDOS

Cher maître,

C'est un honneur de vous compter parmi ce jury malgré un emploi du temps très restreint.

Votre générosité, votre immense gentillesse font de vous une mère et une maîtresse admirée de tous.

Cher maître, toute notre fierté d'être encadré par vous.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Hamadoun SANGHO

Maître de Conférences Agrégé en santé publique

**Directeur Général du centre de recherche, d'études et de documentation
pour la survie de l'enfant (CREDOS)**

**Professeur titulaire de santé publique à la Faculté de Médecine et
d'Odonto-Stomatologie (FMOS)**

Cher maître,

Vous nous avez accueillis à bras ouverts, confié ce travail et accepté sa direction et nous fait bénéficier de votre grande compétence en matière de recherche en santé publique, ceci est un grand honneur pour nous.

Trouvez dans ce travail, cher maître, le très humble témoignage de notre profonde gratitude et sincère reconnaissance pour l'encadrement agréable et remarquable dont nous avons bénéficié.

SIGLES ET ABREVIATIONS

CCC :	Communication pour le Changement de Comportement
CPN :	Consultation Périnatale
CPoN :	Consultation Post Natale
CSCoM :	Centre de Santé Communautaire
DTC :	Directeur Technique de CSCoM
EDSM-IV :	Enquête Démographique et de Santé du Mali 4 ^{ème} édition
FNUAP :	Fond des nations unies pour la population
Hbts :	Habitants
Inf d'Etat :	Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)
Infirmière Obs :	Infirmière Obstétricienne
IST :	Infection Sexuellement Transmission
mn :	minute
NB :	Nombre
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PEV :	Programme Elargie de Vaccination
PF :	Planification Familiale
PPS :	Point de Prestation de Service
PTME :	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
SIDA :	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SR :	Santé de la Reproduction
TS :	Technicien de Santé
TSS :	Technicien Supérieur de Santé
UEMOA :	Union Economique Monétaire Ouest Africaine
UNICEF:	Fond des nations unies pour l'enfance
VAT:	Vaccin anti tétanique

VIIH : Virus de l'Immunodéficience Humain

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : liste des districts sanitaires et CSCom retenus pour l'étude.....	23
Tableau II : Répartition des femmes en fonction des tranches d'âge par district sanitaire.....	28
Tableau III : Répartition des femmes en fonction de l'ethnie par district sanitaire.....	28
Tableau IV : Répartition des femmes en fonction du statut matrimonial par district sanitaire.....	29
Tableau V : Répartition des femmes en fonction du niveau d'instruction par district sanitaire.....	29
Tableau VI : Répartition des femmes en fonction de la profession par district sanitaire.....	30
Tableau VII : Analyse du nombre de grossesses par femme et par district sanitaire.....	31
Tableau VIII : Répartition des femmes en fonction du nombre d'avortements par district sanitaire.....	31
Tableau IX : Répartition des femmes ayant eu des accouchements morts nés en fonction des districts sanitaires.....	32
Tableau X : Répartition des femmes en fonction du nombre d'enfants de moins de 5 ans par district sanitaire.....	32
Tableau XI: Répartition des femmes en fonction de la pathologie vécue par leurs enfants de moins de 5 ans lors de leurs dernières maladies.....	34
Tableau XII : Répartition des femmes selon les raisons qui font que la CPN ne se réalise.....	37
Tableau XIII : Répartition des femmes qui utilisent la PF en fonction des méthodes de préférence.....	41

Tableau XIV : Répartition des femmes qui utilisent la PF en fonction des difficultés auxquelles elles sont confrontées par district sanitaire.....	42
Tableau XV: Répartition des femmes qui utilisent la PF en fonction des solutions qu'elles ont proposé pour la rendre meilleure.....	43
Tableau XVI: Répartition des femmes enquêtées à la sortie des Centre de Santé par district sanitaire.....	44
Tableau XVII : Répartition des femmes en fonction de leur opinion sur l'attitude de la personne qui les a reçus au CSCom par district sanitaire.....	46
Tableau XVIII : Répartition des femmes selon leur satisfaction de l'accueil.....	47
Tableau XIX: Répartition des femmes selon le motif de leur satisfaction par district sanitaire.....	47
Tableau XX : Répartition des femmes selon la façon dont elles installées pendant l'attente par district sanitaire.....	48
Tableau XXI : Répartition des femmes en fonction de la disponibilité du personnel sanitaire aux heures de service par district sanitaire.....	49
Tableau XXII : Répartition des femmes en fonction de la disponibilité du personnel sanitaire hors des heures de service par district sanitaire.....	49
Tableau XXIII : Répartition du personnel de SR des CSCom enquêtés par district sanitaire.....	51
Tableau XXIV : Répartition du personnel des CSCom selon l'activité la plus concernée par la mauvaise fréquentation par district sanitaire.....	52
Tableau XXV : Répartition du personnel des CSCom selon les raisons de fréquentation de CPoN par district sanitaire.....	53
Tableau XXVI : Répartition du personnel des CSCom selon les solutions proposées pour améliorer les sous fréquentations par district sanitaire.....	54

Tableau XXVII : Répartition des CSCom selon la disponibilité de médicaments par district sanitaire (1=présence de médicament, 0=rupture).....	56
Tableau XXVIII: Répartition des CSCOM selon les opinions des DTC sur fréquentation des services par district sanitaire.....	57
Tableau XXIX: Répartition des femmes selon le moyen utilisé pour se au centre par districts sanitaires.....	58
Tableau XXX: Situation géographique des CSCom par rapport aux villages la population.....	59
Tableau XXXI: Répartition des CSCom en fonction du nombre de personnel.....	61
Tableau XXXII: Répartition des CSCom selon la disponibilité des services.....	62

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des femmes selon que leurs enfants de moins de 5 ans soient tombés malades les trois derniers mois précédent l'enquête.....	33
Figure 2 : Répartition des femmes selon qu'elles soient tombées malades au cours des trois derniers mois précédent l'enquête par district sanitaire.....	33
Figure 3: Répartition des femmes selon le recours au centre de santé lors de leurs maladies par district sanitaire.....	34
Figure 4 : Répartition des femmes selon l'accouchement au CSCom par district sanitaire.....	35
Figure 5 : Répartition des femmes selon les autres recours qu'elles utilisent en plus du CSCom par districts sanitaires.....	35
Figure 6 : Répartition des femmes ayant dormi sous MIILDA la dernière nuit précédant l'interview par district sanitaire.....	36
Figure 7 : Répartition des femmes selon la réalisation des consultations prénatales lors de la dernière grossesse.....	36
Figure 8: Répartition des femmes selon le nombre de CPN réalisées et par district sanitaire.....	37
Figure 9 : Répartition des femmes selon la prise des 2 doses de SP au cours de la grossesse et par district sanitaire.....	38
Figure 10 : Répartition des femmes en fonction du nombre de VAT reçus par districts sanitaires.....	38
Figure 11: Répartition des femmes ayant bénéficié de la présentation des méthodes contraceptives lors de leur CPON	39
Figure 12 : Répartition des femmes selon qu'elles ont accepté d'adopter une des méthodes contraceptives qui leur ont été présentées.....	39

Figure 13 : Répartition des femmes selon leur information sur les méthodes de PF par district sanitaire.....	40
Figure 14 : Répartition des femmes selon l'utilisation des méthodes de PF.....	40
Figure 15 : Répartition des femmes qui utilisent la PF selon d'approvisionnement pour les méthodes.....	42
Figure 16 : Répartition des femmes enquêtées à la sortie du centre de santé en fonction de l'âge par district sanitaire.....	44
Figure 17 : Répartition des femmes selon le respect de l'ordre de passage.....	45
Figure 17 : Répartition des femmes selon le respect de l'ordre de passage.....	45
Figure 19 : Répartition des femmes selon qu'elles se soient senties à l'aise par rapport au genre de la personne qui les a reçu par district sanitaire.....	46
Figure 20 : Répartition des femmes en fonction de leur appréciation sur l'état de propreté des latrines des CSCom par district sanitaire.....	48
Figure 21 : Répartition des femmes selon la disponibilité des médicaments	50
Figure 22 : Répartition des femmes selon la prescription de médicaments par district sanitaire.....	50
Figure 23 : Répartition des femmes selon le lieu d'achat des médicaments par district sanitaire.....	51
Figure 24 : Répartition du personnel des CSCom selon leur avis sur la période de l'année où la fréquentation est la plus basse par district sanitaire.....	52
Figure 25 : Répartition des femmes selon les raisons du non achat des médicaments par district sanitaire.....	58
Figure 26 : Répartition des femmes en fonction de l'éloignement du centre de santé par district sanitaire.....	60

Figure 27 : Répartition des mères ayant accouché selon la disponibilité du

Carnet vaccination de l'enfant.....**60**

SIGLES ET ABREVIATIONS

CCC :	Communication pour le Changement de Comportement
CPN :	Consultation Prénatale
CPoN :	Consultation Post Natale
CSCoM :	Centre de Santé Communautaire
DTC :	Directeur Technique de CSCoM
EDSM-IV :	Enquête Démographique et de Santé du Mali 4 ^{ème} édition
FNUAP :	Fond des nations unies pour la population
Hbts :	Habitants
Inf d'Etat :	Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)
Infirmière Obs :	Infirmière Obstétricienne
IST :	Infection Sexuellement Transmission
mn :	minute
NB :	Nombre
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PEV :	Programme Elargie de Vaccination
PF :	Planification Familiale
PPS ;	Point de Prestation des services
PTME :	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
SIDA :	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SR :	Santé de la Reproduction
TS :	Technicien de Santé
TSS :	Technicien Supérieur de Santé
UEMOA :	Union Economique Monétaire Ouest Africaine
UNICEF:	Fond des nations unies pour l'enfance
VAT:	Vaccin anti tétanique
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humain

Sommaire

I.INTRODUCTION.....	1
II.OBJECTIFS	4
III.GENERALITE	5
IV.METHODOLOGIE	19
V. RESULTATS.....	28
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	64
VII. CONCLUSION.....	69
VIII. SUGGESTIONS	70
IX. REFERENCES.....	71
X. ANNEXES.....	////

I. INTRODUCTION

Malgré les efforts consentis pour l'amélioration des indicateurs de santé maternelle et infantile au Mali, la mortalité maternelle demeure très élevée (464 pour cent mille naissances) [1] faisant du Mali l'un des pays du monde où une femme qui tombe enceinte ou qui accouche court le plus de risques de mourir, il en est de même que pour son enfant. Le nombre de décès imputables à la grossesse et à l'accouchement au Mali montre que pour les femmes, le droit à la vie n'est pas encore assuré.

Cet état de fait pourrait s'expliquer par la faible utilisation des services de santé de la reproduction en particulier et l'accès insuffisant aux services de santé en général. Elle est aggravée par des pratiques et comportements néfastes, dont les grossesses précoces, les grossesses rapprochées, les avortements clandestins, la recherche tardive de soins, les difficultés d'accès et l'insuffisance de soins obstétricaux adéquats.

Dans le monde, malgré les efforts dans le domaine de la vaccination, le tétanos de la mère est responsable d'au moins 5% des décès maternels par an [2]. Le tétanos néonatal est responsable de 14% de décès des enfants âgés de moins d'un mois [3]. L'efficacité de la prévention du tétanos néonatal par la vaccination anti-tétanique n'est plus à démontrer. Chez une mère vaccinée elle protège le nouveau-né d'une part contre le tétanos ombilical [4], et d'autre part contre le tétanos néonatal par les anticorps transmis passivement de la mère à l'enfant [5].

Les trois stratégies recommandées par l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP pour parvenir à éliminer le tétanos maternel et néonatal consistent à :

Administrer au minimum deux doses d'anatoxine tétanique (VAT) à toutes les femmes enceintes, et dans les zones à haut risque, trois doses de VAT à toutes les femmes en âge de procréer ;

Promouvoir l'hygiène à l'accouchement pour toutes les femmes enceintes ;

Assurer une surveillance efficace du tétanos maternel et néonatal.

Au Mali, de nombreux efforts sont déployés dans ce domaine. Des campagnes massives de vaccination anti-tétanique y sont organisées chaque année. Ces vaccinations concernent la mère en âge de procréer et les enfants de 0 à 5 ans. Pour la mère, il s'agit de la vaccination anti-tétanique. La première dose de VAT était systématique dès la première CPN. La deuxième dose était prescrite au moins quatre semaines après la première dose.

Bien que traditionnellement pratiqué, l'espacement des naissances reste à un niveau très bas évoluant de 4,5% en 1996 à 9,2% en 2010 de femmes en union et utilisant un moyen moderne de contraception alors que les besoins non satisfaits sont estimés à 31% [1].

Un autre problème est celui de l'instabilité du personnel soignant au niveau des CSCom, l'insécurité de l'emploi, l'absence d'un mécanisme de gestion de carrière du personnel et l'absence d'opportunité de formation et de spécialisation.

S'agissant des droits relatifs à la procréation et des droits sexuels, ils sont très souvent ignorés et la manifestation apparaît :

Dans la planification familiale ;

Dans la propension des maladies IST/SIDA ;

Dans la résistance des pratiques néfastes à la santé de la femme ;

En outre la participation des femmes aux prises de décision connaît des contraintes que sont :

Le poids de la tradition ;

La faible capacité des femmes en matière de prise de décision sur la santé ;

Le taux d'analphabètes élevé des femmes surtout en zones rurales où les résistances socioculturelles sont encore très fortes ;

La mauvaise interprétation des textes qui dénote la résistance de certains hommes quant à la promotion des femmes.

Cette étude a été entreprise pour mieux cerner les facteurs et actions à entreprendre en vue d'améliorer l'accès des femmes à des services de santé de qualité dans la région de Sikasso.

II.OBJECTIFS

2.1 Objectif principal

Etudier l'accès des femmes à des services de santé de qualité dans la région de Sikasso (Mali).

2.2 Objectifs spécifiques

1. Déterminer les caractéristiques socio démographiques des femmes dans la communauté et au niveau des points de prestation des services de santé de la reproduction
2. Identifier les besoins d'utilisation des services de santé de la reproduction par les femmes
3. Déterminer l'opinion des femmes et des prestataires sur les points de prestation des services de santé de la reproduction
4. Analyser les barrières (socio –culturelles, géographiques, financières, liées aux services de santé) à l'accès des femmes aux services de santé de la reproduction de qualité
5. Faire des suggestions pour améliorer l'accès des femmes à des services de santé de la reproduction de qualité

III.GÉNÉRALITÉ

A. Définition de la santé :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans sa constitution, en 1946, donne comme définition de la santé « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement l'absence de maladie et d'infirmité » [6].

B. Rappel sur la santé de la reproduction

B.1. Définition des concepts

La santé de la reproduction est selon l'OMS un état de bien être tant physique que mental et social pour tout ce qui touche l'appareil génital (ses fonctions et son dysfonctionnement) chez l'homme et les femmes de tout âge [7].

La santé de la reproduction suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle responsable, satisfaisante et sans risque, qu'elle est capable et libre de procréer selon son choix, ainsi que d'utiliser les méthodes de régulation des naissances convenables ; ceci va de pair, avec le droit des Hommes sur la régulation de la fécondité et à l'utilisation des méthodes contraceptives de leur choix, à la fois sûres, efficaces, peu coûteuses et acceptables.

Aussi les populations ont le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien la grossesse et l'accouchement, afin que les couples aient toutes les chances; d'avoir un enfant en bonne santé.

Les services de santé de la reproduction comprennent l'ensemble des méthodes techniques et des services qui contribuent à la santé et au bien être en matière de procréation, par la prévention et la résolution des problèmes pouvant se poser dans ce domaine ; incluant aussi les soins liés à la santé sexuelle ne devant pas se limiter qu'aux conseils ; les soins relatifs à la procréation et aux IST, mais aussi l'amélioration de la qualité de vie et des relations interpersonnelles.

Au Mali, le concept de santé de la reproduction comprend un ensemble de mesures préventives, curatives et promotionnelles visant à améliorer la prise en charge des groupes vulnérables que constituent les femmes, les enfants, les adolescents et des jeunes afin de réduire la morbidité et la mortalité maternelles, infantiles, juvéniles et ainsi promouvoir le bien-être de tous les individus.

En outre, la santé de l'enfant est considérée comme un volet prioritaire dans la politique de santé et de population. A cet effet, pour couvrir le concept de Santé de la reproduction, il faut associer à la santé de la reproduction, la santé infantile.

La Concession : est un espace clôturé ou non, à l'intérieur duquel sont bâtie(s) une ou plusieurs constructions à usages divers (habitations et dépendances, édifices publics ou privés etc.). Une concession est généralement entourée par un mur ou une haie. Elle peut dans certains cas être constituée par un ensemble de constructions indépendantes, non obligatoirement entourées de mur ou de haie. Elle peut aussi se réduire à une seule construction utilisée ou non à une fonction déterminée (immeuble de logements). Ainsi, peuvent être considérées comme concessions des bâtiments affectés aux usages administratif, public ou religieux, industriel, commercial etc. La concession peut être occupée par un ou plusieurs ménages et se constituer d'un ou de plusieurs logements. Elle est généralement placée sous la responsabilité d'un chef de concession (propriétaire ou non) [8].

Le Ménage : est un individu ou un groupe d'individus apparentés ou non vivant à l'intérieur d'une concession sous l'autorité d'une personne appelée chef de ménage. Le ménage est constitué du chef de ménage, son ou ses épouses et leurs propres enfants non mariés, avec éventuellement d'autres personnes avec ou sans lien de parenté [8].

B.2. Volets et composantes de la santé de la reproduction au mali

a. Volets

- Volet femme
- Volet enfant
- Volet jeune
- Volet homme

b. Composantes

Les composantes de santé de la reproduction sont:

- Les soins prénatals, pernatals, postnatals y compris les soins aux nouveau-nés.
- Les soins après avortement (**SAA**).
- Les soins liés à l'approche « genre & santé ».
- La santé de la reproduction des adolescents et des jeunes (**SRAJ**) y compris la prise en charge des problèmes liés à la puberté.
- La survie de l'enfant de 0 à 5 ans/ **PCIME**.
- La communication pour le changement de comportement en santé de la reproduction (**CCC**).
- L'assurance qualité des soins et des services en santé de la reproduction incluant la prévention de l'infection et l'audit des décès maternels.
- La Planification familiale (**PF**).
- La prévention et le traitement des **IST-VIH/SIDA**.
- La gestion des services de santé de la reproduction.
- La formation en santé de la reproduction.
- La supervision suivi/Evaluation des services de santé de la reproduction.
- La recherche opérationnelle en santé de la reproduction.
- La santé des hommes : les dysfonctionnements sexuels et les tumeurs génitales chez l'homme.

- Les affections gynécologiques et les dysfonctionnements sexuels chez la femme incluant la ménopause

B.3. Politique des composantes de santé de la reproduction

Parmi les différentes composantes nous nous intéresseront : La CCC ; la PF ; la CPN ; La CPoN ; la survie de l'enfant de 0 à 5ans ; gestion des services de sante de la reproduction ; la prévention et traitement des IST-VIH /SIDA et la qualité des services & Prévention des infections.

1. La communication pour le changement de comportement en santé de la reproduction

a. Définition: C'est un processus qui consiste à échanger des idées ou des informations avec soi-même ou avec une ou plusieurs personnes, afin d'apporter le savoir, le savoir-faire et le savoir être nécessaires pour un changement de comportement .Le rôle de la CCC en santé de la reproduction est d'amener les individus et les communautés à adopter des comportements individuels et collectifs qui concourent à leur bien-être en matière de santé de la reproduction.

b. Stratégies

La communication de masse

La communication interpersonnelle

Le counseling

c. Prestataires

Le personnel sanitaire et social : public, privé, parapublic, confessionnel et communautaire ;

Les agents des ONG ;

Les pairs éducateurs

Les communicateurs ;

Les relais ;

Les membres des associations et

Les leaders d'opinion.

d. Canaux/Supports

La radio ;
La télé/vidéo ;
Les canaux traditionnels ;
Les affiches ;
Les panneaux ;
Le théâtre ;
La presse écrite ;
La musique ;
Les brochures ;
La boîte à images ;
Les cartes conseils ;
Les gadgets promotionnels ;
Les supports de formation des écoles.

e. Intervenants

Les intervenants en matière de CCC en santé de la reproduction sont les agents socio sanitaires, les ONG, les organismes de coopération, la promotion des femmes et les associations, et les cliniques juridiques, le personnel du Ministère de la jeunesse et des Sports et de l'éducation [9].

2. Qualité des services

a. Définition : L'assurance qualité est définie de façon générale comme « toutes les activités visant à sauvegarder et à promouvoir la qualité des soins ».

La qualité des soins consiste à appliquer les sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum de bénéfice pour la santé sans augmenter pour autant les risques.

b. Stratégies

La CCC envers les communautés, les gestionnaires et les décideurs ;

Le renforcement des compétences et des capacités des prestataires par :

- La formation ;
- l'équipement ;
- la supervision.

L'interaction clients/prestataires ;

Le partenariat communauté- prestataires ;

L'approche d'amélioration de la performance (AAP).

Les audits des décès maternels et néonataux

c. Responsables

Le Ministère de la santé à travers la direction nationale de la santé en collaboration avec la cellule de coordination du comité sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA, le Ministère de la promotion de la femme de l'enfant et de la famille, le Ministère de l'éducation, le Ministère du développement social de la solidarité et des personnes âgées, le Ministère chargé de l'environnement [9].

3. La prévention et le traitement des IST- VIH/SIDA

a. Définition : C'est l'ensemble des mesures médicales et psychosociales permettant de prendre en charge les personnes affectées et infectées par les IST-VIH/ SIDA dont l'objectif est diminuer le risque de transmission des IST-VIH/SIDA et d'Assurer une prise en charge des patients et de leurs partenaires pour éviter la propagation des infections et la survenue des complications médico psycho sociales.

b. Stratégies

La CCC ;

La promotion et l'offre des préservatifs ;

La prise en charge des cas et de leurs partenaires ;

Le système du marketing social des contraceptifs ;

La prise en charge des séropositifs par la communauté ;

Autres stratégies innovatrices impliquant les bars, les usines, les écoles, les maisons des jeunes, les hôtels, les chantiers etc.

Les références se feront vers les structures socio sanitaires plus compétentes et disposant d'un personnel plus qualifié.

c. Responsables

Le Ministère de la santé à travers ses structures centrales (Direction Nationale de la Santé, cellule sectorielle de coordination et de gestion financière de lutte contre le SIDA) est responsable de la conception et de l'élaboration de la politique de prévention et de traitement des IST- VIH/SIDA. La mise en œuvre est dévolue au niveau opérationnel avec l'appui technique des directions régionales de la santé.

Différents intervenants participent à l'offre des services de prévention et de traitement des IST- VIH/SIDA : les ONG/Associations, les organismes para publics, privés, communautaires et confessionnels [9].

4. La planification familiale (PF)

Au Mali, le concept de PF comprend un ensemble de mesures et de moyens de régulation de la fécondité, d'éducation et de prise en charge d'affections de la sphère génitale, mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantiles et juvéniles notamment celles liées aux IST-VIH/SIDA, aux grossesses non désirées et aux avortements et assurer ainsi le bien-être familial et individuel.

5.1. La contraception

a. Définition

C'est l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable, de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre d'enfant désiré au moment voulu. Elle vise à prévenir les grossesses non désirées et à espacer les naissances.

b. Activités

Les activités relevant des services de contraception sont la CCC et l'offre des méthodes contraceptives.

Au Mali, les méthodes contraceptives suivantes sont disponibles :

Les méthodes temporaires

❖ **De courte durée :**

- Les méthodes naturelles
- Aménorrhée de la lactation (LAM)
- Les condoms masculin et féminin
- Les spermicides
- Les diaphragmes
- Les capes cervicales.
- Les contraceptifs oraux combinés
- Les contraceptifs oraux progestatifs
- Les injectables.
- La contraception d'urgence

❖ **De longue durée :**

- Les implants
- Les DIU actifs.

Les méthodes permanentes

- La ligature des trompes
- La vasectomie.

c. Prestataires

Les prestataires des services de contraception sont les médecins, les sages-femmes d'Etat, les infirmiers d'état, les infirmières obstétriciennes, les infirmiers de santé, le personnel social, les matrones, les aides-soignants, les relais communautaires, les pharmaciens, vendeurs de pharmacie, les détaillants commerciaux.

d. Structures

Les services de contraception seront offerts dans les structures socio-sanitaires publiques et parapubliques, privées et communautaires et confessionnelles, les pharmacies, et les villages.

Les références se feront vers les structures socio-sanitaires plus compétentes disposant d'un personnel plus qualifié.

e. Responsables

Le Ministère de la santé à travers la Direction nationale de la santé est responsable de la conception et de l'élaboration de la politique des services de contraception, ainsi que de la coordination et du suivi des activités.

La mise en œuvre est dévolue aux Directions régionales de la santé qui apportent un appui au niveau opérationnel.

Différents intervenants participent dans l'offre des services de contraception en particulier les ONG/Associations, les organismes privés, communautaires et confessionnels [9].

5. Les soins prénatals recentrés

a. Définition

Les soins prénatals sont des soins dont le but est de promouvoir la santé de la femme enceinte, en vue de dépister précocement les problèmes et préparer à l'accouchement.

b. Objectifs

Vérifier l'état de santé de la mère et le développement du fœtus.

Dépister et prendre en charge les facteurs de risque et les complications (médicales, obstétricales et chirurgicales).

Préparer la mère à allaiter de manière réussie, à vivre une période de postpartum normale et à prendre soin de l'enfant physiquement, psychologiquement et socialement.

Informé et éduquer la femme, le partenaire si nécessaire sur :

- Les règles d'hygiène à observer ;
- Le déroulement de la grossesse et de l'accouchement ;
- Les soins à donner à l'enfant ;
- L'allaitement ;
- Les avantages de la planification familiale.

Elaborer un plan d'accouchement.

c. Activités

La CCC

La consultation prénatale avec les meilleures pratiques

Le Consuling pour le dépistage volontaire du VIH

Les soins préventifs (y compris le VAT)

Les soins curatifs

Les visites à domicile

Les références.

d. Prestataires

Les médecins, les sages-femmes, les infirmiers d'état, les infirmiers de santé, les infirmières obstétriciennes, les matrones, les aides-soignants, les accoucheuses traditionnelles recyclées et les assistants médicaux.

e. Responsables

Le Ministère de la santé à travers la Direction nationale de la santé, est responsable de la conception et de l'élaboration des politiques de soins prénatals, ainsi que de la coordination et du suivi des activités. La mise en œuvre est dévolue aux Etablissements publics Hospitaliers, aux Etablissements privées Hospitaliers et aux directions régionales de la santé qui apportent leur appui au niveau opérationnel.

Différents intervenants participent à l'offre des soins prénatals notamment les communautés, les ONG/Associations, les organismes confessionnels privés et publics [9].

6. Les soins postnatals

a. Définition

Les soins postnatals sont les soins offerts aux accouchées pendant la période allant de *24 heures à 60 jours* après accouchement en vue de détecter certains problèmes.

b. Objectifs

Surveiller l'évolution normale de l'état de santé de la femme et de l'enfant.

Dépister et prendre en charge les pathologies survenues pendant cette période.

Informé et éduquer la mère sur :

- L'allaitement
- La vaccination, la nutrition de la mère et de l'enfant
- La planification familiale
- L'hygiène corporelle, alimentaire et vestimentaire.

c. Activités

Les activités de soins postnatals comprendront :

- La prise en charge des pathologies survenues chez la mère et l'enfant ;
- Le counseling sur la planification familiale ;
- Counseling sur le mode d'alimentation du nouveau-né
- La nutrition de la mère et de l'enfant ;
- Le counseling sur les mesures d'hygiène ;
- La vaccination de l'enfant ;
- La surveillance de l'enfant ;
- La référence/évacuation

d. Prestataires

Les prestataires des soins postnatals, les responsables et les intervenants ainsi que les lieux d'offre de services sont les mêmes que ceux indiqués pour les soins prénatals et pernatals déjà cités.

Les références se feront selon le même modèle que pour les autres composantes de santé de la reproduction déjà citées.

e. Responsables

Le Ministère de la santé à travers la Direction nationale de la santé, est responsable de la conception et de l'élaboration des politiques de soins postnatals, ainsi que de la coordination et du suivi des activités. La mise en œuvre est dévolue aux Etablissements publics Hospitaliers, aux Etablissements privés Hospitaliers et aux directions régionales de la santé qui apportent leur appui au niveau opérationnel .Différents intervenants participent à l'offre des soins prénatals notamment les communautés, les ONG/Associations, les organismes confessionnels privés et publics [9].

7. La survie des enfants de 0 à 5 ans

a. Définition

La survie de l'enfant est un concept qui comprend un ensemble de mesures préventives, curatives, et promotionnelles visant à améliorer la santé des enfants de 0 à 5 ans afin de réduire la morbidité et la mortalité infanto - juvénile.

b. Objectifs

Informer et éduquer les mères et les personnes ayant en charge les enfants sur la nutrition, les vaccinations, la prévention des maladies courantes des enfants et la transmission du VIH/SIDA.

Surveiller le développement harmonieux des enfants de 0 à 5 ans.

Assurer la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant de 0 à 5 ans.

Assurer la vaccination des enfants de 0 à 11 mois contre les maladies cibles du Programme Elargi de Vaccination.

Assurer la supplémentation en micronutriments (vitamine A, fer, iode).

Assurer la prise en charge des enfants nés de mères séropositives.

c. Stratégies

Promotion de la surveillance préventive de l'enfant sain.

Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant : La prise en charge intégrée de la maladie de l'enfant (PCIME) est une stratégie qui permet d'assurer une prise en charge globale et continue de l'enfant malade en couvrant les aspects curatifs mais aussi préventifs et promotionnels avec la participation des familles et des communautés.

Communication pour le changement de comportement.

Promotion des activités de nutrition et d'hygiène et d'assainissement.

d. Prestataires

Les médecins, les sages-femmes et les infirmiers diplômés d'état ;

Les infirmiers de santé, les infirmières obstétriciennes ;

Le personnel social (Technicien de Développement Communautaire, Administrateur social, agent technique des affaires sociales) ;

Les matrones, les aides-soignants, les accoucheuses traditionnelles, les relais, les mères et les personnes ayant en charge les enfants.

e. Responsables

Le Ministère de la santé à travers la Direction nationale de la santé est responsable de la conception et de l'élaboration des politiques de survie de l'enfant de 0 à 5ans, ainsi que de la coordination et du suivi des activités avec d'autres ministères (Promotion de la femme, de l'enfant et de la famille, Développement social, Education, Environnement et Administration territoriale et collectivité décentralisée).

Les Directions Régionales de la santé apportent un appui aux niveaux périphériques.

Les ONG, les structures privées, les structures confessionnelles et militaires, les CMIE et les communautés apportent leur appui à l'offre des services de survie de l'enfant.

Les Etablissement hospitaliers publiques et privés assurent la prise en charge des urgences, l'encadrement, la formation du personnel et la recherche [9].

8. Gestion des services de santé de la reproduction

a. Objectifs :

Déterminer les priorités ;

Utiliser les ressources disponibles de façon optimale ;

Adapter les services aux besoins d'une situation dynamique ;

Améliorer la qualité et l'accessibilité des soins ;

Créer les conditions de motivation du personnel.

b. Domaines :

Les domaines de gestion des services de Santé de la reproduction comprennent :

- La gestion des ressources humaines, matérielles (infrastructures, équipements, logistiques) et financières ;
- La gestion des médicaments, des contraceptifs et des consommables ;
- La gestion du système d'information sanitaire.

c. La coordination

La coordination des services de SR vise à optimiser les résultats dans toutes les interventions et à assurer une utilisation rationnelle des différentes contributions, la cohérence des interventions et un meilleur suivi/évaluation des activités en matière de SR.

La coordination des activités de formation en santé de la reproduction au Mali sera assurée par le Ministère de la Santé.

✓ Les différents types de coordination :

- La coordination interne au sein du Ministère de la santé ;
- La coordination externe entre le Ministère de la santé et ses partenaires.

✓ Niveaux et responsabilités

La coordination des activités de SR se fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire suivant des responsabilités bien définies [9].

IV.METHODOLOGIE

4.1. Cadre d'étude :

L'étude a été effectuée dans les cercles de Kadiolo et de Kolondièba (région de Sikasso).

4.1.1 Description de la région de Sikasso :

Sikasso est la troisième région administrative du Mali située à 375 km au sud-est de Bamako.

Elle est située à 100 km de la frontière de la Côte d'Ivoire et à 45 km de celle du Burkina Faso, Sikasso est une ville-carrefour entre les pays côtiers (Togo, Bénin, Ghana, Côte d'Ivoire) et les pays enclavés (Burkina Faso et Mali) [10]. Le climat est subtropical avec des précipitations très abondantes durant la saison des pluies (298,6 mm de hauteur de pluie pour le mois le plus arrosé), la production agricole est abondante. Les fruits et légumes sont disponibles toute l'année et l'autosuffisance alimentaire est assurée à la différence du reste du Mali. La région compte 2 643 179 habitants en 2009 [8]. La population a été multipliée par près de 1,5 depuis 1998, soit un taux d'accroissement moyen annuel de 3,6 % entre 1998 et 2009. Le cercle de Kadiolo a connu la plus forte augmentation de la population (+83 %) suivi par ceux de Koutiala et Yorosso (+50 %) [10]. Les femmes représentent 50,6 % de la population. La population est composée essentiellement de **Senoufo** (Sikasso), de **Miniankas** (Koutiala), de **Peuls** (Wassoulou et Ganadougou) et de **Samoghos** (Kadiolo) [10].

Les langues parlées, en plus du bambara qui est la langue usuelle, sont le minianka, le senoufo, et le bwa ou le bobo, et le français (langue officielle) [10].

La commune de Sikasso compte 51 centres de santé [11].

4.1.2 Description des sites de l'étude :

Kadiolo : la ville est située à 106 Km de Sikasso [12]. Elle compte 248343 habitants avec une population des femmes en âge de procréer 58361 habitants [13]. Les couvertures en CPN, PF et en CPoN sont respectivement 100%, 4,67% et 6545 cas ; celle de VAT1 et VAT2+ des femmes enceintes ont été respectivement 31% et 81%. Le taux d'utilisation des services de consultation curative est de 0,39NC/an/ Hts [13].

Le cercle a 16 centres de santé communautaire fonctionnels [11].

Kolondièba : la ville se trouve à 341Km de Sikasso [12]. Sa population est de 209912 habitants et celle des femmes en âge de procréer est de 49329 habitants [13]. La couverture en CPN, PF et en CPoN représente respectivement 89%, 2,33% et 2793 cas et celle de VAT1 et VAT2+ des femmes enceintes ont été respectivement 23% et 58%. Le taux d'utilisation des services de consultation curative est faible avec 0,23 NC/an/ Hbts [13].

Le cercle compte 17 centres de santé communautaire fonctionnels [11].

4.2. Méthode d'étude :

4.2.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale dont la collecte des données s'est déroulée du 17 Octobre au 05 Novembre 2011.

L'étude a permis de réaliser des entretiens individuels structurés et des observations de l'organisation et de la prestation du personnel de santé dans la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant. Les entretiens utilisant des questionnaires semi structurés ont été effectués avec les femmes en âge de procréer au niveau des ménages (au niveau communautaire) et au niveau des structures sanitaires (les femmes venues en consultation dans les formations sanitaires : consultation médicale, CPN, vaccination, consultation post natale, surveillance/vaccination des enfants). Des focus groups ont eu lieu également avec des femmes en âge de procréer au niveau des communautés sélectionnées.

Les observations de l'organisation et la prestation du personnel de santé consistait à examiner le fonctionnement des services et le déroulement des consultations, ainsi que la qualité de l'accueil et l'interaction avec les clientes.

4.2.2. Population d'étude :

La population d'étude était composée de :

- Femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) au niveau des ménages des sites d'étude (enquête de ménage) ;
- Femmes en âge de procréer fréquentant les formations sanitaires pour des consultations médicales, CPN, planning familiale, vaccination, consultation post natale, surveillance/vaccination des enfants;
- Personnel des services de santé de la reproduction y compris des médecins, infirmiers ou infirmières, sages femmes et matrones.

4.3. L'échantillonnage :

4.3. 1. Sélection des localités :

- la région de Sikasso a été choisie par sa plus forte population des femmes en âge de procréer avec **639 306** habitants [13].

- Au niveau de la région, nous avons sélectionné de façon aléatoire 2 districts sanitaires.

- Au niveau de chaque district deux aires de santé ont été identifiées sur la base des critères ci-dessous :

- accessibilité géographique facile ;
- Un district avec meilleur taux d'utilisation générale des services
- Un district avec faible taux d'utilisation générale des services.

Ainsi les districts sanitaires sélectionnés ont été : Kadiolo et Kolondièba (voir tableau I ci-dessous).

- Le choix des villages a été fait en deux temps :

- Sélection des villages d'accès facile géographiquement a été fait à la suite d'une concertation entre les médecins chef des districts sanitaires, les directeurs techniques de centres (CSCoM), puis ;
- Tirage aléatoire sans remise de 4 parmi les villages présélectionnés. (Voir tableau I ci-dessous).

Tableau I : liste des districts sanitaires et CCom retenus pour l'étude

Régions	Districts sanitaires	Aires de santé	Villages	Distance village – CCom
Sikasso	Kadiolo	Fourou	Fourou	0 km
			Noularma	3 km
			Lollè	8 km
			Diéou	13 km
		Zégoua	Zégoua	0 km
			Katioloni	7 km
			Nassoulou	8 km
			Fanidiana	9 km
	Kolondièba	Gourouko	Gourouko	0 km
			Tintiri	6 km
			N'Godiarrala	7 km
			Dialakoro	12 km
		Diaka	Diaka	0 km
			Bancoumana	3 km
			Toulomadio	8 km
			Congo	10 km
Total	2	4	16	

4.3. 2. Sélection de ménages et des cibles de l'étude :

Les enquêtes de ménage : Dans chaque village choisi, 30 ménages ont été sélectionnés de façon aléatoire après avoir obtenu leur consentement éclairé et dans chaque ménage une femme en âge de procréer a été sélectionnée pour y conduire les entretiens individuels.

Les focus groups : un focus group (entretien avec des groupes de 6 à 8 femmes et portant sur les barrières à l'accès des femmes aux services de santé) a été effectué dans chaque aire de sante (soit au total 4 focus groups);

L'enquête au près des femmes venues en consultation a été faite au niveau des centres de santé communautaire (CSCoM) sélectionnés. Dans chaque CSCoM 6 interviews par type de composantes de santé de la reproduction ont été réalisés. Les différentes composantes ci-dessous indiquées ont été ciblées :

- Consultation médicale des enfants ;
- Consultation médicale pour les femmes ;
- CPN ;
- Planning familial ;
- Surveillance/vaccination des enfants.

Ainsi nous avons effectué 30 interviews par CSCoM, soit 60 interviews par district et 120 dans la région.

Des observations ont été effectuées sur l'organisation et l'offre des services pour analyser la qualité en termes de disponibilité des services, de communication interpersonnelle avec le malade, d'accueil ...). Dans chaque CSCoM 6 observations par type de composantes de santé de la reproduction ont été conduites. Les différentes composantes ci-dessous indiquées étaient ciblées :

- Consultation médicale des enfants,
- Consultation médicale pour les femmes
- CPN,
- Planning familial ;
- surveillance/vaccination des enfants.

Ainsi nous avons effectué 30 observations par CSCoM, soit 60 interviews par district, 120 au total pour la région.

4.3.3. Technique et outils de collecte des données :

Nous avons utilisé les techniques suivantes :

- L'entretien individuel structuré avec les femmes de 15 à 49 ans et avec les prestataires. Il a porté sur la situation sanitaire de la femme en général et en particulier sur son accès aux services de santé de qualité. Les entretiens utilisant des questionnaires semi structurés ont été effectués avec les femmes en âge de procréer au niveau des ménages (au niveau communautaire).
- L'interview à la sortie des formations sanitaires pour recueillir l'opinion des femmes en âge de procréer sur la qualité du service rendu en consultation (consultation médicale, CPN, vaccination, consultation post natale, surveillance/vaccination des enfants);
- L'observation de l'organisation et l'offre des services pour en apprécier la qualité en termes de disponibilité, d'accueil et de communication interpersonnelle avec le malade. Elle consistait à examiner le fonctionnement des services et le déroulement des consultations ;
- Le focus group : entretien avec des groupes de 6 à 8 femmes et portant sur les barrières à l'accès des femmes aux services de santé ;

La revue documentaire a permis d'examiner les documents de programmes, de politiques normes et procédures en santé au Mali,

4.4. Organisation de la collecte

La collecte a été réalisée par une équipe de terrain de trois enquêteurs et un superviseur. L'équipe a travaillé pendant 4 semaines.

Le superviseur assurait l'interview des DTC, l'observation du local et équipement ; la coordination du travail de l'équipe, l'introduisait l'équipe d'enquête auprès des autorités. Il vérifiait le remplissage correct des instruments et veillait au bon déroulement de l'activité sur le terrain.

Les enquêteurs assuraient l'interview des prestataires, des femmes âgées de 15 à 49 ans au niveau des ménages et les femmes fréquentant les PPS, les focus groups et les observations des PPS.

Le contrôle des questionnaires a été effectué à plusieurs niveaux :

- tous les jours sur le terrain par toute l'équipe d'enquête ;
- par le superviseur après la visite de chaque localité.

4.5. Déroulement de l'enquête dans le village

- À partir d'une place publique du village, l'enquêteur choisissait une direction à l'aide d'un crayon. Dans cette direction il choisissait la porte la plus proche située à sa droite. Cette porte était celle de la première concession à visiter. Après avoir terminé l'enquête dans cette concession, pour accéder à la concession suivante, l'enquêteur suivait sa droite en utilisant la technique du proche en proche jusqu'à arriver au point de départ (place publique du village). Pour accéder aux autres concessions, il choisissait, à partir de ce point de départ, la porte la plus proche différente de celle déjà utilisée. Ainsi de suite, il procédait jusqu'à explorer toutes les concessions des villages.

- Dans chaque concession l'enquêteur numérotait les ménages à partir de sa droite et commençait l'enquête avec le ménage n°1, puis avec les numéros suivants. Lorsqu'il terminait avec tous les ménages d'une concession, il sortait pour gagner une autre concession en suivant les directives du choix des concessions. Le ménage était considéré comme un foyer disposant d'un chef ayant une ou plusieurs femmes.

- Entretien avec les femmes: dans chaque ménage l'enquêteur attribuait un numéro à toutes les femmes en âge de procréer, parmi lesquelles une seule était tirée au hasard pour poser des questions. Lorsqu'il terminait avec la femme du ménage n°1, il procédait de la même façon dans le ménage n°2 et ainsi de suite jusqu'à terminer avec les femmes sélectionnées des ménages d'une concession. Si le village avait moins de 30 concessions, l'enquêteur continuait à explorer le

village, concession par concession, ménage par ménage afin d'avoir le complément des femmes à enquêter en suivant les mêmes techniques de sélection des concessions, des ménages et des femmes âgée de 15 à 49 ans comme décrit plus haut.

NB : Nombre de ménages enquêtés par villages = 30

Nombre de mères enquêtées par villages = 30

4.6. Analyse des données

Les données ont été saisies au logiciel Epi-info version 6.04 et analysées au logiciel Epi-info version 2000.

4.7. Considération d'éthique

Avant de commencer avec la présente étude, des lettres d'informations ont été adressées aux responsables sanitaires des deux districts. D'ample information a été fournie à la population et le consentement libre et éclairé des participants a été demandé de façon orale. Cependant la confidentialité a été respectée en utilisant l'anonymat.

Les résultats seront diffusés par écrit aux autorités administratives des localités.

V. RESULTATS

5.1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes interviewées dans les ménages :

Tableau II : Répartition des femmes en fonction des tranches d'âge par district sanitaire

Tranches d'âge	Kadiolo		Kolondiéba		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
[15 à 20[48	20	37	14,8	85	17,3
[20 à 35[170	70,5	186	74,4	356	72,5
[35 à 49[23	9,5	27	10,8	50	10,2
Total	241	100	250	100	491	100

Environ 15 à 20% des femmes interrogées avait moins de 20 ans à Kolondiéba et Kadiolo.

Tableau III : Répartition des femmes en fonction de l'ethnie par district sanitaire

Ethnie	Kadiolo		Kolondiéba		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Senoufo	190	78,8	240	96,0	430	87,5
Peulh	15	6,3	8	3,2	23	4,7
Bambara	11	4,6	1	0,4	12	2,4
Samogo	8	3,3	1	0,4	9	1,9
Soninké	5	2,1	0	-	5	1,0
Minianka	3	1,2	0	-	3	0,6
Autres	9	3,7	0	-	9	1,9
Total	241	100	250	100	491	100

L'ethnie Senoufo a été citée par la majorité des enquêtées respectivement 96% à Kolondiéba et 78,8% à Kadiolo.

Tableau IV : Répartition des femmes en fonction du statut matrimonial par district sanitaire

Statut	Kadiolo		Kolondiéba		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
matrimonial						
Célibataire	4	1,7	0	0	4	0,8
Mariée	235	97,5	245	98	480	97,7
Veuve	2	0,8	5	2	7	1,5
Total	241	100	250	100	491	100

Plus de 97% des femmes interrogées étaient mariée dans les deux districts sanitaires

Tableau V : Répartition des femmes en fonction du niveau d'instruction par district sanitaire

Niveaux d'instruction	Kadiolo		Kolondiéba		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Ne sait ni lire ni écrire	192	79,6	217	86,8	409	83,2
Primaire	30	12,5	28	11,2	58	11,8
Secondaire	8	3,4	1	0,4	9	1,9
Supérieur	1	0,4	0	0	1	0,2
Alphabétisée	10	4,1	4	1,6	14	2,9
Total	241	100	250	100	491	100

Au total, 83,2% des femmes enquêtées ne savaient ni lire ni écrire.

Tableau VI : Répartition des femmes en fonction de la profession par district sanitaire

Profession	Kadiolo		Kolondièba		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Agricultrice	121	50,2	225	90	346	70,4
Ménagère	101	41,9	19	7,6	120	24,4
Salariée	0	0	1	0,4	1	0,3
Commerçante	15	6,3	4	1,6	19	3,9
Autres	3	1,2	0	0	3	0,6
Artisane	1	0,4	1	0,4	2	0,4
Eleveuse	0	0	0	0	0	0
Opératrice du secteur privé	0	0	0	0	0	0
Total	241	100	250	100	491	100

Sur le plan professionnel les femmes agricultrices étaient majoritaires : 50,2% à Kadiolo et 90% à Kolondièba.

5.2 Besoins d'utilisation des services de SR par les femmes

Les résultats suivants montrent les différentes situations dont les femmes sont confrontées et qui font qu'elles sont dans les besoins de recourir aux services de SR.

5.2.1 Besoins des femmes en matière de service de santé de la reproduction

Tableau VII : Analyse du nombre de grossesses par femme et par district sanitaire

Districts sanitaires	Effectif des femmes	Moyenne de grossesses	Minimum	Maximum
Kadiolo	241	4,29	1	12
Kolondiéba	250	4,95	1	12

Dans les deux districts sanitaires les femmes ont eu en moyenne 4,62 grossesses.

Tableau VIII : Répartition des femmes en fonction du nombre d'avortements par district sanitaire

Nombre d'avortement	Kadiolo		Kolondiéba		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
0	192	79,7	213	85,2	405	82,5
1	39	16,2	30	12	69	14,1
2	7	2,9	6	2,4	13	2,6
3	3	1,2	1	0,4	4	0,8
Total	241	100	250	100	491	100

Les femmes ont connu entre 1 et 3 avortements. C'est à Kadiolo que les femmes ont connu plus d'avortements.

Tableau IX : Répartition des femmes ayant eu des accouchements morts nés en fonction des districts sanitaires

Mort né	Kadiolo		Kolondièba		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Non	236	97,9	241	96,4	477	97,1
Oui	5	2,1	9	3,6	14	2,9
Total	241	100	250	100	491	100

Au total, 2,9 % des femmes enquêtées ont connu une mortinaissance et le plus grand nombre a été enregistré à Kolondièba (3,6%).

Tableau X : Répartition des femmes en fonction du nombre d'enfants de moins de 5 ans par district sanitaire

Nombres d'enfants de moins de 5 ans	Kadiolo		Kolondièba		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1	136	56,4	125	50	261	53,1
2	101	41,9	116	46,4	217	44,2
3	3	1,3	7	2,8	10	2,1
4	1	0,4	2	0,8	3	0,6
Total	241	100	250	100	491	100

La majorité des femmes avait entre 1 à 2 enfants de moins de 5 ans respectivement dans 53,1% et 44,2 %.

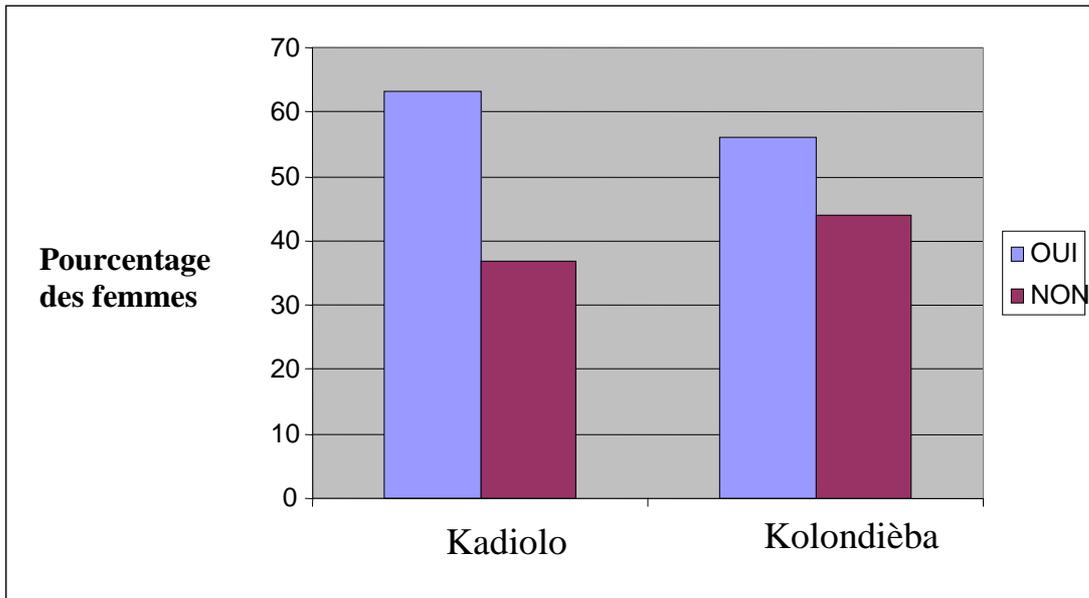


Figure 1 : Répartition des femmes selon que leurs enfants de moins de 5 ans soient tombés malades les trois derniers mois précédant l'enquête

Concernant la santé des enfants de moins de 5 ans, plus de la moitié des femmes (292) ont déclaré que leurs enfants sont tombés malades les trois derniers mois précédant l'enquête soit 59,6%. La plus grande fréquence a été notée à Kadiolo avec 56%.

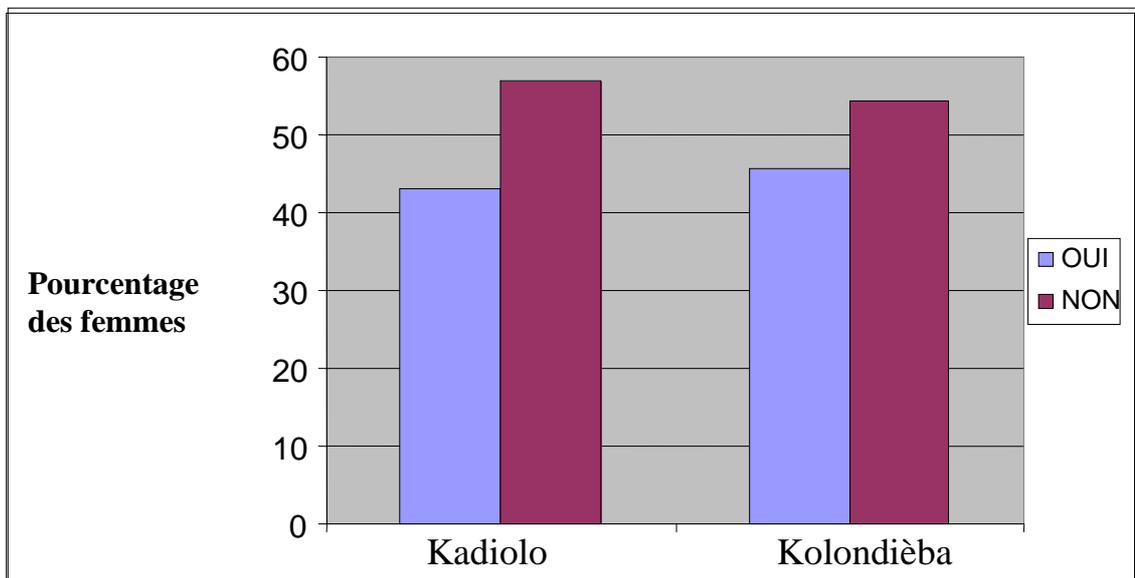


Figure 2 : Répartition des femmes selon qu'elles soient tombées malades au cours des trois derniers mois précédant l'enquête par district sanitaire

Environ 44,4% des femmes ont déclaré avoir eu une maladie les trois derniers mois précédant l'enquête.

Tableau XI: Répartition des femmes en fonction de la pathologie vécue par leurs enfants de moins de 5 ans lors de leurs dernières maladies

Maladie	Kadiolo		Kolondièba		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Paludisme	116	76,3	101	72,1	217	74,3
IRA	12	7,9	14	10,0	26	9
Diarrhée	5	3,3	2	1,4	7	2,4
Autres	19	12,5	23	16,5	42	14,3
Total	152	100	140	100	292	100

Les affections les plus déclarées étaient le paludisme (74,3%) suivi des infections respiratoire aigues (IRA) (9%).

5.2.2 L'utilisation des services de SR par les femmes

Les résultats suivants montrent la fréquentation des services de SR

5.2.2.1 Utilisation des services de consultation curative

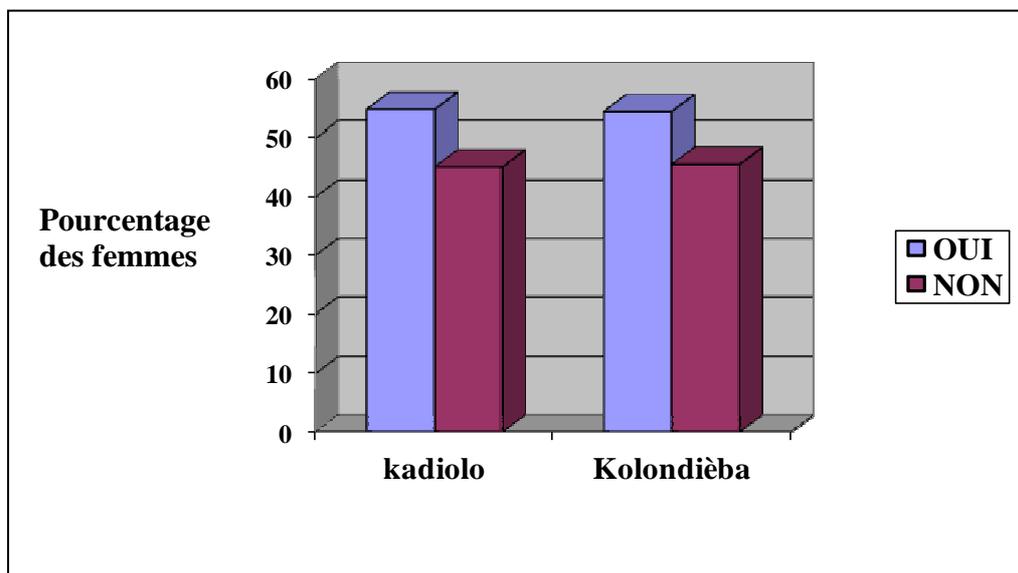


Figure 3: Répartition des femmes selon le recours au centre de santé lors de leurs maladies par district sanitaire

Parmi celles ayant déclaré avoir une maladie, environ 54,6% ont eu recours à un centre de santé.

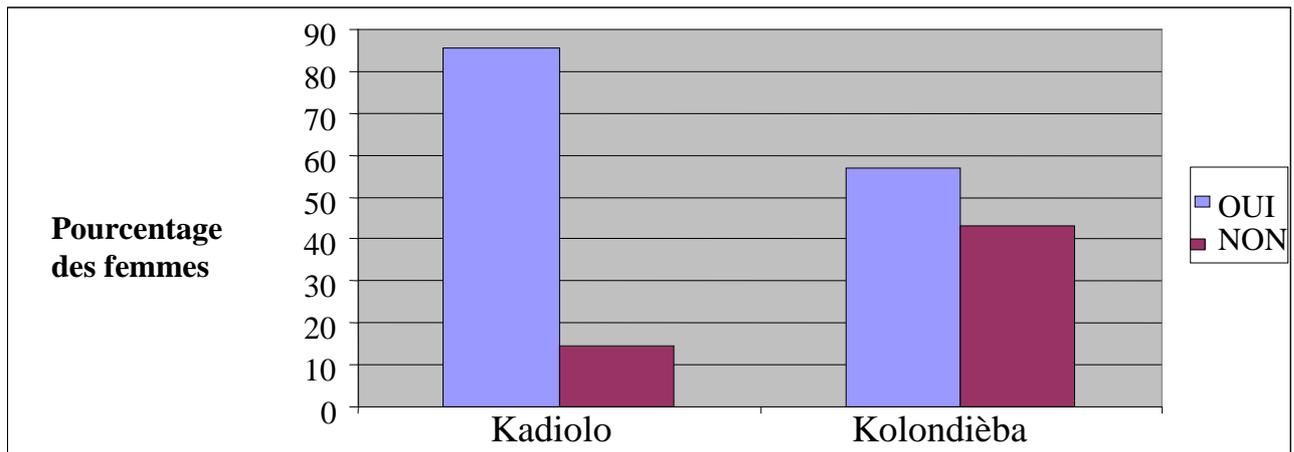


Figure 4 : Répartition des femmes selon l'accouchement au CSCCom par district sanitaire

Plus de la moitié des femmes (78,9%) ont accouché au CSCCom. L'accouchement a lieu généralement à domicile. Kadiolo a enregistré un très bon taux avec 85,5%.

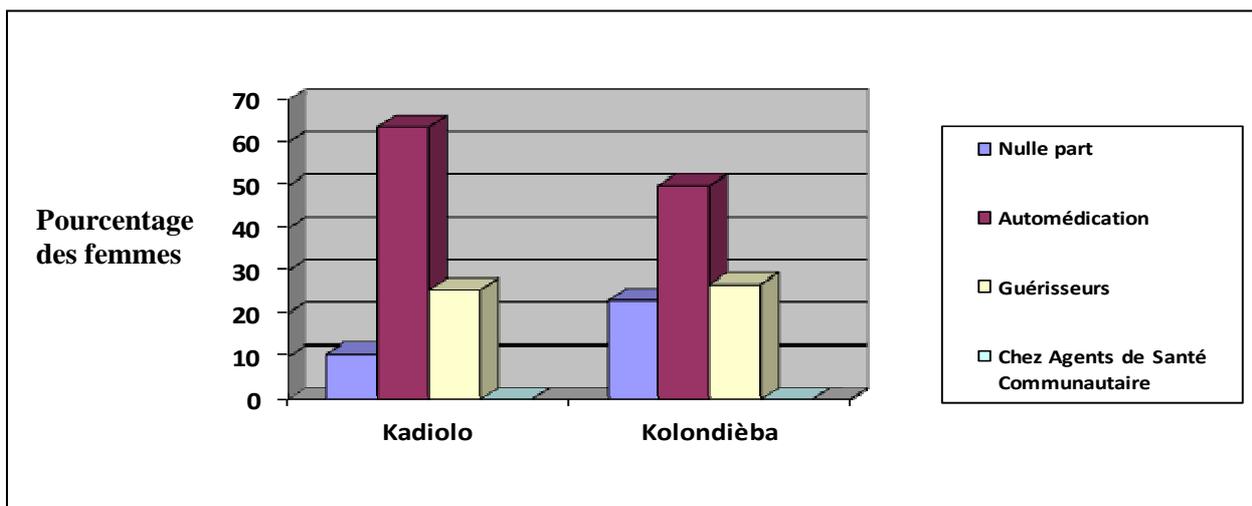


Figure 5 : Répartition des femmes selon les autres recours qu'elles utilisent en plus du CSCCom par districts sanitaires

Environ 56,9% ont eu recours à l'automédication dont le plus grand nombre à Kadiolo avec 63,8%.

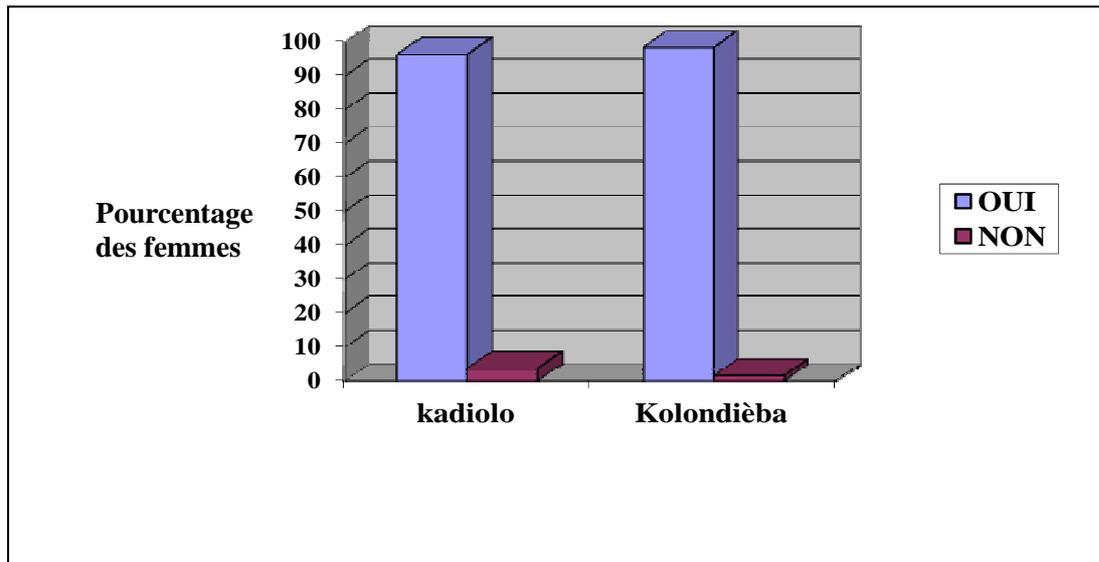


Figure 6 : Répartition des femmes ayant dormi sous MIILDA la dernière nuit précédant l'interview par district sanitaire

La quasi-totalité des femmes (97,4%) ont déclaré avoir dormi sous MIILDA la dernière nuit précédant l'enquête.

5.2.2.2 Utilisation des services de CPN

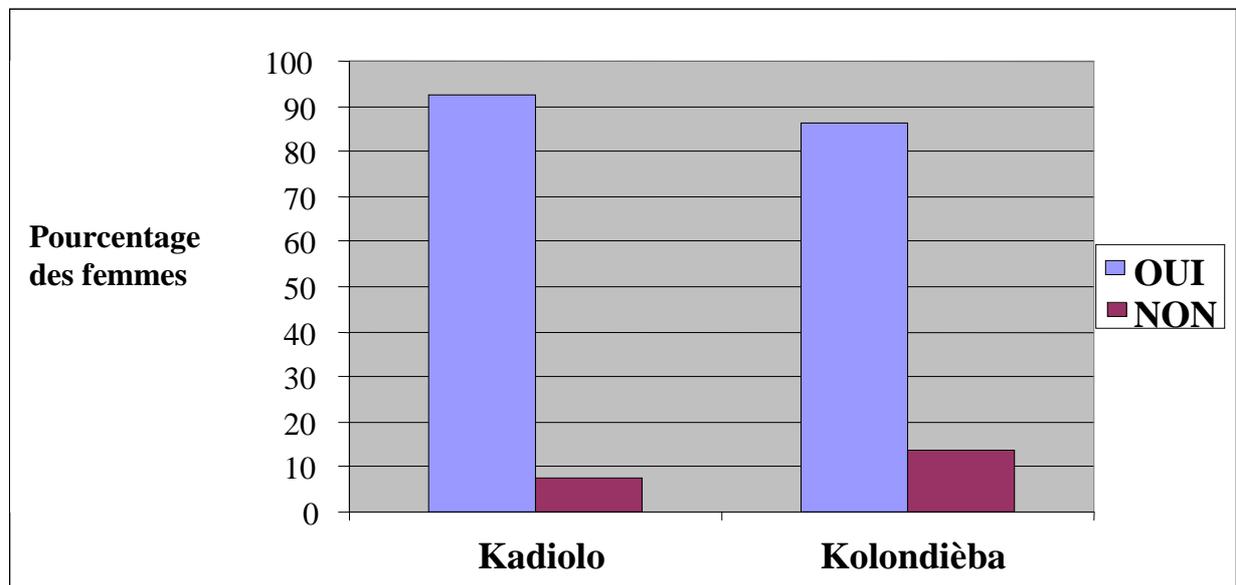


Figure 7 : Répartition des femmes selon la réalisation des consultations prénatales lors de la dernière grossesse

Au total, 89,5% des femmes ont déclaré avoir effectué des CPN lors de la dernière grossesse. La meilleure fréquence a été enregistrée à Kadiolo (92,5%).

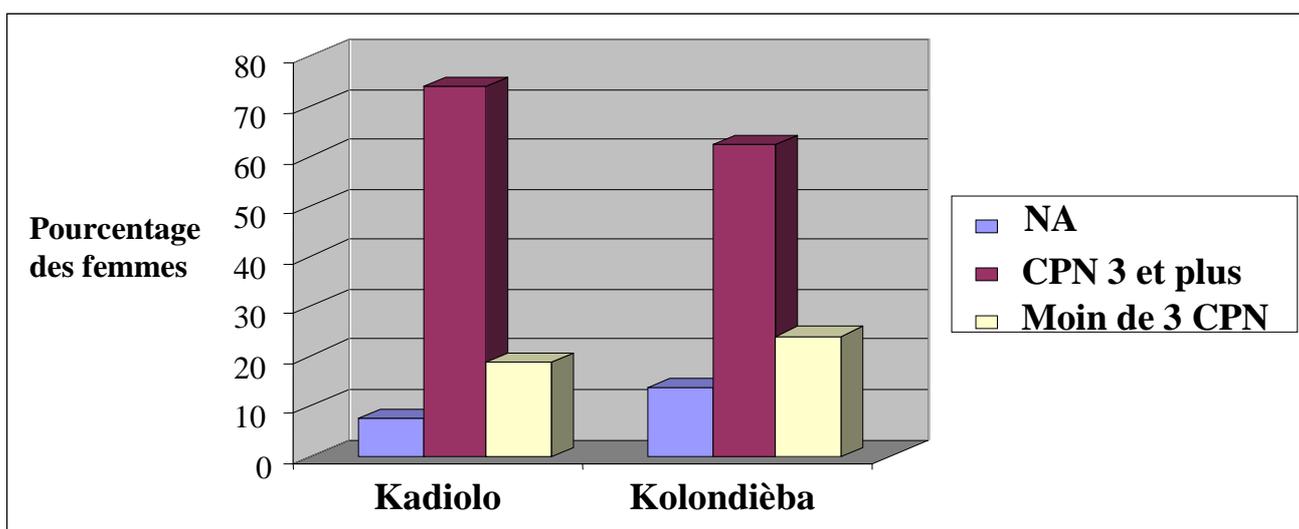


Figure 8: Répartition des femmes selon le nombre de CPN réalisées et par district sanitaire
En moyenne 68, 2% des femmes ont fait au moins 3 CPN.

Tableau XII : Répartition des femmes selon les raisons qui font que la CPN ne se réalise

Raison non réalisation de CPN	Kadiolo		Kolondièba		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Manque d'argent	67	27,8	147	58,8	214	43,6
Ignorance	13	5,4	0	0	13	2,6
En voyage	41	17	15	6	56	11,5
Négligence	53	22	7	2,8	60	12,3
Pas de CPN	41	17	7	2,8	48	9,7
CSCCom distant	13	5,4	0	0	13	2,6
Refus du mari	13	5,4	59	23,6	72	14,6
Absence du mari	0	0	15	6	15	3,1
Total	241	100	250	100	491	100

Le manque d'argent a été la principale raison évoquée par les femmes (43,6%) suivi du refus du mari (14,6%) et de la négligence (12,3%).

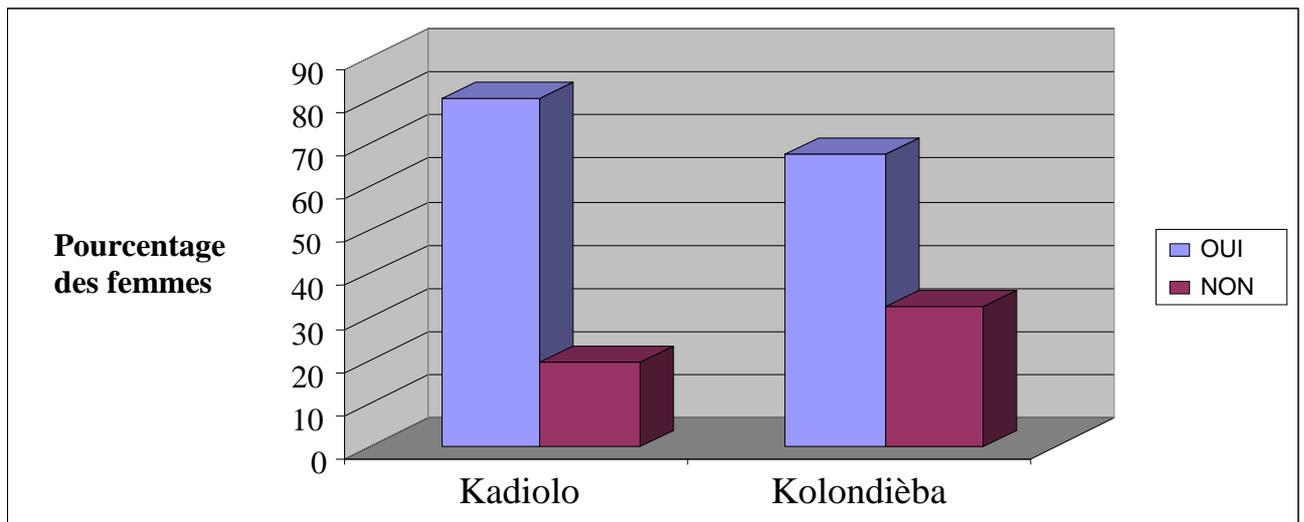


Figure 9 : Répartition des femmes selon la prise des 2 doses de SP au cours de la grossesse et par district sanitaire

Concernant la couverture en TPI du paludisme, environ 74,1% des femmes interrogées ont déclaré avoir reçu les 2 doses de SP durant la grossesse.

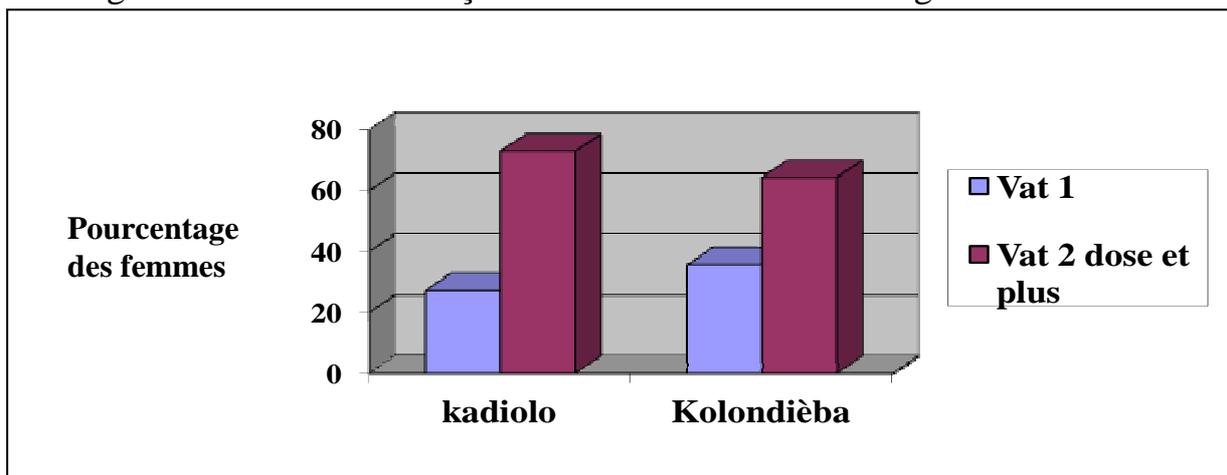


Figure 10 : Répartition des femmes en fonction du nombre de VAT reçus par districts sanitaires

En moyenne 68,7% des femmes ont eu au moins 2 doses de VAT.

5.2.2.3. Utilisation des services de CPON et la planification familiale

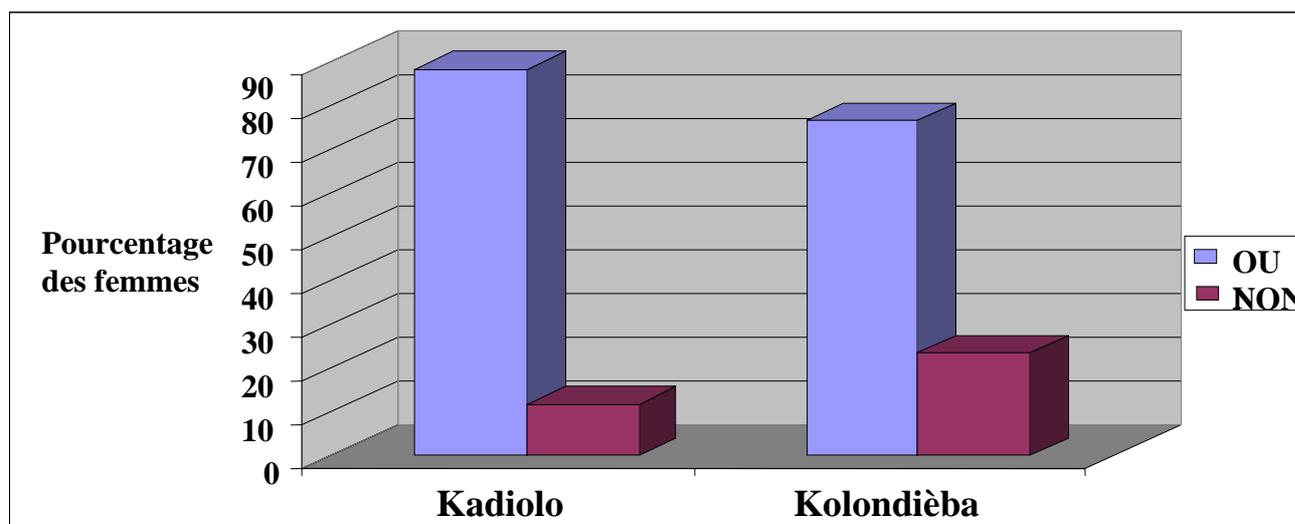


Figure 11: Répartition des femmes ayant bénéficié de la présentation des méthodes contraceptives lors de leur CPON

Pour la planification familiale, 82,5% des femmes ayant l'habitude d'effectuer une CPoN ont bénéficié de la présentation des méthodes contraceptives. Les présentations les plus fréquentes ont été faites à Kadiolo avec 88,4%.

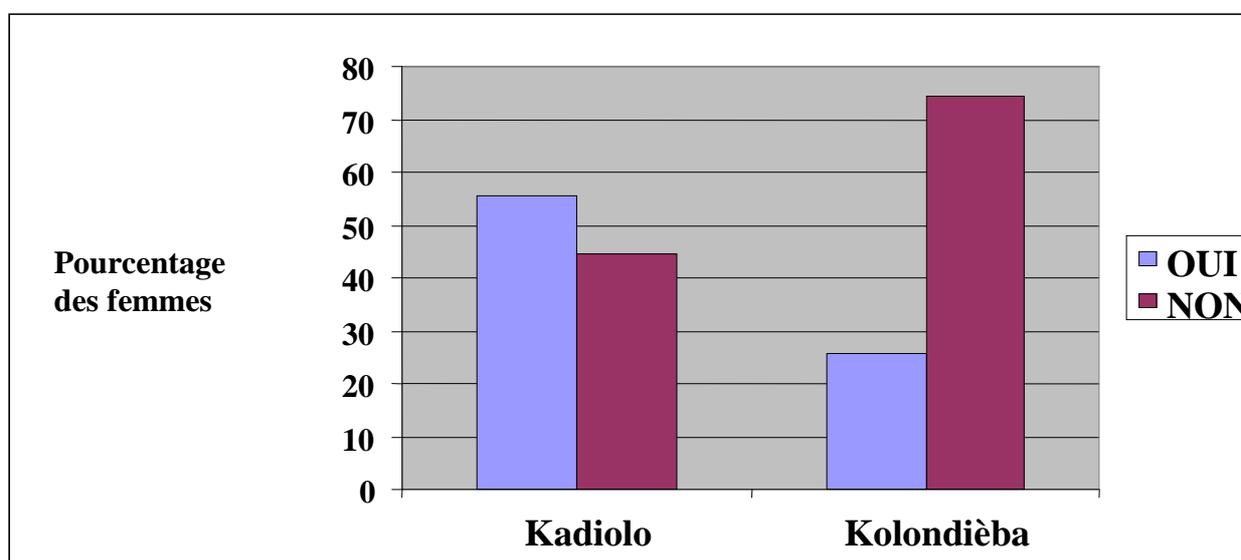


Figure 12 : Répartition des femmes selon qu'elles ont accepté d'adopter une des méthodes contraceptives qui leur ont été présentées

Après la présentation des méthodes contraceptives lors des CPoN, 40,5% des femmes ont déclaré avoir accepté de l'adopter. C'est à Kolondièba que les femmes ont moins accepté l'adoption de la PF malgré la forte fréquence de leur information à ce sujet.

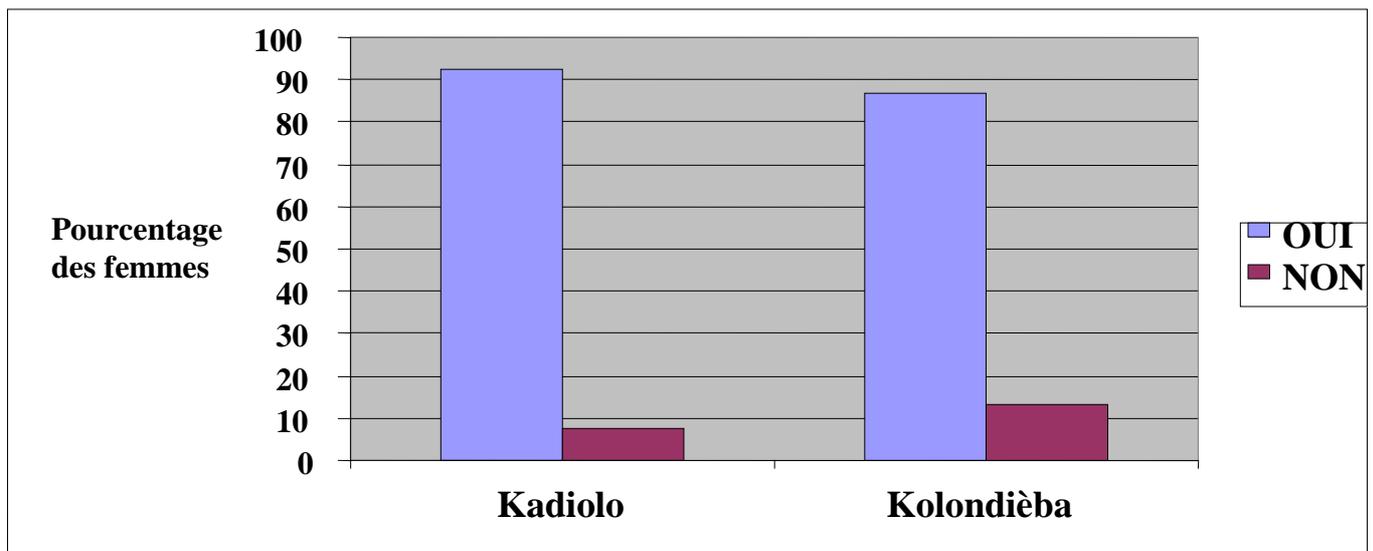


Figure 13 : Répartition des femmes selon leur information sur les méthodes de PF par district sanitaire

Plus des deux tiers des femmes (89,7%) ont dit qu'elles sont informées sur les méthodes de PF. Cette information a été meilleure à Kadiolo avec 92,5%.

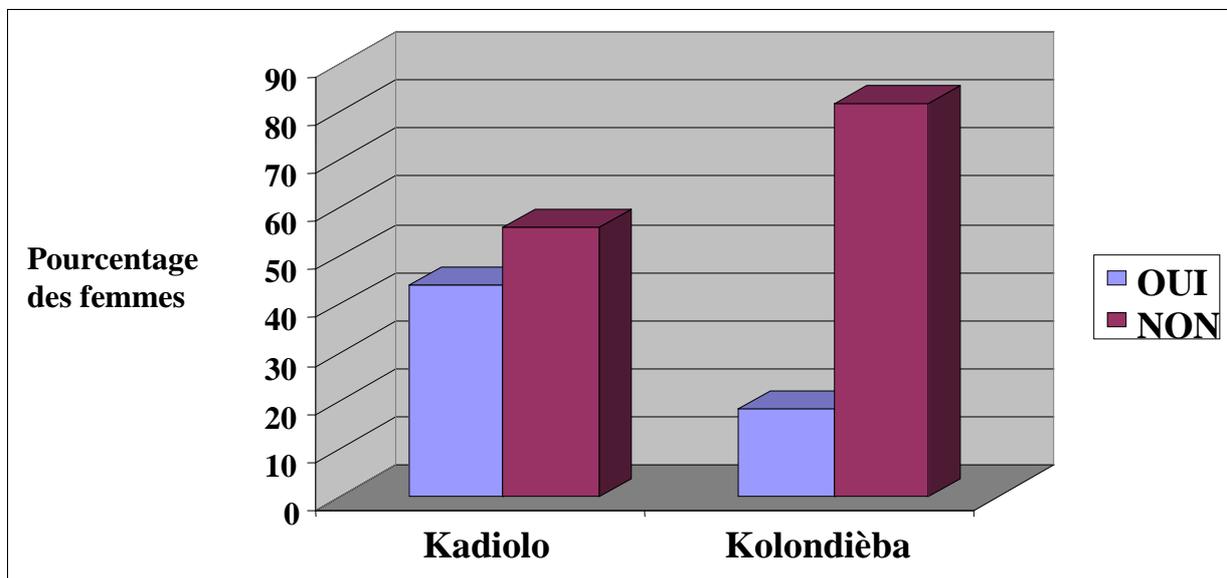


Figure 14 : Répartition des femmes selon l'utilisation des méthodes de PF

En moyenne 31 % des femmes enquêtées étaient entrain d'utiliser une méthode de PF. La faible utilisation a été recueillie à Kolondièba (18,4%).

Tableau XIII : Répartition des femmes qui utilisent la PF en fonction des méthodes de préférence

Méthode de préférence	Kadiolo		Kolondièba		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Injectable, Depo	37	35	34	73,9	71	46,7
Pilplan	66	62,3	9	19,6	75	49,3
Norplan	0	0	0	0	0	0
Collier	0	0	0	0	0	0
Ovrette	1	0,9	2	4,3	3	1,9
MAMA	1	0,9	0	0	1	0,7
Condom	1	0,9	0	0	1	0,7
Ligature trompe	0	0	1	2,2	1	0,7
Total	106	100	46	100	152	100

Environ la moitié des utilisatrices de PF ont affirmé préférer les Pilplan (49,3%) suivi des injectables (46,7%).

Les raisons de préférence des méthodes de PF diffèrent selon les clientes

Quelques témoignages sous tirés de l'analyse des focus groups:

« Je préfère les injections, parce que j'ai du mal à prendre les comprimés toutes les nuits. » Propos d'une des utilisatrices

« Moi je préfère les comprimés, parce que les injections amènent les règles douloureuses. » Propos d'une autre utilisatrice

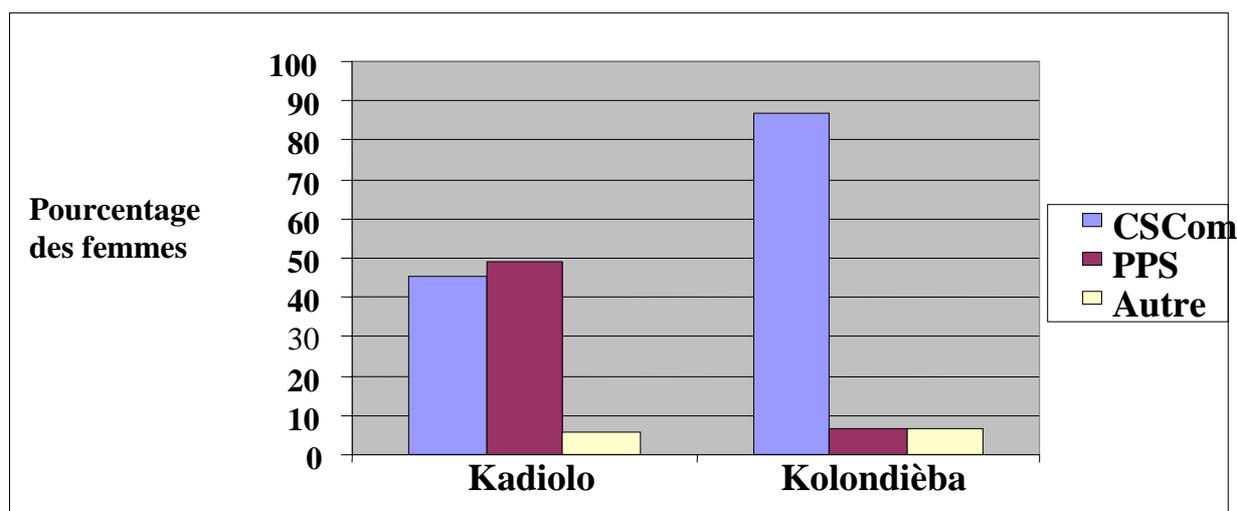


Figure 15 : Répartition des femmes qui utilisent la PF selon le lieu d’approvisionnement pour les méthodes

Les CSCom ont été majoritairement cités comme lieu d’approvisionnement des femmes pour les méthodes de PF (66,2%) suivis des PPS (27,8%). C’est à Kadiolo qu’il y’a eu plus de PPS fréquenté que de CSCom.

Tableau XIV : Répartition des femmes qui utilisent la PF en fonction des difficultés auxquelles elles sont confrontées par district sanitaire

Difficulté	Kadiolo		Kolondièba		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Absence de difficulté	94	88,7	36	78,3	130	85,6
Effets secondaires	8	7,5	3	6,5	11	7,2
Manque d'argent	1	0,9	5	10,9	6	3,9
Refus du mari	2	1,9	1	2,2	3	1,9
Non disponibilité de proximité	0	0	1	2,2	1	0,7
Décès de l'enfant	1	0,9	0	0	1	0,7
Total	106	100	46	100	152	100

Les difficultés majeures citées sont surtout relatives aux effets secondaires (7,2%) et au manque d’argent (3,9%) ou de refus du mari (1,9%).

Tableau XV: Répartition des femmes qui utilisent la PF en fonction des solutions qu'elles ont proposé pour la rendre meilleure

Solutions proposées	Kadiolo		Kolondièba		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
CCC	20	18,9	8	17,4	28	18,4
Rendre produits PF disponible	33	31,1	6	13,0	39	25,7
Diminuer prix produits PF	11	10,4	17	37,0	28	18,4
Produits PF gratuit	6	5,7	2	4,3	8	5,3
Produits sans effets 2 nd , Eliminer effets 2 nd	1	0,9	0	0,0	1	0,7
Impliquer les hommes	0	0,0	0	0,0	0	0
RAS	27	25,5	10	21,7	37	24,3
Autres	8	7,5	3	6,5	11	7,2
Total	106	100	46	100	152	100

Rendre disponible les produits PF a été le plus cité par les femmes (25,7%), surtout à Kadiolo (31,1%).

5.3 Opinion des femmes et des prestataires sur les points de prestation des services de SR

5.3.1 Opinion des femmes sur les points de prestation des services de SR

Les résultats suivants prouvent l'opinion des femmes interrogées à la sortie des centres de santé sur les points de prestation des services de la SR.

Tableau XVI: Répartition des femmes enquêtées à la sortie des Centre de Santé par district sanitaire

District sanitaire	Kadiolo		Kolondièba	
	Zégoua	Fourou	Gourouko	Diaka
Aire de santé				
Nombre de femmes enquêtées	30	32	29	35

Au total, 126 femmes en âge de procréer ont été interrogées à leur sortie des centres de santé.

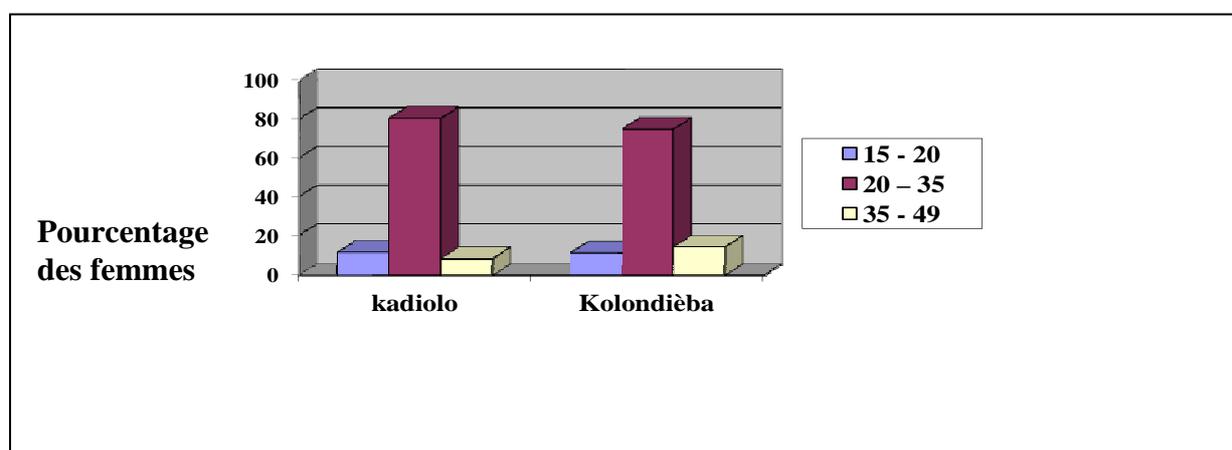


Figure 16 : Répartition des femmes enquêtées à la sortie du centre de santé en fonction de l'âge par district sanitaire

Les femmes interrogées à la sortie des centres de santé avaient un âge moyen de 26,7 ans avec un écart type de 7,5 ans. Les âges extrêmes variaient de 15 ans à 49 ans.

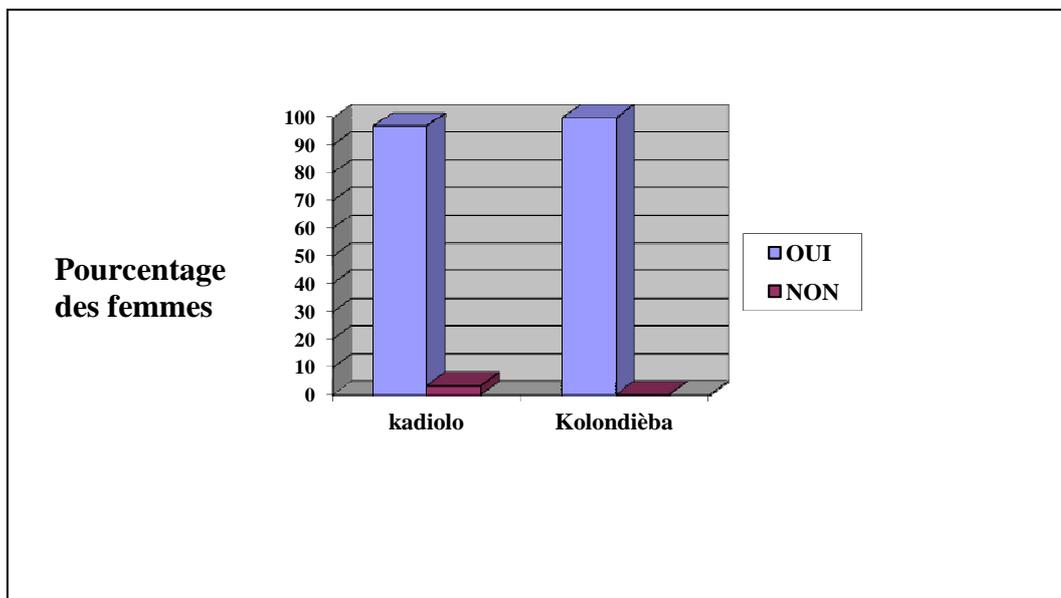


Figure 17 : Répartition des femmes selon le respect de l'ordre de passage
 Au total, 98,4% des femmes ont déclaré avoir reçu les services recherchés et ont trouvé que l'ordre de passage avait été respecté.

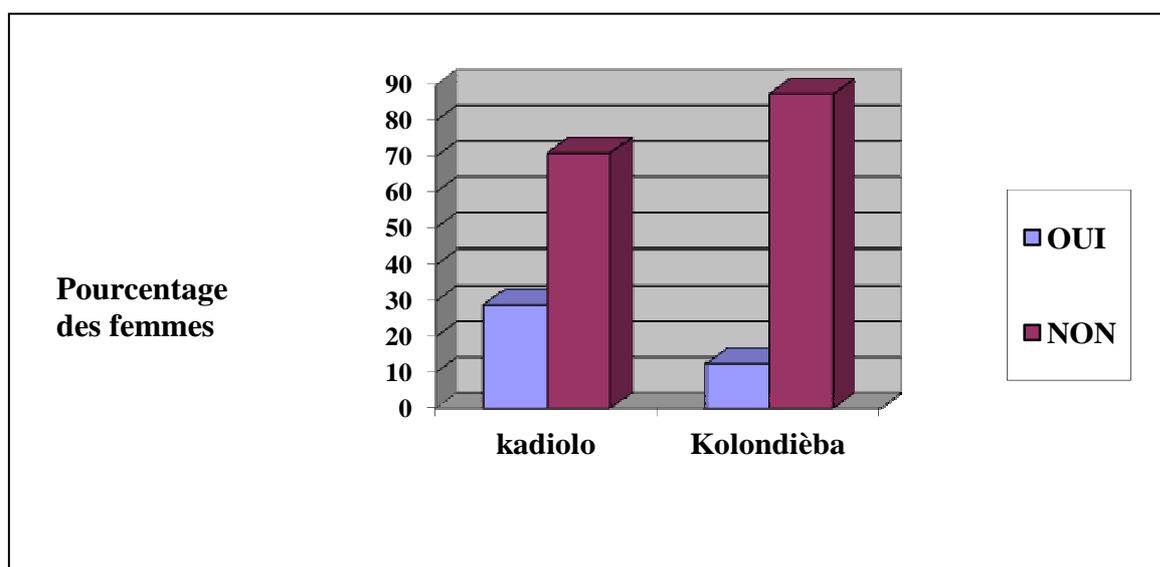


Figure 18 : Répartition des femmes selon l'appréciation de l'attente par district sanitaire

Dans l'ensemble l'attente a été appréciée longue pour 20,8% des femmes.

Tableau XVII : Répartition des femmes en fonction de leur opinion sur l'attitude de la personne qui les a reçus au CSCoM par district sanitaire

Attitude de l'agent	Kadiolo		Kolondièba		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Attentive	61	98,4	62	96,9	123	97,7
Indifférente	0	0	2	3,1	2	1,5
Désagréable	1	1,6	0	0	1	0,8
Total	62	100	64	100	126	100

Le personnel sanitaire était attentif pour 97,7% des femmes. A Kadiolo, les agents ont été même jugés désagréables et plutôt indifférente à Kolondièba.

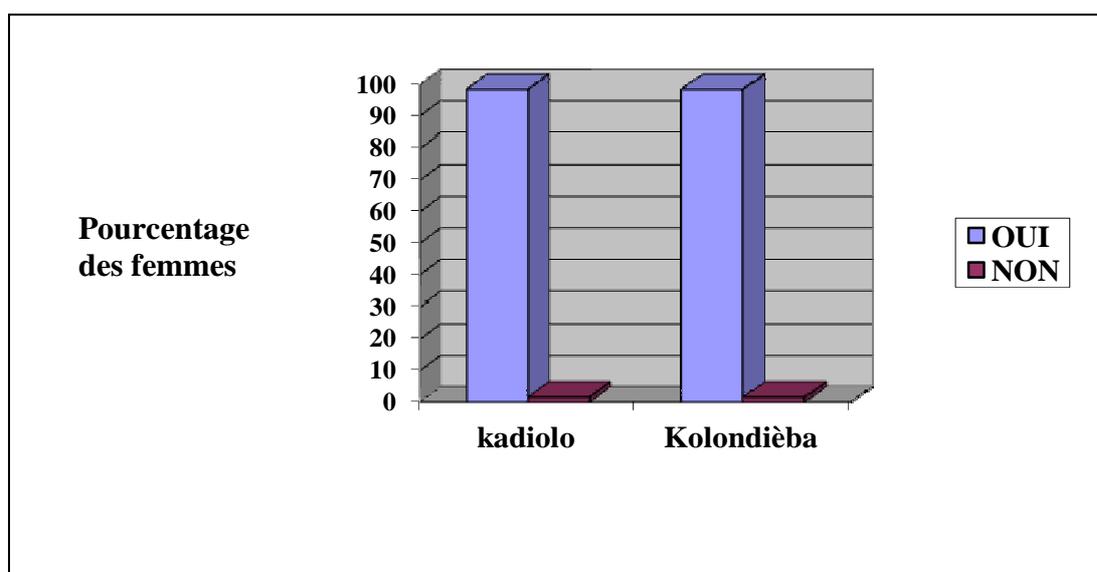


Figure 19 : Répartition des femmes selon qu'elles se soient senties à l'aise par rapport au genre de la personne qui les a reçu par district sanitaire

En général, les femmes étaient à l'aise par rapport au genre du personnel de santé, seulement 1,6% n'en étaient pas.

Tableau XVIII : Répartition des femmes selon leur satisfaction de l'accueil par district sanitaire

Satisfaction	Kadiolo		Kolondièba		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Pas satisfaite	0	0	1	1,6	1	0,8
Peu satisfaite	4	6,5	5	7,8	9	7,2
Satisfaite	35	56,5	56	87,5	91	72,2
Très satisfaite	23	37,0	2	3,1	25	19,8
Total	62	100	64	100	126	100

Les femmes étaient satisfaites de l'accueil dans 72,2% et seule 0,8% n'en étaient pas.

Tableau XIX: Répartition des femmes selon le motif de leur satisfaction par district sanitaire

Motif de satisfaction	Kadiolo		Kolondièba		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Courtois/gentil/ jovial	15	24,2	25	39,1	40	31,7
Accueil chaleureux	27	43,6	26	40,6	53	42
Respectable	4	6,5	2	3,1	6	4,8
A la disposition des patients	1	1,6	1	1,6	2	1,6
Conseillent les patients	2	3,2	2	3,1	4	3,2
Soins adéquats	9	14,5	2	3,1	11	8,7
Négligence du personnel	2	3,2	1	1,6	3	2,4
Non courtois/gentil/ jovial	0	0	3	4,7	3	2,4
Lenteur prise en charge, longue attente	1	1,6	2	3,1	3	2,4
Ordre d'arrivée non respecté	1	1,6	0	0	1	0,8
Total	62	100	64	100	126	100

Les motifs de satisfaction des femmes étaient principalement l'accueil chaleureux (42%). Par contre les motifs d'insatisfaction étaient : la négligence du personnel à Kadiolo (3,2%) ; à Kolondièba ils se résumaient à la non courtoisie / gentillesse /jovial (4,7%) et la lenteur dans la prise en charge des enfants (3,1%).

Tableau XX : Répartition des femmes selon la façon dont elles étaient installées pendant l'attente par district sanitaire

Installé pendant l'attente	Kadiolo		Kolondiéba		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Inconfortablement	1	1,6	0	0	1	0,8
Assez confortablement	19	30,7	10	15,6	29	23
Très confortablement	42	67,7	54	84,4	96	76,2
Total	62	100	64	100	126	100

Au total, 76,2% des femmes étaient confortablement installées dans la salle d'attente.

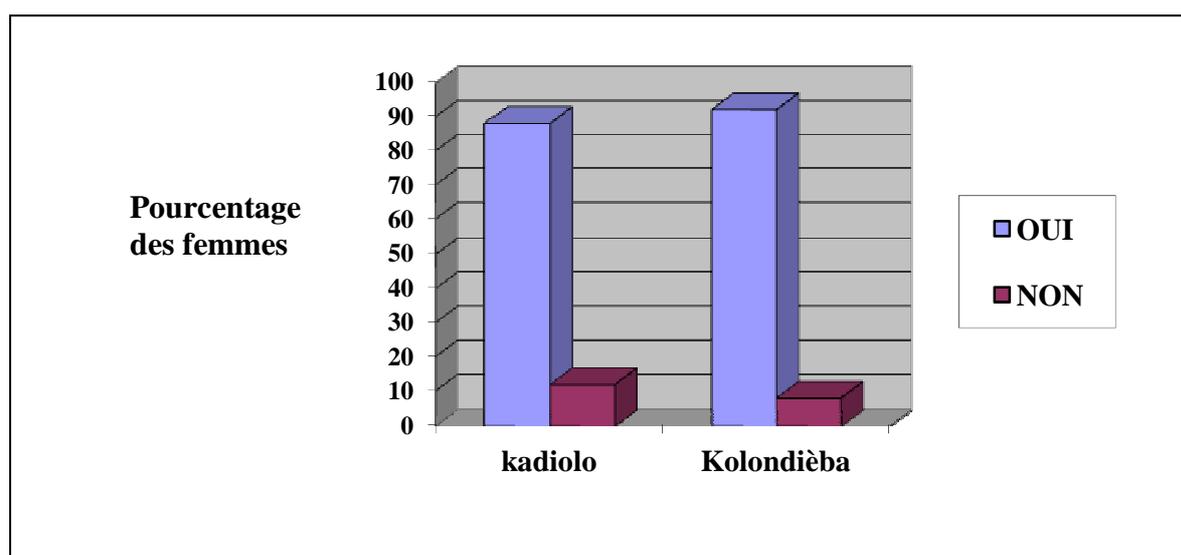


Figure 20: Répartition des femmes en fonction de leur appréciation sur l'état de propreté des latrines des CSCCom par district sanitaire

Au total, 9,9% des femmes ont trouvé que les latrines n'étaient pas propres.

Tableau XXI : Répartition des femmes en fonction de la disponibilité du personnel sanitaire aux heures de service par district sanitaire

Disponibilité aux heures de service	Kadiolo		Kolondièba		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Toujours	61	98,4	63	98,4	124	98,4
Ne sait pas	1	1,6	1	1,6	2	1,6
Total	62	100	64	100	126	100

La disponibilité du personnel sanitaire aux heures de service a été affirmée par 98,4% des femmes.

Tableau XXII : Répartition des femmes en fonction de la disponibilité du personnel sanitaire hors des heures de service par district sanitaire

Disponibilité hors heures de service	Kadiolo		Kolondièba		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Toujours	61	98,4	58	90,6	119	94,4
Souvent	0	0	0	0	0	0
Rarement	0	0	2	3,1	2	1,6
Autres	1	1,6	0	0	1	0,8
Ne sait pas	0	0	4	6,3	4	3,2
Total	62	100	64	100	126	100

Au total, 94,4% des femmes ont affirmé que la disponibilité du personnel était assurée en dehors des heures de services.

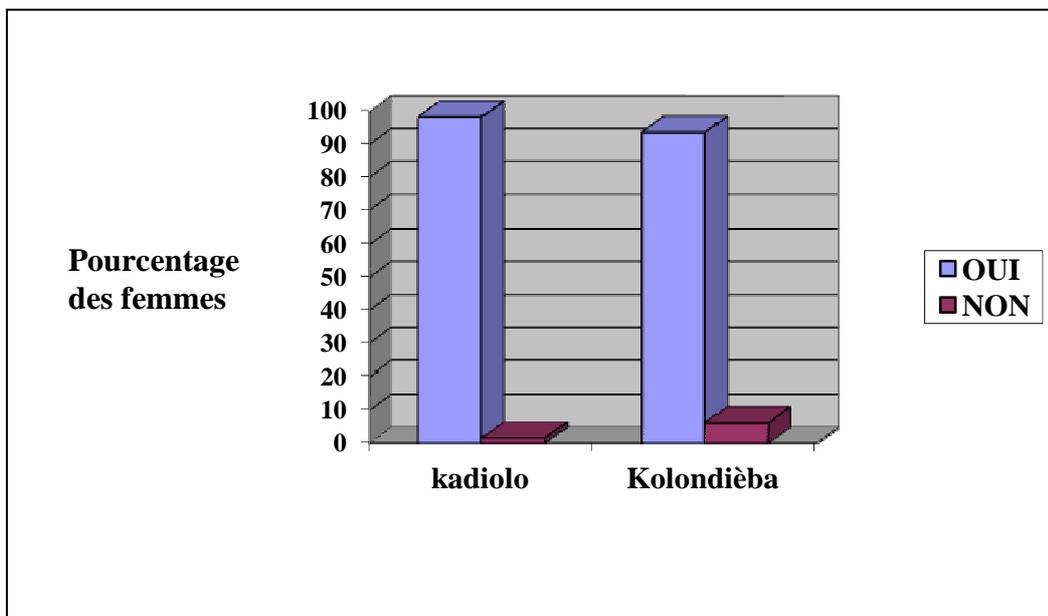


Figure 21 : Répartition des femmes selon la disponibilité des médicaments
 Concernant la disponibilité des médicaments, 94,3% des femmes trouvaient que médicaments étaient toujours disponibles.

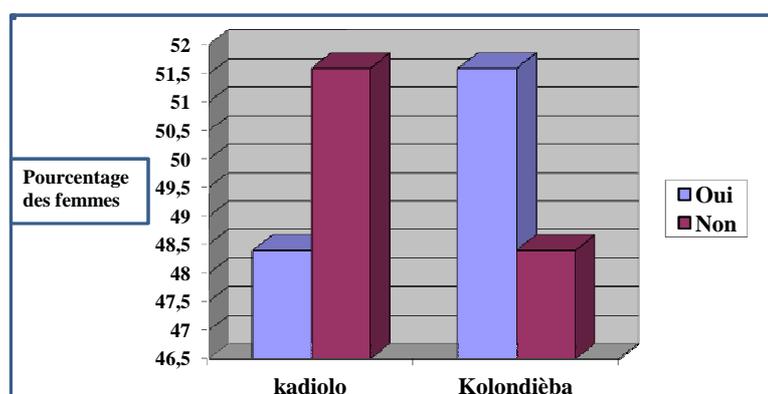


Figure 22 : Répartition des femmes selon la prescription de médicaments par district sanitaire
 Au total, 50% des femmes ont bénéficié de prescription de médicaments lors de leurs visites aux CSCom.

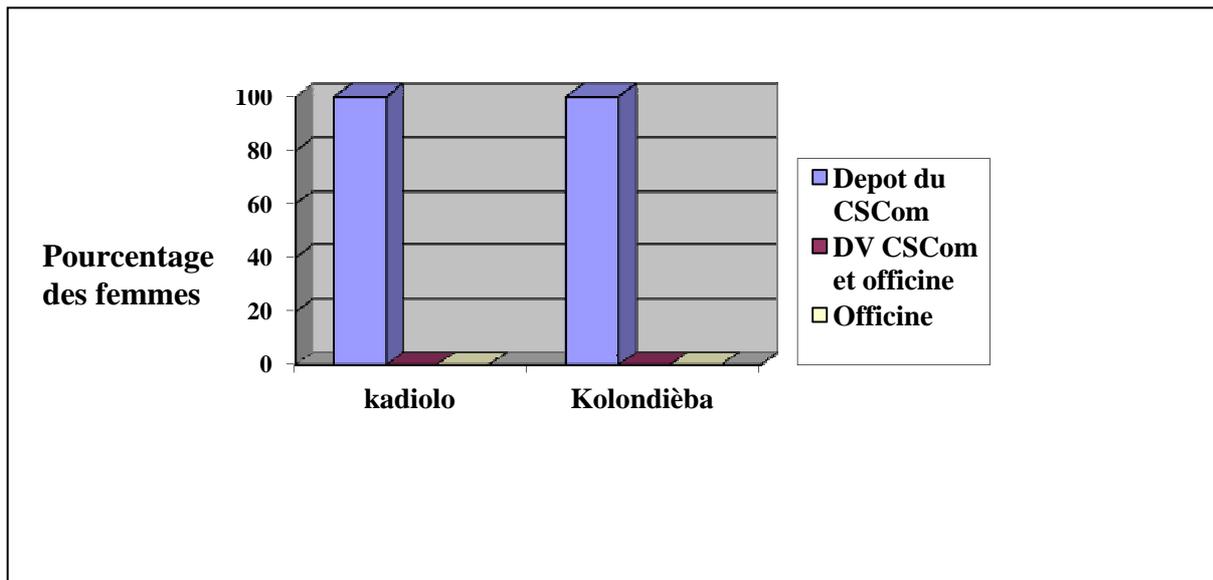


Figure 23 : Répartition des femmes selon le lieu d’achat des médicaments par district sanitaire

Toutes les femmes (**100%**) trouvaient leur médicament au CSCom.

5.3.2 Opinion du Personnel des CSCom sur l’utilisation des services de santé de la reproduction

Les résultats suivants montrent l’opinion du personnel de SR sur l’utilisation de leurs services.

Tableau XXIII : Répartition du personnel de SR des CSCom enquêtés par district sanitaire

District sanitaire	Kadiolo		Kolondièba	
	Zégoua	Fourou	Gourouko	Diaka
Aire de santé				
Nombre d’agent	5	5	2	5
Sous total Cercle	10		7	

Des entretiens structurés ont eu lieu avec 17 personnels de SR dont 10 à Kadiolo et 7 à Kolondièba.

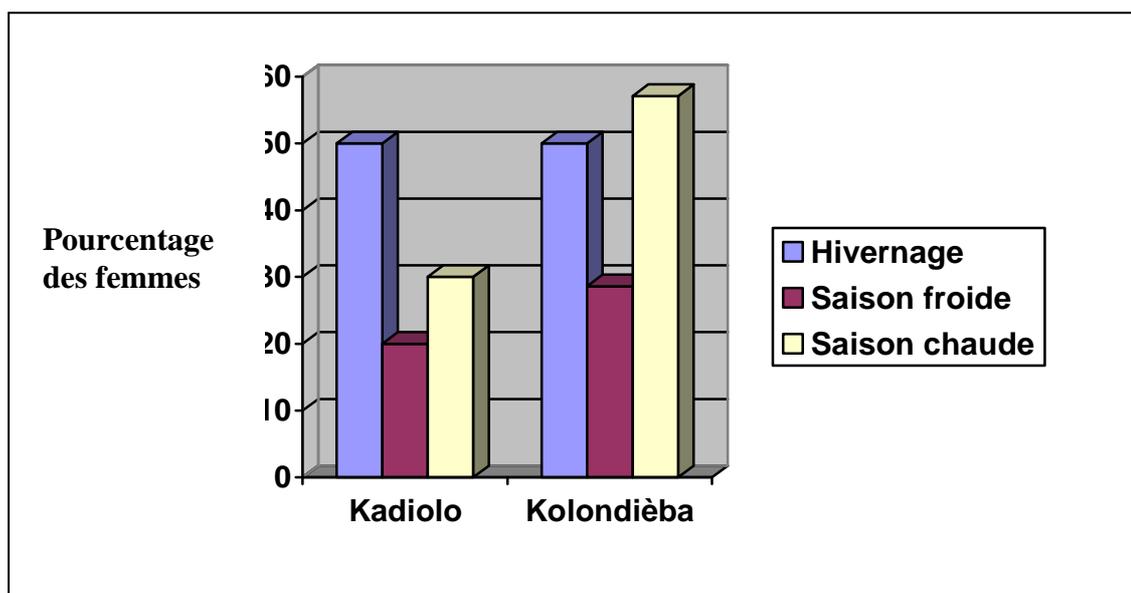


Figure 24 : Répartition du personnel des CSCoM selon leur avis sur la période de l'année où la fréquentation est la plus basse par district sanitaire

La saison chaude est considérée comme la période où la fréquentation des CSCoM est plus faible selon plus de 43,6% des agents interrogés.

Tableau XXIV : Répartition du personnel des CSCoM selon l'activité la plus concernée par la mauvaise fréquentation par district sanitaire

Activité fréquentée	mal	Kadiolo		Kolondièba		Total	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
CPON		5	50	1	14,2	6	35,3
CPN		0	0	2	28,6	2	11,7
Consultation curative		2	20	2	28,6	4	23,6
Accouchement		1	10	0	0	1	5,9
SPE		1	10	2	28,6	3	17,6
Vaccination		1	10	0	0	1	5,9
Total		10	100	7	100	17	100

L'activité la plus concernée par la mauvaise fréquentation est la CPoN (35,3%). Elle est suivie de la consultation curative (23,5%).

Tableau XXV : Répartition du personnel des CSCom selon les raisons de sous fréquentation de CPoN par district sanitaire

Raisons sous fréquentation	Kadiolo		Kolondièba		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
CPoN Femmes ne respectant pas les RDV						
Manque d'information	4	40	7	100	11	64,7
	6	60	0	0	6	35,3
Total	10	100	7	100	17	100

La raison de la mauvaise fréquentation des CPoN a été principalement le non respect des RDV par les femmes pour 64,7% des personnels.

Par ailleurs, les raisons de la mauvaise fréquentation des CPN évoquée sont entre autre le manque d'argent, le coût élevé des consultations, refus du mari, refus de certaines femmes évitant d'être examinées par un personnel plus jeune.

Les causes évoquées de la mauvaise fréquentation des vaccinations sont : l'ignorance de l'intérêt de la PEV, manque d'information des mères sur les effets de la vaccination, certaine mères pensant que les enfants deviennent malades après vaccination, et finalement l'occupation par les travaux champêtres.

Tableau XXVI : Répartition du personnel des CSCom selon les solutions proposées pour améliorer les sous fréquentations par district sanitaire

Solutions	Kadiolo		Kolondièba		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
CCC	9	90	5	71,4	14	82,3
Formation agent	0	0	1	14,3	1	5,9
Réduire tarif	0	0	1	14,3	1	5,9
Référence interne	1	10	0	0	1	5,9
Total	10	100	7	100	17	100

Au total, 82,3% des personnels ont proposé la CCC pour améliorer les sous fréquentations avec la plus grande proposition à Kadiolo (90%).

Les difficultés et les propositions de solutions dans la réalisation des CPN par les agents de santé des CSCom

Pour la plupart des DTC, la méconnaissance des avantages, le problème d'argent, refus du mari, et l'insuffisance du personnel ont constitué le gros handicap pour la réalisation des CPN. Aux vus de l'ensemble des problèmes, 75% ont proposé d'intensifier les CCC.

Quelques témoignages sous tirés de l'analyse des focus groups:

« Les frais de soin des consultations prénatales sont chers pour nous souvent plus de 1300f CFA, or les hommes ne donnent pas d'argent en général. » propos d'une participante

Les difficultés et propositions de solutions dans la réalisation de la PF par les agents de santé des CSCom

Concernant la PF, les grandes difficultés ont tourné autour des sous évaluation du taux de PF, l'utilisation des méthodes traditionnelles, du manque d'information et le refus des hommes pour la pratique des PF. Les propositions faites par 75% des enquêtées ont été la CCC.

Les difficultés et propositions de solutions dans la réalisation de la CMF par les DTC

Les plus grandes difficultés citées par les DTC concernant la réalisation des CMF sont l'automédication (50% des CSCom), le problème d'argent et le refus de l'examen de la femme par un homme (25%). Les solutions ont été entre autres la CCC (75% des CSCom).

Quelques témoignages sous tirés de l'analyse des focus groups:

« Ici la femme n'est considérée que pendant les trois 1^{er} mois du mariage et après cela dès qu'elle tombe malade c'est son problème, car le mari ne lui donne rien pour se faire soigner. La femme souffre ici car elle a la charge des frais de ses soins souvent ceux de l'enfant. Les hommes donnent pas de l'argent toutes les fois » propos d'une ménagère

Les difficultés et propositions de solutions dans la réalisation de la CME par les DTC

Les plus grandes difficultés citées par les DTC concernant la réalisation des CME sont la pauvreté (50% des CSCom), le Coût élevé de la consultation et désintérêt des parents (25%). Les solutions ont été entre autres la CCC, diminution du coût de la consultation, la création d'une mutuelle et l'implication des pères (25% des CSCom).

Les difficultés et propositions de solutions dans la réalisation de la vaccination par les DTC

Les difficultés citées par les DTC concernant la réalisation des vaccinations sont l'accessibilité, rupture des intrants, pas de moyen de déplacement et la non-participation des hommes (25% des CSCom). Les solutions ont été entre autres la disponibilité des intrants, la participation des hommes, l'acquisition de nouvelle moto et l'amélioration de l'accessibilité géographique (25% des CSCom).

Tableau XXVII : Répartition des CSCom selon la disponibilité de médicaments par district sanitaire (1=présence de médicament, 0=rupture)

Cercle	Kadiolo		Kolondièba		Total
Aire de santé	Zégoua	Fourou	Gourouko	Djaka	
	Rupture de stock médicament				
AAS 500cp	1	0	1	0	2
Hydroxide d'aluminium	1	0	0	0	1
Amoxicilline 500mg	0	1	0	0	1
SP cp	1	0	1	0	2
Mebendazole	0	0	0	0	0
Metronidazole	0	1	0	0	1
Penicilline V	0	0	0	1	1
CTA	1	1	1	1	4
Total	4	3	3	2	12
	Rupture vaccin				
BCG	0	1	0	1	2
Polio	1	1	0	1	3
DTC	1	1	0	1	3
VAR	0	1	0	0	1
VAA	0	1	0	0	1
VAT	0	1	0	0	1
Total	2	6	0	3	11

Les causes de rupture dans les 4 CSCom étaient la rupture du DRC.

Seul les CTA n'avaient connu de rupture pendant l'enquête ; VAR et VAT étaient en rupture dans 3 CSCOM.

Tableau XXVIII: Répartition des CSCOM selon les opinions des DTC sur la fréquentation des services par district sanitaire

Variable	Kadiolo		Kolondièba	
	Zégoua	Fourou	Gourouko	Djaka
	Fréquentation			
Plus élevée	Hivernage	Hivernage	Hivernage	Hivernage
Plus basse	Saison chaude	Saison chaude	Saison chaude	Saison Froide
	Activité la moins fréquentée			
Activités	CPON	PF	CPON	PF
Causes	Non respect RDV	Automédication	Ignorance	Sociales et culturelles
Solutions	CCC	CCC	CCC	CCC

L'hivernage est encore reconnu comme la période de haute fréquentation des structures de santé. La CPoN et la PF sont les activités les moins fréquentées pour diverses causes. La CCC ressort comme solution de première ligne.

5.4 Analyse des barrières (socio –culturelles, géographiques, financières, liées aux services de santé) à l'accès des femmes aux services de santé de la reproduction de qualité

5.4.1 Barrières financières à l'accès des femmes aux services de santé de la reproduction de qualité

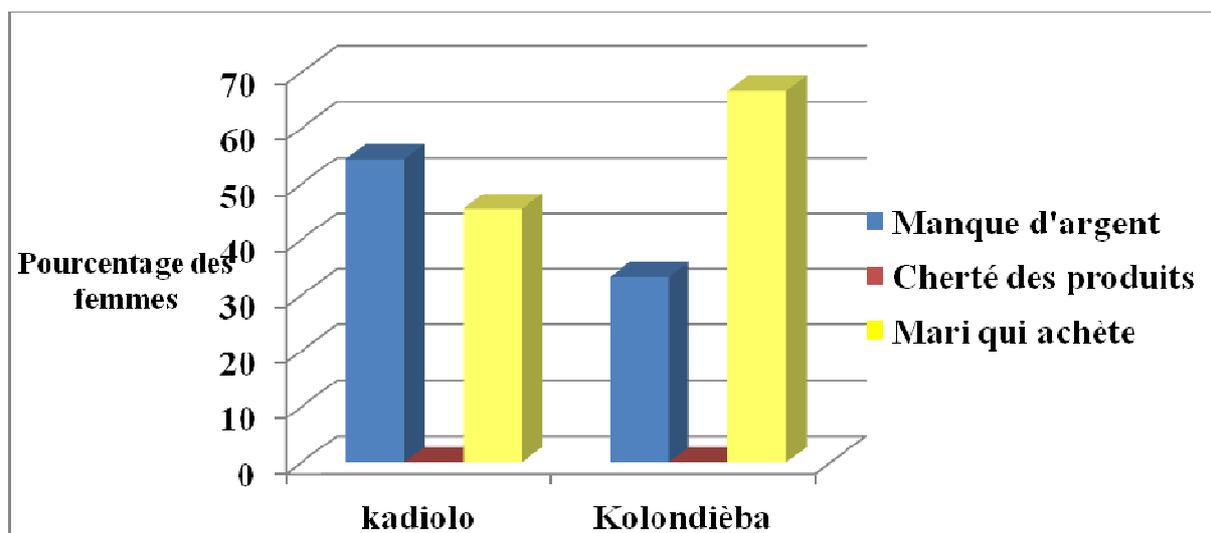


Figure 25 : Répartition des femmes selon les raisons du non achat des médicaments par district sanitaire

Plus de la moitié des femmes (56,1%) n'ayant pas acheté les médicaments l'ont attribué au fait que c'est leurs maris qui achètent, qu'elles doivent rejoindre pour leurs donner l'ordonnance. Pour certaines, il s'est agit d'un manque d'argent (43,9%).

Tableau XXIX: Répartition des femmes selon le moyen utilisé pour se rendre au centre par districts sanitaires

Moyen utilisé	Kadiolo		Kolondièba		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Pied	85	35,6	121	48,4	206	42,1
Moto	141	59	95	38	236	48,2
Charrette	0	0	0	0	0	0
Vélo	13	5,4	34	13,6	47	9,7
Total	239	100	250	100	489	100

Les femmes ont utilisé la moto dans 48,2% pour se rendre au centre de santé. Cela est plus fréquent à Kadiolo (59%).

5.4.2 Barrières géographiques à l'accès des femmes aux services de santé de la reproduction de qualité

Tableau XXX: Situation géographique des CSCOM par rapport aux villages et à la population

	Kadiolo		Kolodièba		Total
	Zégoua	Fourou	Gourouko	Djaka	
Population	33427	17085	5884	12505	68901
Nombre de village	9	10	5	13	37
Moins de 5km	1	2	1	2	6
De 5 à 15km	5	6	3	11	25
Plus 15km	3	2	1	0	6
Obstacle naturel entre villages	Cours d'eau	Route impraticable	Cours d'eau	Cours d'eau et route impraticable	

Seulement 1,5 villages étaient en moyenne dans un rayon de 5 km autour d'un CSCOM. Ce qui est relativement très faible en matière d'accessibilité géographique. Aussi il existait d'obstacles naturels (Cours d'eau et route impraticable) dans toutes aires de santé entre les villages et le CSCOM.

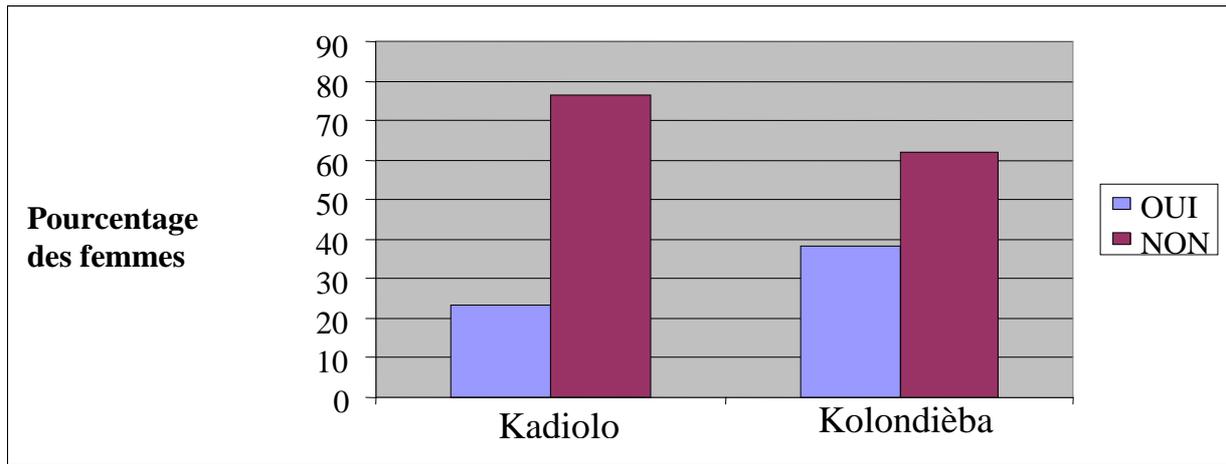


Figure 26 : Répartition des femmes en fonction de l'éloignement du centre de santé par district sanitaire

Environ 30,7% des femmes qui ont fréquenté les centres de santé l'ont trouvé éloigné.

Quelques témoignages sous tirés de l'analyse des focus groups:

« La grosse difficulté c'est la distance entre le village le centre puis la durée d'attente environ 3 à 4 heures de temps et s'il faut retourner pour préparer ça pose problème. » propos d'une participante.

5.4.3. Barrières liées aux services de santé

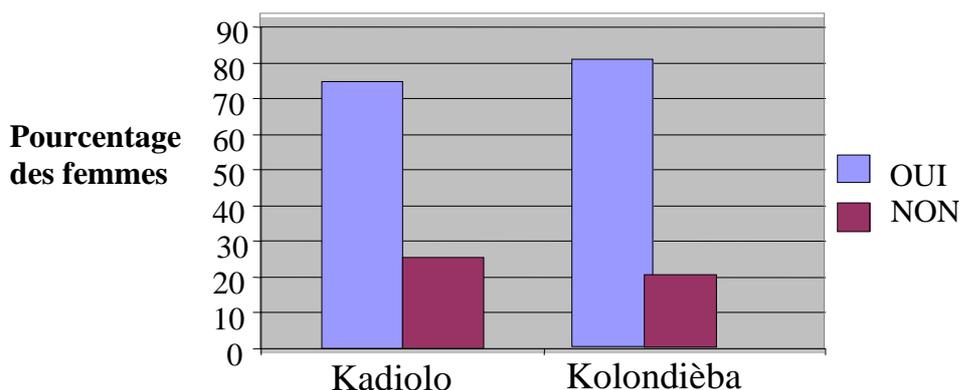


Figure 27 : Répartition des mères ayant accouché selon la disponibilité du Carnet vaccination de l'enfant

Le carnet de vaccination de l'enfant a été présenté à l'enquêteur dans 77% des cas. Les faibles taux ont été enregistrés à Kadiolo (74,7%).

Tableau XXXI: Répartition des CSCoM en fonction du nombre de personnel

Personnel CSCoM	Kadiolo		Kolondièba		Total
	Zégoua	Fourou	Gourouko	Djaka	
Médecin	0	1	0	0	1
Infirmier d'Etat	0	0	0	0	0
Infirmier	0	0	0	0	0
Sage femme	1	0	0	0	1
Matrone	2	2	1	2	7
Aide soignant	3	1	0	1	5
Assistant Médical	1	0	0	0	1
TSS	0	0	0	0	0
TS	2	2	2	1	7
Infirmière Obs	0	0	0	0	0
Comptable	0	0	0	0	0
Gérant	1	1	1	1	4
Manœuvre	1	1	1	0	3
Gardien	1	1	0	1	3
Vendeur de ticket	1	0	0	0	1
Chauffeur	0	0	0	0	0
Technicien Labo	0	0	0	0	0
Nombre total	13	9	5	6	33

Tous les CSCoM disposaient de Matrones, de Gérant de dépôt de pharmacie et TS. Les autres catégories d'agents manquaient dans certains CSCoM.

Tableau XXXII: Répartition des CSCCom selon la disponibilité des services

	Kadiolo		Kolondièba		Total
	Zégoua	Fourou	Gourouko	Djaka	
Nb jours ouvrables	7	5	7	7	7
Nb heures ouvrables	8h00	8h00	8h00	8h00	8h00
Heure début	8h00	8h00	7h30	8h00	7h30
Heure de fin	16h00	16h00	15h30	16h00	15h30
Types d'activités réalisées en stratégie avancée					
Vaccination	1	1	1	1	4
CPN	1	1	1	0	3
Distribution	1	1	0	0	
Micronutriments					2
Consultation curative	0	0	0	0	0
CPON	0	0	1	0	1
CPON SPE	0	0	0	0	0
Total	4	4	3	2	13

Le nombre de jour ouvrables par semaine était 7 dans 3\4 des CSCOM visités avec un travail couvrant 7h30 mn par jour. Dans toutes les aires de santé la vaccination était réalisée en stratégie avancée.

5.4.4 Barrières socio –culturelles: l'analyse du contenu des focus a identifié les barrières ci dessous:

- **lié à la croyance :**

En ce qui concerne la CPN nombreuses sont des femmes qui ont affirmé que le dénouement de la grossesse est du ressort de **Dieu** et aucun être ne saurait le contrôler. Et, pour cause beaucoup ont avoué que celles qui ont des problèmes gynécologiques sont celles qui sont fréquentes aux séances de CPN.

- **Lié à la tradition :**

La tradition a **priorisé l'homme** plus que la femme à telle enseigne qu'il est maître de décision. La majorité des femmes ont affirmé que même si la femme a de l'argent, elle peut ni se faire consulter ni suivre la planification familiale sans l'autorisation du mari. Car les conséquences sont multiples : infidélité, stérilité ou sorcellerie.

Quelques témoignages :

« Nous sommes éduquées sur la base d'obéir à son mari, donc c'est lui qui décide tout dans la famille. » : **une ménagère**

« C'est le mari qui décide et s'il n'est pas d'accord c'est non et si tu le fais il peut faire recours à une autre femme soit on te qualifie de sorcière ou non sérieuse. » : **une ménagère.**

Obéissance à la décision de ses parents :

« Toute femme bien éduquée doit toujours obéir à la décision de ses parents même si elle n'est pas toujours la bonne » **propos d'une ménagère.**

- **Liée à la charge de la femme :**

Il ressort des propos des femmes que la religion demande à la femme d'obéir à son mari et ce principe est souvent associé à la tradition qui font que certains hommes se limitent simplement à tout laisser à la charge de la femme, même les prix de condiments et selon eux leurs tâches c'est de remplir le grenier de céréales. Ainsi la rivalité entre coépouse oblige la femme à subir pour ne pas se faire humilier.

- **Lié à l'opinion de l'influence de l'occident :**

Certaines femmes pensent que, toute femme qui reste fidèle au suivi de la CPN, veut se comporter en européenne.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

La quasi-totalité des services de santé de la reproduction sont offerts par les CSCCom et cela pour faciliter leurs accès aux femmes.

L'objectif de notre étude était d'étudier l'accès des femmes à des services de santé de qualité dans la région de Sikasso (Mali).

Des entretiens individuels avec des questionnaires semi structurés ont permis d'identifier les besoins d'utilisations des services de santé de la reproduction par les femmes et leur opinion ainsi que celle des prestataires sur les PPS.

Les focus group ont permis d'analyser les barrières à l'accès des femmes aux services de santé de la reproduction de qualité.

Les femmes ont répondu à tous nos questionnaires ainsi pouvons nous dire que nos objectifs ont été atteints.

L'étude a été transversale descriptive. Les composantes clés de la santé de la reproduction ont été abordées.

La traduction des outils en bamanankan lors de l'interview individuelle avec les femmes dans les ménages et à la sortie des CSCCom, peut introduire un biais de collecte. Les questions semi ouvertes ont été administrées pour minimiser de tels biais. La technique de l'observation des prestataires dans les points de prestations de service peut influencer leur comportement et apporter des jugements ne correspondant pas la qualité réelle de service rendu. Pour palier à cette situation une rencontre a été réalisée avec le personnel des centres de santé visités pour leur expliquer les modalités de l'enquête et le devenir des résultats.

Les résultats de notre étude sont ceux de quatre aires de santé de deux districts sanitaires d'une région choisie de façon raisonnée, donc ils ne peuvent pas être extrapolés à d'autre région.

6.1 L'analyse des résultats obtenus

a. Par rapport aux caractéristiques sociodémographiques des femmes interviewées dans les ménages

La tranche d'âge de 20-35 ans a été la plus représentée avec 72,5%. Ce résultat est supérieur à celui trouvé à Bamako par **COULIBALY F [14]** pour qui 42,4% avaient l'âge compris entre 25-34ans.

Nous avons enregistré 97,7 % des mariés, résultat similaire a celui de **Almamy MALICK KANTÉ et al [15]** qui ont trouvé 96% dans leur étude.

La majorité de nos femmes ne savait ni écrire ni lire (83,2%).L'étude réalisée par **GBESSEMALAN Agossi Nelly [16]** à Bamako a trouvé 77,8%.Cette différence pourrait s'expliquer par le lieu d'étude.

b. Par rapport à l'utilisation des services de SR par les femmes

- Dans notre étude, le CSCCom a été la première structure fréquentée par les femmes lors de leur maladie les trois dernier mois qui ont précédé l'enquête avec 54,6%. Ce résultat est supérieur à celui de **GBESSEMALAN Agossi Nelly [16]** qui a trouvé 40,6%, pour ce dernier la notion de trois dernier mois ne ressortait pas dans le questionnaire.

Les femmes ayant accouché dans le CSCCom ont été majoritaires avec 71,2%. L'étude réalisée par **Adam en 2010 [17]** a obtenu une proportion de 83,6% des femmes ayant accouché au CSCCom de Baco-Djicoroni.

- La majorité des femmes ont apprécié positivement la CPN raison pour laquelle 89,5% ont fait au moins une CPN au cours de leur grossesse. Ce résultat se rapproche à ceux enregistrés par **GBESSEMALAN Agossi Nelly [16]** et **ADAM [17]** qui ont trouvé respectivement au cours de leur étude à Bamako 92,6% et 99,2%.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande, au moins, quatre visites prénatales, à intervalles réguliers tout au long de la grossesse.

Dans notre étude, 89,5 % des femmes ont déclaré avoir utilisé les services de CPN, 74,1% ont reçu deux doses de SP lors des CPN et 68,2% des gestantes ont effectué au moins trois visites recommandées. Nous constatons que l'utilisation des services de CPN diminue au fur et à mesure que la grossesse avance. Les raisons sont principalement liées au problème d'argent et au refus des maris.

Parmi les femmes ayant suivi régulièrement les CPN, 68,7% avaient bénéficié d'au moins deux doses de VAT. **MALICK KANTÉ et al [15]** ont trouvé 85% mais pour ce dernier la notion d'au moins deux doses ne ressortait pas.

- Quant au suivi postnatal, il a été l'activité la plus concernée par la mauvaise fréquentation pour 35,3% du personnel des CSCoM. Les raisons évoquées par 64,7% du personnel étaient le non respect des rendez-vous par les femmes.

Les activités de CPoN se résument à la planification familiale (PF). La multiplication des points de prestation a fait que la CPoN est timide dans les CSCoM. Au Maroc, l'activité de CPoN demeure également très insuffisante dans les vallées où seulement 46 % des femmes ayant accouché entre 2001 et 2006 ont déclaré avoir consulté une structure de santé après la naissance de leur enfant, il s'agit là de la consultation quel que soit le motif c'est à dire pouvant avoir eu pour objet la consultation de la femme elle-même, des soins à l'enfant ou sa vaccination (**Zouni et al ; 2009b**) [18]. Parmi les femmes ayant l'habitude d'effectuer une CPoN, 89,7% d'entre elles ont été informées des méthodes de PF contre 96,7% trouvées par **TRAORE A [19]** au cours de son étude à Bamako. Seulement 31% de notre série ont adopté une méthode contraceptive, ce résultat est similaire à celui rapporté par **GBESSEMALAN Agossi Nelly [16]** qui a eu 35,1%.

Les visites des femmes dans les formations sanitaires pour une raison de santé quelconque, que ce soit pour elles-mêmes ou pour leurs enfants, constituent des occasions à ne pas manquer par les prestataires pour discuter avec elles de la planification familiale.

- Concernant l'utilisation des méthodes de PF, notre étude a montré que 52,54% des femmes enquêtées dans la communauté utilisaient déjà une méthode de PF parmi lesquelles 46,7% avaient préféré les formes injectables. L'étude de **Traoré A [19]** réalisée dans une structure de santé a trouvé que 52% des femmes utilisaient les formes injectables, les différences de résultat pourraient s'expliquer par le lieu d'étude.

c. Opinion des femmes sur les points de prestation des services de SR

- Par rapport à la qualité de l'accueil, il constitue la première phase du traitement car un patient bien accueilli se sent plus à l'aise et place sa confiance au personnel de soin, condition nécessaire pour être réceptif au traitement. L'accueil a été satisfaisant par 72,2% des femmes. **KANTA K [20]** dans son étude au niveau de la communauté et **TRAORE A [19]** l'étude réalisée dans le centre de santé ont obtenu respectivement un taux de 73,7% et 64,70% de satisfaction par rapport à l'accueil.

Notons que l'accueil concerne aussi bien le personnel que les locaux du centre de santé.

- Par rapport à l'état des locaux, 90,1% des femmes enquêtées ont témoigné de leur propreté, mais celles qui les trouvent sales n'ont pas entièrement tort car il n'y a pas de système efficace pour la gestion des ordures.

- Les femmes ont affirmé la disponibilité du personnel sanitaire aux heures de service dans 98,4%. Ce résultat est supérieur à celui rapporté par **TRAORE A [19]** dans son étude qui a trouvé 64,70%.

d. Les barrières géographiques et financières liées à l'accès des femmes aux services de santé de la reproduction de qualité

- Par rapport à l'accessibilité géographique des centres de santé, 30,7% des femmes ont trouvé que le centre de santé était éloigné de leur domicile. Par contre 47% de femmes ont affirmé le contraire dans l'étude réalisée par **Wonguem S [21]** à Bamako en 2006.

- Par rapport aux moyens de transport utilisés, une forte proportion des gestantes partait au centre en moto avec ou sans leur mari soit 48,2% contre 42,1 % qui partaient à pied. Dans l'étude réalisée par **GBESSEMALAN Agossi Nelly [16]**, 71,3% s'y rendait à pied, son résultat est probablement dû à la position géographique du centre de santé communautaire qui se situait au milieu du quartier.

Il faut noter que le manque d'argent est ressorti pour 86,6% des femmes comme barrières à l'utilisation des services en général et particulièrement celles de la CPN.

- Concernant la PF, seulement 3,9% des femmes ont évoqué le manque d'argent. Ceci pourrait s'expliquer leurs professions (agricultrices).

e. Analyse des barrières socioculturelles :

En ce qui concerne la CPN, l'étude a montré que nombreuses sont des femmes qui ont affirmé que le dénouement de la grossesse est du ressort de Dieu et aucun être ne saurait le contrôler. Dans l'étude menée en Mauritanie, 8,3% des femmes pensent que la CPN ne sert à rien [22].

La majorité des femmes ont affirmé que même si la femme a de l'argent, elle peut ni se faire consulter ni suivre la planification familiale sans l'autorisation du mari qui est maître de décision. Ceci est ressorti en d'autre terme au Ghana lors d'une conférence que pour les femmes dans les communautés rurales où celles qui ne sont pas économiquement indépendantes, l'approbation du partenaire (l'époux) est inévitable [23].

VII. CONCLUSION

La majorité de nos femmes enquêtées était mariée et ne savait ni lire ni écrire. La tranche d'âge 20 - 35ans était la plus représentée. Les femmes avaient eu en moyenne quatre grossesses, certaines ont connu des avortements et des morts nés. Au moment de l'enquête elles avaient toutes au moins un enfant de moins de 5 ans. Plus de la moitié de ces mères d'enfant de moins de 5 ans ont déclaré que leurs enfants sont tombés malades dans les trois mois précédents l'enquête. Donc ces femmes ont des besoins qui doivent les conduire vers les services de santé de la reproduction. Les services de consultation curative étaient utilisés par la majorité des femmes malgré cela l'automédication reste une pratique courante suivie de la consultation des guérisseurs en cas de maladie. Les services de CPN étaient beaucoup plus utilisés mais la fréquentation diminuait au fur et à mesure que la grossesse avance. La majorité de nos femmes enquêtées était satisfaite de l'accueil. Les difficultés rencontrées par rapport à l'accès des femmes aux services de santé de la reproduction étaient d'ordre économique, organisationnel, socioculturel et géographique.

VIII. SUGGESTIONS

A l'issue de cette étude nous suggérons de renforcer les activités suivantes:

- La communication pour le changement de comportement en santé de la reproduction (**CCC**) en ciblant les femmes elles même et les maris ainsi que la communication de masse;
- Promotion de la scolarisation et de l'alphabétisation des filles en milieu rural ;
- Promouvoir les Points de Prestations de Services (PPS) pour la PF avec la mise en œuvre de la nouvelle stratégie des agents de santé communautaires ;
- L'initiation des femmes aux activités régénératrices de revenu ;
- Le développement de la mutualité dans les CSCom pour alléger le coût des prestations aux femmes ;
- La supervision suivi / Evaluation des services de santé de la reproduction surtout la CPoN.

IX REFERENCES

1. Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (Mali).

Rapport d'Enquête Démographique et de Santé. 4^{ème} édition. Bamako: MS; 2006.

2. Donabedian A.

Explorations in quality assessment and monitoring, vol I. The definition of quality and approaches to its assessment, health administration press, An Arbor, Michigan, 1980.

3. U.N.I.C.E.F / O.M.S / F.N.U.A.P.

Elimination du tétanos maternel et néonatal d'ici à 2005. Stratégie permettant d'éliminer le tétanos et d'éviter sa réapparition. Novembre 2000.P. 23.

3. Rougemont A, Brunet J, et Jailey.

Planifier, gérer, évaluer, santé en pays tropicaux. Doin. Editeur, Paris, p. 751.

5. Hart M.A, et Coll.

Considération pratique. Intégration des soins de santé maternelle et infantile.

6. Définition de la santé selon l'OMS.

http://www.bioenergetique.com/crbst_3.html consulté 2012-10-29.

7. Boubacar Barry.

Mortalité maternelle: cause et facteurs favorisants déterminés par l'autopsie verbale dans le département de Bakel [Master de recherche : Biologie et Médecine] Dakar, Université Cheikh Anta Diop, 2008, 1p.

8. Institut National de la Statistique.

Rapport du 4^{ème} Recensement général de la population du MALI (RGPH) tome 2 : série habitat Novembre 2011.

9. Division Santé de la Reproduction (DSR).

Rapport de politique et normes des services de santé de la reproduction. Juin 2005.

10. http://fr.wikipedia.org/wiki/R%C3%A9gion_de_Sikasso

Site consulté le 22 Juillet 2012.

11. Direction nationale de la Santé au Mali (DNS).

Liste fonctionnelle des aires de santé 2011.

12. Microsoft Encarta junior 2009.

Atlas interactif de Microsoft consulté le 12 Août 2012.

13. Direction Nationale de la Santé.

Rapport annuel statistique sanitaire année 2010.

14. Coulibaly F.

Étude de la perception des femmes sur l'accueil, l'information et la prise en charge dans les centres de santé de Niamakoro en commune VI du district de Bamako (Mali) [thèse médecine]. Bamako, FMPOS, 2011.

15. Kanté A M, Guyavarch E, Pison G.

Pourquoi la mortalité maternelle ne diminue-t-elle pas plus vite en Afrique malgré l'amélioration de l'offre sanitaire ?

Choc des cultures ou mauvaise organisation sanitaire ?

L'expérience de la population rurale de Bandafassi au Sénégal.

Institut national d'études démographiques (INED, Paris). 2007 Mars- Avril.

16. Agossi Nelly G.

Évaluation des connaissances et attitudes des femmes vis-à-vis des soins prénatals dans la commune ii du district de Bamako : cas du quartier de Médina Coura [thèse médecine] Bamako, FMPOS, 2011.

17. Adam Baba Body A.H.

Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : Cas du Csom de Baco Djicoroni [thèse, médecine] Bamako, FPOS, 2009.

18. Zouini M, Baali A, Cherkaoui M, Amor H, Hilali M.K, Vimard P.

Etude de la morbidité maternelle et du recours aux soins de la population rurale du Haut Atlas Occidental (vallées d’Azgour, d’Anougal et d’Imnane, Province d’Al Haouz, Maroc), *Biom. Hum, et Anthropol*, 2009, 27 (3-4).

19. Traoré A. I.

Déterminants de l’utilisation des services de planification familiale par les femmes en age de procréer dans les centres de santé de la commune VI du district de Bamako [thèse médecine] Bamako, FMPOS, 2010.

20. Kanta K Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les populations de l’aire de santé de Segué (cercle de Kolokani) [thèse médecine] Bamako, FMPOS, 2007, 154p.

21. Wonguem S.S.

Qualité de la surveillance prénatale dans la commune V du district de Bamako [thèse, médecine] Bamako, FMPOS, 2006.

22. Ministère de la Santé et des Affaires Sociales

Direction de la Protection Sanitaire, Programme National de la Santé de la Reproduction DRPSS de l’Assaba : Enquête sur l’utilisation des services de santé de la reproduction. ASSABA, 2005 Avril.

23. Ministère de la Santé du GHANA

Compte rendu de la conférence sur le repositionnement de la planification familiale en Afrique de l’Ouest Accra, page 26, 2005 Février.

**QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX MERES D'ENFANTS DE 0 A 59 MOIS
DANS LES MENAGES**

Nom

enquêteur : Date : / / 201...

Nom du superviseur :

Région : Cercle Commune :

Aire de santé Nom du CSCOM : Village/Quartier :

N° Enquêté / _____ /

Répéter ces Salutations pour chaque personne interviewée : « Bonjour Madame / Monsieur. Je m'appelle Je suis un agent de santé. Nous souhaiterions collecter des informations se rapportant à la santé de la reproduction dans votre zone. Ces informations permettront d'améliorer la santé des femmes et des enfants au Mali. Je vous assure que notre entretien restera strictement confidentiel. Soyez à l'aise pour une participation franche. Puis je continuer ? »

(Si la personne accepte de continuer, lui demander si elle a des questions d'éclaircissement à poser, si oui veuillez à bien lui répondre. Si la personne n'accepte pas de continuer, la remercier poliment et passer à la recherche d'une autre selon le guide de l'enquêteur)

1. A. Identification

1.1. Prénom et Nom:

.....

1.2. Age : /___/___/ (année)

1.3. Ethnie :

1.4. Statut marital : /___/ 1- célibataire 2- Mariée 3- Veuve

1.5. Niveau d'instruction : /___/ 1-Ne sait ni lire ni écrire

2- Primaire 3. Secondaire 4. Supérieur 5- Alphabétisée

1.6. Profession : /___/ 1- Salariée 2- Commerçante 3- Agricultrice

4- Eleveuse 5- Opératrice du secteur privé 6- Transporteuse

7- Ménagère 8- Retraitée 9- Artisane 10- Autres

1.7. Taille ménage /___/___/

1.8. Adhérent au CSCOM ? /___/ 1. Oui 2. Non

1. B. Antécédents de grossesse

1.9. Combien de grossesses avez-vous eu ? /___/___/

1.10. Combien d'avortements avez-vous eu ? /___/___/

1.11. Combien d'enfants avez-vous eu ? /___/___/

- 1.12. Combien sont-ils vivants ? /____/____/
- 1.13. Combien sont-ils décédés ? /____/____/
- 1.14. Y a-t-il eu des cas de morts nés? /____/____/
- 1.15. Avez-vous fait des CPN au cours de votre dernière grossesse ?
/____/ 1. Oui 2. Non
- 1.16. Si oui combien ? /____/ Ne sait pas /____/
- 1.17. Avez-vous reçu le VAT au cours de cette grossesse ?/____/1.Oui 2. Non
- 1.18. Si oui combien de dose ? /____/ Ne sait pas /____/

1. C. Recours au CSCOM

- 1.19. Etes-vous tombé malade ces trois derniers mois ? /____/ 1. Oui 2. Non
- 1.20. Etes-vous partie pour cette maladie au centre de santé ? /____/ 1. Oui
2. Non

1.21. Si non où êtes vous partie? /____/

1. Nulle part 2. Automédication 3. Guérisseurs 4. Autres (précisez).....

1.22. Pourquoi ce choix ?

.....

1.23. Avez-vous dormi sous MIILDA la nuit dernière ? /____/ 1. Oui 2. Non

1.24. Combien avez-vous d'enfants de moins de 5 ans ? /____/

1.25. Combien d'enfants de moins de 5 ans ont dormi sous MIILDA la nuit dernière ? /____/

1.26. Combien d'enfants de moins de 5 ans sont correctement vaccinés ?
/____/

1.27. Vos enfants de moins de 5 ans sont-ils tombés malades ces trois derniers mois ? /____/ 1. Oui 2. Non

1.28. Si oui, combien sont tombés malades ?/____/
« «1» »

1.29. Quelle est la dernière maladie de l'enfant de An (s) ?

.....

1.30. Êtes-vous partie pour cette raison au centre de santé ? /____/ 1. Ou 2. Non

1.31. Si non où êtes vous partie? /____/

1. Nulle part 2. Automédication 3. Guérisseurs 4. Autres (précisez).....

1.32. Pourquoi ce choix ?

.....

« «2» »

1.33. Quelle est la dernière maladie de l'enfant de An (s)?
.....

1.34. Êtes-vous partie pour cette raison au centre de santé ? /___/1. Oui 2.Non

1.35. Si non où êtes vous partie? /_____/

1. Nulle part 2.Automédication 3.Guérisseurs 4.Autres (précisez).....

1.36. Pourquoi ce choix ?

.....

« «3» »

1.37. Quelle est la dernière maladie de l'enfant de An (s)?

.....

1.38. Êtes-vous partie pour cette raison au centre de santé ? /___/1. Oui 2.Non

1.39. Si non où êtes vous partie? /_____/

1. Nulle part 2.Automédication 3.Guérisseurs 4. Autres (précisez).....

1.40. Pourquoi ce choix ?

.....

« «4» »

1.41. Quelle est la dernière maladie de l'enfant de An (s)?

.....

1.42. Êtes-vous partie pour cette raison au centre de santé ? /___/1. Oui 2.Non

1.43. Si non où êtes vous partie? /_____/

1. Nulle part 2.Automédication 3.Guérisseurs 4. Autres (précisez).....

1.44. Pourquoi ce choix ?

.....

1.45. Quand avez-vous quitté un centre de santé avec un enfant malade moins de 5 ans ? /_____/

1.46. Le centre de santé est –il éloigné ? /_____/ 1. Oui 2. Non

1.47. Si oui quelle distance en km ? < 1 km /___/ 1 à 5 km /___/ 5 à 10 km /___/ 10 à 15 km /___/ ≥ 15 km /___/

1.48. Comment vous êtes vous rendu au centre ? /_____/ 1. Pied

2. Charrette 3. Vélo 4. Moto 5. Taxi 6. Véhicule personnel

7. Autres (précisez).....

1.49. Y a t-il des chaises/bancs dans la salle d'attente ? /_____/ 1.Oui 2.Non

1.50. Comment étiez vous installée pendant l'attente ? /___/1.Inconfortablement

2. Assez confortablement 3. Très confortablement

1.51. Y avait-il des latrines accessibles dans le service ? /_____/ 1. Oui 2. Non
3. Ne sait pas

1.52. Si Oui sont elles propres ? /_____/ 1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

1.53. Comment avez vous trouvé les locaux ? /_____/ 1. Sales 2. Propres
3. Ne sait pas

1. D. Qualité des soins

1.54. Avez-vous été satisfaite de l'accueil ?/_____/ 1. Pas satisfaite
2. Peu satisfaite 3. Satisfaite 4. Très satisfaite

1.55. Pourquoi ?.....
.....

1.56. L'ordre de passage a t-il été respecté ? /_____/ 1. Oui 2. Non

1.57. Avez-vous trouvé l'attente longue ? /_____/ 1. Oui 2. Non

1.58. Qui vous a reçu ? /_____/ 1. Ne sait pas 2. Chef de poste 3.
Le gérant pharmacien 4. Une matrone 5. Autres (précisez).....

1.59. La personne qui vous a reçu, a t-elle été ? /_____/ 1. Désagréable ou
malpolie ? 2. Indifférente 3. Attentive et polie

1.60. Vous êtes vous senti à l'aise par rapport au genre de la personne qui vous
a reçu ?/_____/ 1. Oui 2. Non

1.61. Dans quelle atmosphère s'est passée la consultation ? /_____/ 1. Seul
avec l'agent de santé 2. Beaucoup de monde dans la salle 3. Il y avait sans
cesse des entrées et sorties 4. Autres (précisez)

1.62. Avez-vous pu bien parler avec l'agent de santé ? /_____/ 1.Oui
2.Non 3. Oui avec difficultés

1.63. Que pensez-vous de la durée de la consultation ?/_____/ 1. Longue
2. Bonne 3. Courte 4. Ne sait pas

1.64. Les horaires de travail du CSCOM vous conviennent-il? /___/1. Oui 2.Non

1.65. Si non pourquoi ?
.....

1.66. Le personnel sanitaire est –il toujours disponible lors des heures de
service ?/_____/ 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais 5.
Ne sait pas 6. Autres

1.67. Le personnel sanitaire est –il toujours disponible en dehors des heures de
service ? /_____/ 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais 5.
Autres 6. Ne sait pas

1.68. Vous a t-on dit ce qu'on a trouvé lors de la consultation ? 1. Oui 2.Non

1.69. Vous a t-on donné des conseils ? /_____/ 1.Oui 2.Non

1.70. Vous a t-on prescrit des médicaments ?/_____/ 1.Oui 2.Non

1.71. Si oui avez vous acheté ces médicaments ? /_____/ 1.Oui 2.Non

- 1.72. Où avez vous acheté ces médicaments ?

- 1.73. Si oui, vous a t-on expliqué la posologie de ces médicaments ? /_____/
 1.Oui 2.Non
- 1.74. Si vous n'avez pas acheté ces médicaments quelle en est la raison ?
 /_____/ 1. Manque d'argent 2. Rupture du médicament 3. Cherté
 des produits 4. Autres (précisez).....
- 1.75. Que pensez-vous de l'efficacité du traitement ? /_____/ 1. Non efficace
 2. Peu efficace 3. Efficace 4. Très efficace 5. Autres (précisez).....
- 1.76. Si le traitement a été non/peu efficace quelle en est la raison ? /_____/1.
 Incompétence du personnel 2.Sévérité de la maladie 3.Autres (précisez).....
- 1.77. Avez-vous effectué des consultations prénatales lors de la dernière
 grossesse ? /_____/1. Oui 2. Non
- 1.78. Si oui, Combien de visites CPN ? /_____/
- 1.79. Si non pourquoi ?

- 1.80. Avez-vous reçu les 2 doses de SP durant votre grossesse ? /_/1. Oui 2.Non
- 1.81. Si non pourquoi ?

- 1.82. Avez-vous accouché au CSCOM ? /_____/ 1. Oui 2. Non
- 1.83. Si non, où avez vous accouché ?

- 1.84. Pourquoi ?.....

- 1.85. L'accouchement a t-il été assisté par un personnel sanitaire ? /_____/ 1.
 Oui 2. Non
- 1.86. Avez-vous effectué des consultations post natales après l'accouchement?
 /_____/1. Oui 2. Non
- 1.87. Si non pourquoi ?

-
- 1.88. Vous a-t-on présenté des méthodes contraceptives ? /_____/ 1. Oui 2. Non
- 1.89. Si oui avez-vous accepté ? /_____/ 1. Oui 2. Non
- 1.90. Pourquoi ?.....

- 1.91. L'enfant a t-il été correctement vacciné ? /_____/ 1. Oui 2. Non

(Demander à voir le carnet de vaccination de l'enfant)

1.92. Carnet vu ? /___/ 1. Oui 2. Non

1.93. Vaccination correcte ? /___/ 1. Oui 2. Non

1.94. Si non pourquoi ?

.....
.....

1.95. Avez-vous effectué les consultations de suivi pour votre enfant ? /___/

1.Oui 2.Non

1.96. Si non pourquoi ?

.....
.....

1. E Service de PF

1.97. Êtes-vous informées des méthodes de PF ? /___/ 1. Oui 2. Non

1.98. Si oui par quel moyen ?

.....
1.99. Avez-vous l'habitude d'utiliser des méthodes de PF ? /___/ 1. Oui 2. Non

1.100. Pourquoi ?
.....

.....
1.101. Si oui, quelles méthodes de PF préférez-vous? /___/ 1. Oui 2. Non

1.102. Quel lieu ou centre de santé fréquentez vous pour les méthodes de PF ? /___/ 1. CSCOM 2. PPS 3. Autres (à préciser).....

1.103. Pourquoi ?.....
.....

1.104. Quelles sont les difficultés auxquelles vous êtes confrontées pour la réalisation de la PF ?

.....
.....
.....
.....

1.105. Que proposez-vous pour une meilleure PF ?

.....
.....
.....

FICHE SIGNALETIQUE

Nom: **COULIBALY**

Prénom : **Karamoko**

Nationalité: **Maliennne**

Année universitaire: 2011-2012

Date de soutenance:

Ville de soutenance: **Bamako**

Titre : *L'accès des femmes aux services de santé de la reproduction dans la région de Sikasso*

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynéco obstétrique, Santé publique, Anthropologie

Origine de la thèse : **Mali**

RESUME :

L'objectif de notre étude était d'étudier l'accès des femmes à des services de santé de qualité dans la région de Sikasso (Mali).

Nous avons effectué une étude transversale descriptive du 17 Octobre au 05 Novembre 2011. L'enquête a eu lieu dans 4 aires de santé dans la région de Sikasso, celle de Fourou, Zégoua (district de Kadiolo) et de Kolondieba (Gourouko, Diaka)

Les résultats de l'étude ont montré que : la tranche d'âge 20-35 ans représentait 72,5% des femmes ; 97,7 % des femmes étaient mariées.

Les femmes fréquentaient le CSCom lors de leur maladie les trois dernier mois qui ont précédé l'enquête dans 54,6%. La majorité des femmes ont fait au moins une CPN au cours de leur grossesse soit 89,5%. Celles qui avaient accouché dans le CSCom occupaient 71,2% et 52,54% des femmes enquêtées dans la communauté utilisaient déjà une méthode de PF parmi lesquelles 46,7% avaient préféré les formes injectables.

Les femmes ont été satisfaites de l'accueil dans 72,2% et 98,4% ont affirmé la disponibilité du personnel sanitaire aux heures de service.

Les femmes ayant trouvé que le centre de santé était éloigné de leur domicile représentaient 30,7%.Le manque d'argent a été cité par 86,6% des femmes comme barrières à l'utilisation des services de CPN.

Certaines femmes ont affirmé que le dénouement de la grossesse est du ressort de Dieu et aucun être ne saurait le contrôler et d'autres ont affirmé que même si la femme a de l'argent, elle peut ni se faire consulter ni suivre la planification familiale sans l'autorisation du mari qui est maître de décision.

Les services de CPN étaient beaucoup plus utilisés mais la fréquentation diminuait au fur et à mesure que la grossesse avance.

Les mots clés: accès, sante de la reproduction, femmes.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des **maîtres** de cette Faculté, de **mes chers condisciples**, devant l'effigie d'**Hippocrate**, je promets et je jure, au nom de **l'être Suprême**, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y 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 sa 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 leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis **fidèle** à mes promesses.

Que je sois couvert d'**opprobre et méprisé** de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE