

UNIVERSITE DU MALI

**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

Année Universitaire 1996 - 1997

N° 12

THESE

**ETUDE COMPARATIVE DE LA QUALITE
DES SOINS AU NIVEAU DE LA MATERNITE
ENTRE CSCOM ET SSC AU NIVEAU DE LA
COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO**

Soutenue publiquement le 28 Décembre 1996 devant

**LA FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET
D'ODONTO - STOMATOLOGIE**

Par : Mme SOW Korotoumou YARO
Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY :

Président : **Professeur Sidi Yaya SIMAGA**

Membres : **Docteur DIALLO Fatimata S. DIABATE**
 Docteur Boubacar TANGARA
 Docteur Hubert BALIQUE, Directeur de Thèse.

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

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

5. ASSISTANTS

Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

Ortho.Traumatologie
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

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

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

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGÉ

Mr Ogobara DOUMBO
Mr Anatole TOUNKARA

Parasitologie
Immunologie

3. MAITRE DE CONFERENCES

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

Chimie Organique
Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie
Physiologie

4. MAITRES ASSISTANTS

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

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Chimie organique
Biochimie
Bactériologie
Histoembryologie
Bactériologie
Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

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

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtysiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Medecine Interne

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Med.Interne
Mr Moussa Y.MAIGA	Gastroenterologie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastroenterologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie

3. ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Adama D.KEITA	Radiologie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie

D E R de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1.PROFESSEURS

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

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Arouna KEITA	Matière Médicale
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharm.Chim. (Chef de D.E.R.)

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

3. MAITRE ASSISTANT

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Ababacar I.MAIGA	Toxicologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique (chef D.E.R.)
---------------------	------------------------------

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A.MAIGA	Santé Publique
-------------------	----------------

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE	Anthropologie
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G.TOURE	Santé Publique
Mr Sory I.KABA	Santé Publique

5. ASSISTANT

Mr Massambou SACKO	Santé Publique
--------------------	----------------

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Bakary I.SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléymanne GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Nyamanto DIARRA	Mathématiques
Mr Moussa I.DIARRA	Biophysique
Mr Mamadou Bakary DIARRA	Cardiologie
Mme SIDIBE Aissata TRAORE	Endocrinologie
Mr Siaka SIDIBE	Médecine Nucléaire

PERSONNEL D' ENCADREMENT (STAGES & TP)

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Baidi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine Niantao	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I.MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I.SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Reznikoff	IOTA
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B.SACKO	HGT
Docteur Hubert BALIQUE	C.T. MSSPA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	HGT
Docteur Youssouf SOW	HGT

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr A.E.YAPO	BIOCHIMIE
Pr M.L.SOW	MED.LEGALE
Pr S.S.GASSAMA	BIOPHYSIQUE
Pr D. BA	BROMATOLOGIE
Pr M.BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr B.FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE
Dr G.FARNARIER	PHYSIOLOGIE

Je dedie ce travail :

A mon père : (in memorium)

Puisse ta modestie en souffrir que de rendre hommage à l'homme que tu etais. Au père que tu etais, exemple de fermété, de droiture et d'équité.

Puisse le tout puissant te garder en paix (Amen!).

A toute la famille YARO à Djéné : Qu'elle retrouve en ce travail, mon indéfectible attachement.

A ma mère :

Je ne saurais vous remercier assez pour tous les sacrifices que vous avez consentis pour moi. Que de peines, que de privations pour vos enfants.

Trouver dans ce travail le temoignage de notre amour infini, de notre reconnaissance et de notre piété filiale.

A ma marâtre :

Que ce travail soit le témoignage de notre profonde gratitude. Ce jour est aussi le vôtre.

A mon oncle Daouda N'DIAYE et famille:

Vous n'avez ménagé aucun effort pour me voir réussir mes études. Que ce travail soit le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A ma tante Mme Konipo Assetou N'DIAYE:

Je n'oublierai jamais votre aide inestimable. Ce travail est l'occasion pour moi de vous réaffirmer toute notre considération et notre profond attachement.

A ma belle famille :

Aux uns et aux autres, trouvez en ce travail mes vifs remerciements pour tout le service rendu.

A mon cher et adorable mari : Cheick Oumar SOW

Tu as su supporter toutes mes caprices, tu m'as toujours été d'un support solide.

Ton amour, tes encouragements ne m'ont jamais fait défaut. Trouve ici l'expression de ma profonde affection.

A mes frères et soeurs :

Puisse ce travail vous servir d'exemple. Ce travail est le vôtre.

A mes camades et amies :

Gabriel GUINDO, Fanta KANTE, Ramata DIALLO, Fatoumata dite Diaraye BAH, Tata SINGARE, Brehima SAMAKE dit Kepler. En souvenir de tous les bons moments passés ensemble.

Mes remerciements vont :

A tout le personnel socio-sanitaire des centres de santé communautaires de l'ASACOBABA, de l'ASACONIA, l'ANIASCO, l'ASACOMA et du Service Socio-sanitaire de Sogoniko:

Ce travail a pu être réalisé grâce à votre franche collaboration, votre disponibilité permanente. Soyez-en remercié.

A Madame YATTARA Marie Elisabeth NEWTON dite Yaye à Bougouni:

Mes quelques mois d'étude passés chez vous à Bougouni m'ont permis de connaître d'avantage le genre de femme que vous êtes. Votre sagesse, votre honnêteté et surtout votre amour pour le prochain font de vous une femme digne.

Ce travail est pour moi l'occasion de vous manifester nos sincères remerciements. Cette thèse est aussi la votre.

Au Docteur Hamadoun Aly SANGHO:

Vous avez occupé la place de grand frère pour moi durant toutes mes années d'étude universitaire. Grâce à votre soutien moral, j'ai pu tenir jusqu'au bout. Veuillez ici recevoir l'expression de notre profonde reconnaissance.

Aux Docteurs Sarmoye CISSE et Kader TRAORE : Pour votre contribution dans l'élaboration de cette thèse.

A tout le personnel de la division santé communautaire de l'INRSP, notamment à: Kafing DIARRA, Birama.D. DIAKITE, Dr Sidi TRAORE, Ousmane TOURE, Seydou COULIBALY, Moussa KEITA, Anne JUILLET et Adama TRAORE:

Votre franche collaboration et votre aide inestimable ne seront jamais oubliées.

A mon ami Mahamadou CISSE : Pour votre soutien et vos encouragements.

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration de cette thèse.

A NOTRE JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY, Professeur Sidy Yaya SIMAGA.

Chef de DER DE Santé Publique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Ondoto-Stomatologie du Mali, Directeur de l'Ecole Secondaire de la Santé.

Malgré vos multiples occupations, vous avez accepté de présider cette thèse. Soyez-en remercié.

La clarté de vos enseignements, votre grande culture et les principes moraux que vous incarnez et que vous nous avez transmis nous serviront pour le restant de notre vie.

A NOTRE MAITRE ET JUGE : Docteur DIALLO Fatimata.S.DIABATE.

Assistant chef de clinique en Gynéco-Obstétrique, Chef de service à la maternité de Hamdallaye.

C'est un grand honneur pour nous de vous compter parmi le jury de cette thèse.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre gratitude et notre profond respect.

A NOTRE FRERE ET JUGE : Docteur Boubacar TANGARA.

Médecin chef du centre de santé communautaire de Banankabougou-Faladiè.

Votre grande vision positiviste des choses de ce monde fait de vous un bon chef.

J'aurai toujours en mémoire votre contribution et celle de tout votre personnel pour que ce travail soit des meilleurs.

Trouvez en ces lignes l'expression de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE : Docteur Hubert BALIQUE .

Maître de conférence, chargé de recherche à l'ORSTOM.

Vous nous avez fait l'honneur de diriger ce travail au cours duquel vous avez été toujours disponible en dépit de vos multiples responsabilités.

Vous êtes pour nous un exemple de conscience professionnelle, de gentillesse et de simplicité.

Nous avons toujours apprécié votre grand professionnalisme et vos critiques constructives.

Nous vous prions de trouver en cette thèse le témoignage de notre respect.

LISTE DES ABBREVIATIONS

AD	Adhérent
ALP	Albuminurie
A.NIAS.CO	Association des Habitants de Niamakoro pour la Santé
A.SA.CO	Association Santé Communautaire
A.SA.CO.BA.FA	Association Santé Communautaire de Banankabougou Faladié
A.SA.CO.MA	Association Santé Communautaire de Magnambougou
A.SA.CO.NIA	Association Santé Communautaire de Niamakoro
B.D.C	Bruits Du Coeur
C.M.I.E	Centre Medical Inter-Entreprise
C.P.N	Consultation Périnatale
C.S.COM	Centre de Santé Communautaire
D.C.I	Dénomination Commune Internationale
E.C.B.U	Examen Cyto-Bactériologique des Urines
E.S	Education Sanitaire
I.D.E	Infirmier d'Etat
I.N.P.S	Institut National de Prévoyance Sociale
H.U	Hauteur Uterine
NAD	Non Adhérent
N.F.S	Numération Formule Sanguine
O.M.I	Oedème des Membres Inférieurs
P.E.V	Programme Elargi de Vaccination
P.F	Planning Familial
P.M.I	Protection Maternelle et Infantile
P.P.M	Pharmacie Populaire du Mali
P.S.P.H.R	Projet Santé Population Hydraulique Rural

U.M.P.P	Usine Malienne de Produits pharmaceutiques
R.S.S	Regime Sans Sel
S.A.T	Serum Anti-tétanique
S.M.I	Santé Maternelle et Infantile
S.S.C	Service Socio-sanitaire de Commune
T.A	Tension Arterielle
T.D.C	Technicien de Developpement Communautaire
T.S	Technicien de Santé

D- Le personnel	25
E- Les ressources et dépenses	26
F- Organisation des centres	27

III. LES RESULTATS 34

III.1	Présentation des femmes interrogées	35
III.2	Etude des consultations prénatales	52
III.2.1	Fréquentation des CPN	52
III.2.2	Le contenu des visites prénatales	58
III.2.3	Le coût moyen des CPN	64
III.3	Etude des accouchements	65
III.3.1	La fréquentation	65
III.3.2	Le déroulement des accouchements	67
III.3.3	Coût moyen de l'accouchement	81
III.4	Les consultations postnatales	83
III.4.1	Fréquentation	83
III.4.2	Déroulement des consultations postnatales	84

IV. COMMENTAIRES DES RESULTATS 85

IV.1	Fréquentation des différents centres	86
IV.2	Analyse de la qualité de l'offre	86
IV.2.1	L'accueil des femmes en travail	87
IV.2.2	La conduite des activités	87
IV.2.2.1	Les CPN	87
IV.2.2.2	Les accouchements	89
IV.2.2.3	Les consultations postnatales	91
IV.3	La tarification des activités	91
IV.3.1	Les CPN	91
IV.3.2	Les accouchements	91
IV.4	Les conditions d'Hygiène	92
IV.5	L'équipement	92
IV.6	Organisation des centres	93

I-1 IMPORTANCE DU SUJET:

Au Mali, comme dans la plupart des pays en voie de développement, le groupe mère-enfant (enfant de 0 à 5 ans et femme en âge de procréer) constitue le plus important de la population dont il représente plus de 45% (11). Or c'est dans ce groupe que se trouvent les taux de morbidité et de mortalité les plus élevés. Environ 102 enfants pour mille meurent avant l'âge d'un an tandis que 186 pour mille meurent avant l'âge de 5 ans. Enfin, près du quart des décès féminins enregistrés sont liés aux complications de la grossesse ou à l'accouchement. La mortalité maternelle est estimée à 700 pour 100.000 naissances vivantes (45).

Une étude faite dans le quartier de Bankoni sur la mortalité maternelle et infantile a estimé le nombre de décès maternel à 327 (17) pour 100.000 naissances vivantes et que le risque de décéder avant la fin de la période de procréation se situerait entre 1 chance sur 37 et 1 sur 44 ; la mortalité infantile est estimée à 55,1 pour 1.000 naissances vivantes (24).

C'est pourquoi, la santé de la mère et de l'enfant se situe au premier rang des actions de santé préconisées par le Ministère de la Santé du Mali dont l'option politique est basée essentiellement sur la promotion des soins de santé primaire avec comme objectifs l'élargissement des services de santé jusqu'au niveau le plus périphérique, la disponibilité permanente des médicaments essentiels en DCI et la participation des populations afin de réduire la mortalité et la morbidité materno-infantile.

La réalisation de ces objectifs doit cependant tenir compte de plusieurs contraintes, à savoir:

- un fort taux de croissance de la population concernée soit +1,81% par an (13) qui résulte d'une fécondité élevée.
- une population à majorité rurale (plus de 80%). Or les calamités naturelles qu'a connues le Mali au cours de ces dernières décennies ont accentué un phénomène migratoire important à l'intérieur ainsi qu'à l'extérieur du pays.

Bamako étant la capitale et la ville la plus attractive du Mali, cette migration l'a soumise à un niveau de croissance considérable à la recherche de meilleures conditions de vie. De 1988 à 1995, la population du district de Bamako est passée de 693274 à 793635 habitants, soit un taux d'accroissement d'environ +2% (12).

Quant au rapport entre la population urbaine et la population totale, il est passé de 22% à 25% par an (3).

Le premier type d'installation de cette population migrante est

l'habitat spontané au niveau des quartiers périphériques.
 - le caractère limité du budget de l'Etat consacré au secteur de la santé, qui n'est pas en mesure de répondre à la croissance proportionnelle des besoins en personnel, en infrastructures socio-sanitaires et en dépenses de fonctionnement.

Face à cette situation, des initiatives ont commencé à voir le jour afin de résoudre les problèmes de santé dans les quartiers par la création d'associations communautaires. C'est ainsi qu'un premier exemple de Centre de Santé Communautaire ou CSCOM a vu le jour à Bankoni en mars 1989. Depuis lors, des CSCOM se sont multipliés à travers l'ensemble du pays, création rendue possible par la disponibilité de professionnels de santé sur le marché du travail. Ces CSCOM offrent aux populations un paquet minimum d'activités au sein duquel se situent les activités de SMI.

Le but de notre travail est de savoir :

- si les CSCOM offrent un service de qualité dans le domaine de SMI?
- s'ils répondent aux critères d'accessibilité géographique et financière des services de santé?

Le choix du lieu de notre travail s'est porté sur la commune VI du district de Bamako du fait de sa situation géographique particulière, de ses caractéristiques socio-économiques et du nombre élevé de CSCOM.

I-2 OBJECTIFS:

1- L'objectif général de notre travail a été : de comparer les performances des centres de santé communautaires de Bamako en termes de fréquentation, de coûts, efficacité et de qualité à celles des services socio-sanitaires de commune dans le domaine de la maternité.

2- Les objectifs spécifiques ont été de comparer les SSC et CSCOM dans les activités suivantes:

2-1-Consultations prénatales:

- la fréquentation des consultations prénatales,
- le nombre moyen de visites prénatales par femme,
- le coût moyen d'une visite prénatale,
- le contenu des visites prénatales.

2-2-Accouchements:

- le déroulement des accouchements,
- le coût moyen des accouchements,
- la répartition des accouchées selon les classes socio-économiques.

2-3-Consultations post-natales:

- la fréquentation des consultations post-natales,
- le contenu des consultations post-natales.

gynécologiques ou obstétricaux,

- . identification des gestes effectués au cours de la CPN (y compris les examens de laboratoire)
- . le traitement reçu au cours de la CPN
- . le coût du traitement

4-3- la 3^è partie a traité du volet "accouchement":

- le lieu de l'accouchement
- le type de personnel
- l'accueil
- le mode d'arrivée à la maternité
- le déroulement de l'accouchement:
 - . la demande du carnet de CPN
 - . les gestes effectués
 - . l'hygiène au niveau des centres
- la délivrance, l'état du périnée
- le coût de l'accouchement

4-4- **Caractéristiques du Nouveau-né à savoir:**

- le diagnostic porté à la naissance
- le décès périnatal

4-5- **les consultations post-natales:**

- la fréquentation
- les motifs et date de venue
- les gestes effectués

5- **Déroulement de l'enquête:**

L'enquête s'est déroulée de la manière suivante:

l'enquêteur passait une semaine dans chaque centre et travaillait chaque nuit de 18 H à 10 H (compte tenu de la grande fréquence des accouchements la nuit).

Une fiche technique était remplie pour chaque accouchée pendant et après l'accouchement, jusqu'à obtention de l'effectif attendu.

6- **Durée de l'enquête:**

L'enquête a duré environ 7 mois: du 8 février au 16 avril 1994 et du 16 mai au 28 septembre 1994.

7- **Traitement des données:**

Les données ont été saisies et traitées sur le logiciel Epi-info.

II. CADRE D'ETUDE

1- LA POLITIQUE DE SANTE AU MALI:

1-1-La situation sanitaire:

D'une superficie de 1.241.138 Km², le Mali comptait 9.012.858 d'habitants en 1995. Cette population est relativement jeune (49% ont moins de 15 ans). Les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) représentent 21% de la population générale (12).

Le Mali est un pays à vocation essentiellement agricole et pastorale. Sa situation géographique en fait un pays très enclavé dont le réseau de communication interne est encore très peu développé.

L'autosuffisance alimentaire de sa population est soumise aux aléas des facteurs climatiques.

Cette situation place le Mali parmi les pays les plus pauvres du monde. Le PIB/habitant était de 2,3% en 1994 (10).

Les impacts de cette situation dans le domaine de la santé se traduisent par:

- une brièveté de l'espérance de vie : 50 ans pour les hommes et 55 ans pour les femmes (3),

- une forte mortalité infanto-juvénile : on estime qu'environ 186 enfants pour mille naissances vivantes meurent avant l'âge de 5 ans et 102 avant l'âge d'un an (45).

Cette forte mortalité infanto-juvénile est causée principalement par 5 affections qui sont : le paludisme, les diarrhées, la rougeole, les infections respiratoires et la malnutrition. Il s'agit d'affections que l'on peut combattre par des interventions à faible coût.

- une forte mortalité maternelle : estimée à environ 700 pour 100.000 naissances vivantes, elle est essentiellement causée par 5 affections : dystocies, hémorragies du post-partum, infections puerpérales, tétanos, néphropathies gravidiques (45).

- la forte endémicité de maladies transmises par l'eau, telles que la schistosomiase ou le ver de guinée.

- l'extension de maladies transmissibles dont la diffusion est accentuée par la survenue du SIDA (tuberculose, lèpre), ou qui se manifestent de temps à autre sous forme d'épidémies mortelles (cholera, méningite, fièvre jaune).

- la présence d'affections cosmopolites qui sont à l'origine d'une demande croissante de soins (affections cardio-vasculaires, diabète, hypertension artérielle, hernies, affections bucco-dentaires...).

- le nombre élevé de cas de SIDA : d'1 nouveau cas en 1985 leur nombre a atteint 609 nouveaux cas en 1994 et 454 en 1995. Avec un total cumulé de 3048 cas en fin 1995 (38) cette maladie constitue actuellement un des principaux problèmes de santé publique.

* Cette situation sanitaire reste confrontée à d'énormes problèmes que sont :

- les difficultés d'accessibilité à la fois géographique et financière des populations aux services de santé: seulement 33% de la population se trouvaient à moins de 15 Km d'un CSA ou d'un CSCOM en 1993 (45),

- une insuffisance et une mauvaise répartition du personnel socio-sanitaire à travers l'ensemble du territoire.
La Couverture sanitaire du personnel socio-sanitaire au Mali en 1994 (45) était de:

. un médecin pour 4.469 habitants à Bamako, et un pour 58.156 habitants dans les régions,

. un infirmier pour 1.342 habitants à Bamako, et un pour 8.367 habitants dans les régions,

. une sage-femme pour 943 femmes en âge de procréer à Bamako, et une pour 19.050 dans les régions,

. un technicien de développement communautaire (TDC) pour 73.170 habitants.

En 1995, sur 46 cercles, 26 comptaient une équipe socio-sanitaire complète (2 médecins, 1 sage femme, 1 TDC et 1 TS).

* Une part limitée du budget de la santé au sein du budget de l'Etat: il n'était que de 7,25% en 1995 (alors que l'OMS recommande un taux de 10%).

1-2-Le système national de santé:

La structure sanitaire du Mali peut être schématisée comme une pyramide dont la base (niveau périphérique) est représentée par les formations sanitaires de premier niveau qui comprennent les dispensaires publics, les centres de santé d'arrondissement, les centres de santé communautaires, les cabinets médicaux privés ; Le sommet (niveau central) regroupe les formations sanitaires de troisième référence que sont les 4 hôpitaux nationaux.

Entre ces deux niveaux se trouvent les centres de santé de première référence (les centres de santé de cercle et de commune, les hôpitaux secondaires et les cliniques privées) et de deuxième référence (les hôpitaux régionaux).

L'infrastructure sanitaire ainsi constituée comprend:

* Des formations sanitaires de premier niveau :

- 281 centres de santé d'arrondissement composé chacun d'un

dispensaire, d'une Maternité-PMI. Le personnel est composé d'un infirmier, d'une aide soignante et d'une matrone rurale.

- 84 centres de santé communautaires composés chacun d'un dispensaire et d'une Maternité-PMI (6)

- 39 cabinets médicaux privés, 36 cabinets de soins médicaux privés (6)

* Des formations sanitaires de première référence:

- Au niveau du cercle, existe le centre de santé de cercle ; il y en a 46 composés chacun de : un dispensaire, une PMI-Maternité, un service d'hygiène, un service socio-sanitaire, un laboratoire d'analyse médicale, un bloc chirurgical, une unité d'hospitalisation.

Le personnel comprend : deux médecins, 4 à 6 infirmiers d'Etat, 1 à 3 sage-femmes, des infirmières obstétriciennes, 6 infirmiers de santé, 2 techniciens sanitaires, 3 agents d'assainissement. Un des 2 médecins doit assurer la formation continue du personnel et faire la supervision des centres de santé de villages et d'arrondissement.

- les 6 centres de santé de commune. Situés à Bamako, ils bénéficient d'un personnel plus étoffé que les centres de santé de cercle.

- les cliniques privées au nombre de 15 (7).

* Des formations sanitaires de deuxième référence : Ce sont les hôpitaux régionaux qui sont au nombre de cinq. Ces hôpitaux ont des possibilités diagnostiques et thérapeutiques supérieures à celles des centres de santé de cercle. Ils sont équipés de services de spécialités avec des médecins et des techniciens spécialisés.

* Des formations sanitaires de troisième référence : Ce sont les 3 hôpitaux nationaux.

Actuellement au Mali, on peut dire qu'il existe trois types de formation sanitaire : privé, public et communautaire.

1-3-Les grands choix politiques:

Avant l'indépendance, les actions socio-sanitaires du Mali étaient sous la dépendance de l'inspection générale de la santé de l'Afrique occidentale française (A.O.F). Cette médecine coloniale assurait les soins à travers un réseau de formations sanitaires fixes (l'assistance médicale indigène) et des équipes mobiles qui étaient constituées pour la détection et le traitement des pathologies rencontrées.

Après l'indépendance, la République du Mali a mis en place un ministère de la santé publique et des affaires sociales dont les principales orientations ont eu pour objectif de garantir le droit à la santé pour tous les maliens.

Ainsi lors d'un séminaire national des travailleurs de la santé publique et des affaires sociales, le Mali a opté pour une politique sanitaire basée sur le développement des services de

santé de base par :

- la formation et le recyclage d'agents de santé,
- la gratuité des soins,
- la définition d'une pyramide sanitaire pour étendre aussi loin que possible la couverture sanitaire du pays,
- la distribution des médicaments dans les centres de santé.

Cette politique de prise en compte des besoins fondamentaux de santé des populations, d'engagement de l'Etat dans ces résolutions se sont dégradées progressivement.

C'est pourquoi le deuxième séminaire tenu en 1979 a eu comme recommandation essentielle l'option pour la stratégie des Soins de Santé Primaire (SSP) définie par l'OMS à la conférence d'Alma Ata en 1978 dont l'objectif principal était de faire participer les populations à l'amélioration de leur état de santé par l'extension des structures sanitaires aux communautés locales et par une distribution large des médicaments accessibles aux plus démunis.

Le troisième séminaire tenu en 1983 à Bamako, avait comme objectif l'évaluation des actions entreprises pour la mise en place effective des SSP. Il comportait un programme de réformes du système pharmaceutique, de développement de la santé familiale, d'élargissement de la vaccination (PEV), de maîtrise de l'approvisionnement en eau et d'assainissement de base.

Pour atteindre ces objectifs, le Mali s'est heurté à d'énormes problèmes liés à l'ampleur et surtout à la modicité des moyens dont il dispose pour leur réalisation.

En décembre 1990, il adoptera une politique sanitaire consignée dans une "déclaration de politique sectorielle de santé et de population", selon laquelle "la santé étant une composante indissociable du développement socio-économique, elle représente un secteur d'investissement et devrait de ce fait obéir à la loi de l'utilisation rationnelle des ressources".

Cette politique sectorielle s'est donnée les objectifs suivants: réduire la mortalité maternelle et infantile ; réduire la morbidité et la mortalité due aux principales maladies ; développer les services de planification familiale ; promouvoir les attitudes et comportements sains favorables à la santé et au bien-être de la famille ; implanter un dispositif de soins adapté aux réalités socio-économiques du pays et le plus rapproché possible des populations ; assurer des services de qualité géographiquement et économiquement accessibles y compris la disponibilité des médicaments essentiels ; intensifier l'utilisation des services par des actions d'information, d'éducation et de communication ; intégrer la politique socio-sanitaire dans celle du développement socio-économique du pays ; rationaliser les services du secteur de la santé et leur

expansion en rapport avec les ressources disponibles et mobilisables ; améliorer l'efficacité du système de santé par une gestion rationnelle des ressources humaines, matérielles et financières ; organiser la participation de l'Etat, des collectivités, des individus et des partenaires au développement à la prise en charge du système de santé ; développer une approche multidisciplinaire et multisectorielle de l'action sanitaire.

1-4- Modalités de mise en oeuvre:

S'inspirant des principes de l'Initiative de Bamako et du système de santé du district, la nouvelle politique prône une profonde réforme structurelle du secteur sanitaire (Déclaration de la politique sectorielle de santé et de population) qui reposera sur:

- Une décentralisation effective avec rédéfinition des rôles de chaque niveau,

- la participation de la communauté dans la gestion du système de santé par la création de Centres de santé communautaires,

- la disponibilité de médicaments essentiels en Dénomination Commune Internationale,

- la mobilisation des ressources nécessaires aux financements du système de santé y compris auprès de la population et en rationalisant son utilisation.

Le projet santé, population et hydraulique rurale est un exemple concret pour ces stratégies.

2- GENERALITES SUR LE DISTRICT DE BAMAKO:

2-1-Présentation générale:

Capitale administrative et financière du Mali, le district de Bamako occupe une superficie de 267 Km² (9) avec une population de 419.239 habitants en 1976, évaluée à 658.275 en 1987. Sur cette base, la population a été estimée à 793635 habitants en 1995 avec un taux brut d'accroissement de 4,46% (12).

Cette population est relativement jeune car plus de 45% ont moins de 15 ans. Elle est aussi caractérisée par un fort phénomène migratoire car plus de 20% de la population y réside depuis moins de dix ans.

TABLEAU N°1: EVOLUTION DE LA POPULATION DE BAMAKO

ANNEE	1916	1931	1960	1976	1987	1995
POPULA- -TIONS	9000	20.000	128.000	419.239	658275	793635

source = CERPOD-DNSI

Elle comprend six communes dont les quatre premières sont séparées des deux dernières par le fleuve Niger et sont reliées entre elles par deux ponts.

TABLEAU N°2: REPARTITION DE LA POPULATION DE BAMAKO ENTRE LES DIFFERENTES COMMUNES 1995

POPULATIONS COMMUNES	HOMMES	FEMMES	TOTAL
COMMUNE I	73360	78796	152156
COMMUNE II	64050	67723	131773
COMMUNE III	54691	60848	115539
COMMUNE IV	79011	86694	165705
COMMUNE V	61822	67665	129487
COMMUNE VI	47837	51138	98975
TOTAL	380771	412864	793635

source : DNSI : (12)

TABLEAU N°3: REPARTITION DE LA POPULATION DE LA COMMUNE VI PAR QUARTIER 1991

QUARTIERS	POPULATIONS
NIAMAKORO	29.964 (25,39%)
SOGONIKO	19.779 (16,76%)
MAGNAMBOUGOU	16.357 (13,86%)
FALADIE	14.775 (12,52%)
SOKORODJI	8.816 (7,47%)
DJANEGUELA	9.382 (7,95%)
SENOU	7.057 (5,19%)
BANANKABOUGOU	6.278 (5,32%)
MISSABOUGOU	3.729 (3,16%)
YIRIMADJO	1.876 (1,59%)
TOTAL	118.013 (100%)

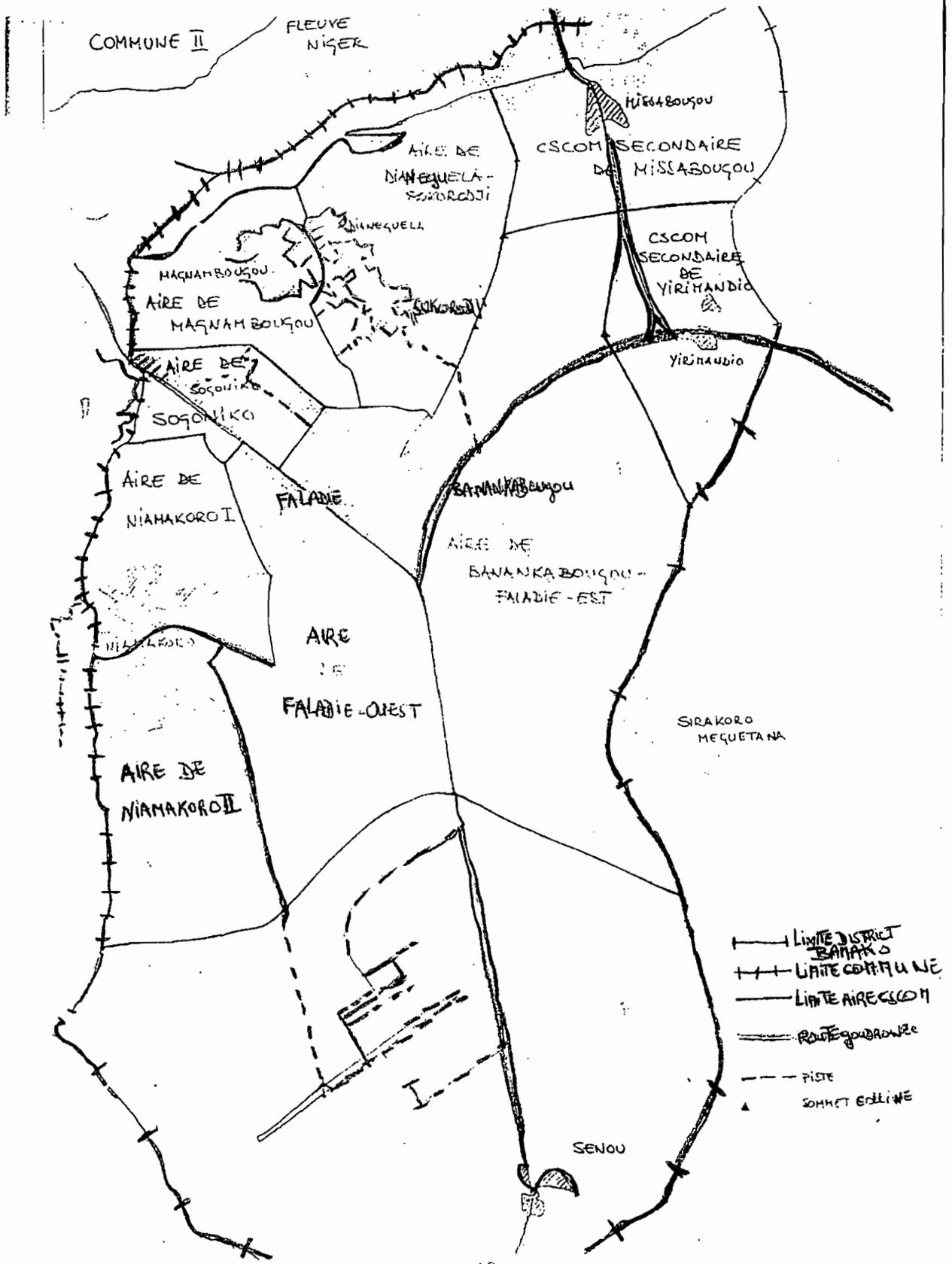
source=(14)

La population vit non seulement d'activités des secteurs secondaires et tertiaires, mais aussi d'agriculture, d'élevage et de pêche. Le petit artisanat y est développé (forgerons, potiers etc...).

Certains habitants vivent du petit commerce. D'autres sont des fonctionnaires ou des agents du secteur privé résidant en commune VI, bien que travaillant au centre ville. On assiste également à l'ouverture de quelques ateliers et centres commerciaux.

Située sur l'axe Ségou-Bamako, la commune VI a subi plus que toute autre le contre coup de la sécheresse. Des vagues successives de populations fuyant le Nord ont créé une véritable zone péri-urbaine qui présente du point de vue sanitaire une situation aussi dramatique que celle des zones rurales déshéritées.

L'adduction d'eau concerne seulement Sogoniko, Faladiè, Magnambougou et Banankabougou. Dans les autres quartiers, l'eau des puits sert pour la boisson et le ménage.



SOURCE: DASAS

3-2-Systeme de santé de la commune VI:

La commune VI comprend:

- un service socio-sanitaire de commune qui a ouvert ses portes en 1981 et qui a été construit grâce à une aide prépondérante de l'Arabie Saoudite. Il constitue le premier maillon de l'infrastructure sanitaire de la commune.

- les autres centres de santé publics sont le dispensaire de Bollé et l'infirmierie de l'Union Malienne des Aveugles (UMAV) située à Faladiè. Ils relèvent tous les deux de la direction des affaires sociales mais donnent également des prestations sanitaires à la population.

Il existe aussi un dispensaire-maternité à Missabougou. Créé en 1988, il est dirigé par un infirmier diplômé d'Etat qui fait des consultations de médecine générale. Les accouchements y sont assistés par des matrones.

- Des centres de santé communautaires dont le premier fut créé en 1991. Ils sont actuellement au nombre de six (un à Magnambougou, deux à Niamakoro, un à Banankabougou, un à Sogoniko et un à Sénou).

- Des centres de santé privés.

3-3- Les formations sanitaires publiques et CSCOM:

3-3-1-Généralités sur les CSCOM:

Définition:

Le centre de santé communautaire est une formation socio-sanitaire privée à but non lucratif créée sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée, pour répondre de façon efficace et efficiente à ses problèmes de santé. Il fonctionne selon les principes d'une gestion autonome à partir des ressources disponibles et mobilisables suivant les directives et sous le contrôle des organes de gestion de l'association mise en place par cette population.

Missions:

Les centres de santé communautaires ont pour mission de gérer la mise en oeuvre des actions de santé en assurant un paquet minimum de services dont les soins préventifs (hygiène et assainissement, vaccination, activités de développement communautaire et d'éducation pour la santé).

Procédure et technique d'administration :

La réalisation d'un CSCOM passe par les étapes suivantes :

- L'initiative de membres d'un quartier pour créer une

association,

- La mise en place des organes de l'association,
- La reconnaissance de l'association, dotée de la personnalité morale et disposant d'un statut et d'un règlement intérieur,
- L'établissement des rapports de l'association avec ses partenaires (y compris l'Etat) sur la base d'une convention ou de contrats.

Le personnel des CSCOM dépend de la communauté et relève du conseil de gestion. Il est soumis aux différentes obligations et procédures liées aux ordres professionnels et aux éventuelles conventions collectives qui lui sont proposées.

Les CSCOM doivent fournir aux services de santé publique les informations nécessaires à leurs missions.

Les Centres de Sante Communautaires et le système de santé:

De part leurs objectifs et leurs stratégies de mises en oeuvre, les centres de santé communautaires peuvent être considérés comme une des expressions opérationnelles de la politique sectorielle de santé du Mali. Parmi ces objectifs, on peut citer :

- l'autofinancement des soins curatifs,
- La réduction des distances à parcourir,
- la réduction des coûts des prestations de santé,
- l'intégration des services de soins dans l'environnement socio-culturel des communautés.

Du point de vu stratégique, la cohérence entre la stratégie de l'Etat et celle des CSCOM pour la réalisation des objectifs résulte du fait qu'elles sont toutes deux basées sur le concept de soins de santé primaires à travers les mesures suivantes:

- Une hiérarchisation des fonctions qui différencie les niveaux d'appui, les niveaux opérationnels et les niveaux d'orientation stratégique,
- La disponibilité permanente des médicaments essentiels et l'accessibilité aux soins,
- La participation des communautés à la gestion de leur institution de santé afin d'augmenter la mobilisation des ressources et assurer un emploi rationnel des dites ressources.

De ce fait, on peut dire que les CSCOM appartiennent à deux types de structures :

- à l'association pour son aspect juridique, financier et opérationnel;
- au système de santé du district pour son aspect technique et tactique.

3-3-2- Description des centres de santé :

A) Mode de création et situation géographique :

a - Le SSC de Soگونiko:

Formation sanitaire publique, le centre de santé de la commune VI a été créé en 1981 et situé au centre du quartier populaire de Soگونiko, aux abords de la route reliant l'aéroport au centre. Bâtiment moderne à un étage, il est construit en matériaux définitifs et comprend une P.M.I, une maternité et un dispensaire.

b - Le CSCOM de l'A.SA.CO.BA.FA: (ou Association Santé Communautaire de Banankabougou et Faladiè)

Banankabougou et Faladiè sont deux quartiers contigus, situés à l'Est de Bamako sur la rive droite du fleuve Niger. Leur population totale a été estimée à 22.764 habitants en 1993 (38). L'initiative de la création du centre de santé est venue du médecin actuellement en poste qui a pris contact avec les chefs des dits quartiers. De leurs échanges a vu le jour le premier bureau de l'association, qui repose sur l'actuel président, son trésorier ainsi que plusieurs autres membres de l'association.

Trois assemblées générales ont été tenues: une à Banankabougou, une à Faladiè et une à Faladiè Sokoro. Cinq délégués ont été désignés par les assemblées de chaque quartier afin de mettre en place le Bureau Exécutif de l'association.

La quatrième assemblée qui a eu lieu à Yirimadjo n'a pas abouti, car les habitants de ce quartier ont souhaité avoir leur propre centre.

Le 15 Février 1992, une grande assemblée générale réunissant les différents délégués des quartiers a élu les 9 membres de droit du Bureau Exécutif (cf Statut et Règlement intérieur en annexe)

Situé à Banankabougou, le centre a ouvert ses portes le 3 Mai 1992 avec un personnel limité à cinq personnes, à savoir : un médecin, un infirmier diplômé d'Etat, une sage-femme, un gérant de pharmacie et un gardien-manoeuvre.

c- Le CSCOM DE L'ASACONIA : (ou Association Santé Communautaire de NIAMakoro)

Situé dans le secteur I, près de l'ancien marché de Niamakoro, ce CSCOM est né d'une association appelée ASACONIA (Association Santé Communautaire de Niamakoro) qui a été créée en Avril 1991 à l'initiative de conseillers municipaux de la commune VI et de notables du quartier.

Après la tenue de plusieurs assemblées générales, un bureau de 10 membres a été élu pour trois ans. L'adhésion à l'asaconia est alors ouverte à toute famille résidant dans le quartier. Ainsi ses adhérents bénéficient de tarifs préférenciels lorsqu'ils bénéficient des services.

Le CSCOM a ainsi ouvert ses portes en fin 1991 pour une aire de santé dont la population s'élève à 25.544 habitants (36).

d- Le CSCOM DE L'ASACOMA : (Association Santé Communautaire de Magnambougou)

Le centre de l'ASACOMA fut Créé en 1991 à l'initiative d'habitants du quartier de Magnambougou, et après la réalisation d'une étude de faisabilité.

Une assemblée générale d'une trentaine de personnes émanant des quartiers de Magnambougou, Sokorodji et Djanéguéla fut convoquée pour mettre en place l'Association Santé Communautaire de Magnambougou (A.SA.CO.MA) en juillet 1991. Un Bureau Exécutif et un conseil d'administration furent installés.

Pour être adhérent, les habitants des trois quartiers concernés doivent prouver leur appartenance aux dits quartiers en présentant un carnet de famille en cours de validité et en s'acquittant d'une cotisation annuelle de 1.000 F CFA par famille.

Le centre a ouvert ses portes en Septembre 1991 avec une population de l'aire de santé de l'ordre de 35.000 habitants et un effectif de 150 adhérents (1) répartis entre les quartiers de Magnambougou, Sokorodji et Djanéguéla.

e- Le CSCOM DE L'ANIASCO: (Association des habitants de Niamakoro pour la santé)

Situé à Niamakoro Koko, le CSCOM de l'aniasco est né de la transformation d'un cabinet de soins créé en juillet 1990 par un infirmier d'Etat privé ayant bénéficié de l'appui de l'Association Malienne Pour la Promotion et l'Insertion socio-professionnelle des Jeunes (AMPIJ). Une ASACO fut créée après une série de contacts avec les notables de Koko et sous les conseils du médecin-chef du centre de santé communal de la commune VI. Le centre a ouvert ses portes le 16 Janvier 1992 à Niamakoro Koko avec comme aire de santé les secteurs 2 et 4 (22.000 Hbts) (9); les secteurs 1 et 3 revenaient à l'Asaconia.

B- Les Locaux :

a- Le SSC de Sogoniko : Ils comprennent:

* Au rez de chaussée :

- Une grande salle d'accueil servant également à la pesée des enfants sains à la pesée et à la prise de température des malades,

- une salle d'accouchement,
- une salle de travail contigue à la salle d'accouchement,
- une salle de garde pour les sage-femmes,
- une salle de garde pour les aide-soignantes et les matrones qui est contigue à celle des sage-femmes,
- un cabinet de consultation pour le médecin-chef qui est

composé de salles dont la première sert de bureau et la seconde de salle d'examen,

- un bureau pour le médecin adjoint,
- un bureau pour l'infirmier diplômé d'Etat qui assume les fonctions de chef du personnel,
- une salle de consultation pour les infirmiers diplômés d'Etat qui a un couloir d'attente commun avec les bureaux des deux médecins,
- une pharmacie servant de magasin pour les médicaments et de bureau pour la pharmacienne,
- une salle pour la réhydratation par voie orale des enfants atteints de diarrhée muni d'un couloir d'attente,
- une salle destinée aux consultations prénatales, assez vaste,
- une salle d'attente contigue à la salle de consultations prénatales,
- une salle d'injections,
- une salle de pansement qui comporte un couloir d'attente commun avec la salle d'injections,
- une véranda pour les vaccinations qui est la voie d'accès au centre,
- une salle réservée à la chaîne de froid et à la conservation des vaccins,
- un bureau pour le secrétariat,
- une salle et une petite terrasse pour la distribution des médicaments aux lépreux de la commune,
- un cabinet de toilette pour les sage-femmes,
- une buanderie pour le linge des accouchées,
- un W.C externe,
- une maison occupée par le gardien.

* A l'étage:

- Un bureau pour la maîtresse sage-femme qui comporte un couloir d'attente et un cabinet de toilette,
- une salle pour le planning familial qui comporte un couloir d'attente,
- une salle pour les consultations postnatales comportant un couloir d'attente et un cabinet de toilette,
- une salle pour les soins aux nouveaux-nés,
- cinq salles d'hospitalisations dont trois grandes et deux petites climatisées,
- un bureau pour le comptable.

b- Le CSCOM de ASACOBABA :

Le centre de santé a été loué à un particulier. Il se compose d'un bloc central en dur, en bon état et comporte les salles suivantes:

- un Dispensaire qui s'étend en longueur et qui comprend:
 - * une salle d'attente
 - * une salle de consultations médicales
 - * le bureau de l'IDE
 - * une salle de pansements
 - * une salle d'observation

Les 3 dernières salles et la salle de repos des accouchées sont situées sous la même véranda et sont séparées du bureau du

médecin par la maternité.

- Une Maternité composée de :
 - * une véranda qui sert de salle d'attente
 - * une salle de consultations pré et post-natales, visite des enfants sains, planning familial
 - * une salle d'accouchement
 - * une salle de repos pour les accouchées
- La Pharmacie est accolée au bloc central et se compose d'une seule pièce.

c- Le CSCOM de ASACONIA :

Le centre de l'ASACONIA comprend trois cours reliées les unes aux autres par deux petites portes l'une reliant la maternité au dispensaire, l'autre, le dispensaire au logement du médecin.

c-1- la première cour comprend:

- * un bâtiment principal servant de maternité et d'hospitalisation qui regroupe deux parties identiques:

La première partie est composée de:

- une salle de consultation pour la sage-femme,
- une salle de garde,
- une salle d'hospitalisation,
- une pièce pour les toilettes,
- une véranda servant de salle d'attente

La deuxième partie comprend:

- une salle d'accouchement,
- une salle de travail
- une salle d'observation des accouchées,
- une pièce pour les toilettes
- une véranda

* Des annexes composées de trois pièces:

- le dépôt de pharmacie,
 - le magasin,
 - la chambre du gardien;
- et de deux toilettes.

* Des allées composent le reste de la cour dans laquelle se trouve un puits aménagé.

c-2- La seconde cour est composée d'un seul bloc comprenant:

- une salle de consultations médicales avec une salle d'attente,
- une salle de soins
- un laboratoire
- la salle de soins et le laboratoire qui ont en commun une salle d'attente,
- le garage du médecin qui sert de salle de vaccination les jours de vaccination.

c-3- La troisième cour sert de logement pour le médecin.

Ce local n'est que provisoire. Le centre sera prochainement transféré dans de nouveaux bâtiments construits dans le cadre du

d- Le CSCOM de l'ASACOMA :

L'ASACOMA est formée d'une cour comprenant cinq blocs principaux construits récemment en dur:

* Le premier bloc comprend :

- une salle de consultation médicale (bureau du médecin)
- une salle d'attente,
- une salle d'observation pour les accouchées avec sa véranda.

* Le deuxième bloc comprend :

- une salle de consultation pour la sage-femme,
- une salle de garde,
- une véranda.

* Le troisième bloc est découpé en deux parties identiques:

le côté Est comprend :

- une salle d'accouchement,
- une salle de travail,
- une toilette
- un petit magasin
- une véranda.

le côté Ouest comprend:

- deux salles d'hospitalisation,
- une toilette,
- un magasin
- une véranda.

* Le quatrième bloc comprend:

- le bureau du comptable,
- la salle de soins,
- la chambre du gardien.

* Le cinquième bloc comprend :

- le laboratoire,
- la pharmacie.

Entre le premier et le quatrième bloc existe un hangard pour le P.E.V.

e- Le CSCOM de l'ANIASCO :

Situé à environ deux cents mètres du marché de Koko, le centre occupe une grande cour comportant trois blocs construits en banco.

- le bloc Ouest comprend le bureau du médecin et le dépôt de médicaments,
- le bloc Est comprend le sanitaire et la salle des soins infirmiers,
- le bloc Sud constitue le bâtiment principal. Il abrite la maternité et comprend 5 pièces et une véranda où se déroulent les séances de vaccination.

C- Les infrastructures : (matériels et mobiliers)

leur liste figure en annexe.

D- Le personnel :**TABLEAU N°4 : REPARTITION DU PERSONNEL SANITAIRE DES CENTRES**

PERSONNEL	CENTRES DE SANTE					
	SSC SOGONIKO	MA	NIA	NSCO	BAFA	TOTAL
MEDECIN	3	1	1	1	1	7
COMPTABLES	2	1	1	1	1	6
SECRETAIRES	2	0	0	0	0	2
SAGE FEMMES	31	2	2	2	1	38
INFIRMIERS D'ETAT	8	1	1	1	1	12
INFIRMIERS DE SANTE	11	0	0	0	0	11
TDC	1	0	0	0	0	01
INFIRMIERES OBSTETRICIENNES	2	1	1	1	2	07
INFIRMIERES DE LABORATOIRE	3	1	1	0	0	05
AIDE-SOIGNANTES	27	1	0	2	1	31
COUTURIERES	1	0	0	0	0	01
MATRONES	5	1	1	2	1	10
MANOEUVRES	4	0	0	0	1	05
GARDIENS	1	0	0	0	1	02
CHAUFFEURS	2	0	0	0	0	02
JARDINIER	1	0	0	0	0	01
GARDIEN/MANOEUV RE	0	1	1	1	0	03
TOTAL	104	10	09	11	10	144

A Sogoniko, le salaire du personnel est pris en charge par le Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées, l'INPS et la mairie de la commune VI. Par contre, au niveau des CSCOM, le salaire du personnel est pris en charge par l'association santé communautaire (ASACO).

E-Les ressources et les dépenses :**1- Les ressources:****1-1- SSC de Sogoniko:**

Elles proviennent de trois origines:

- du Ministère de la santé, à travers la Direction Régionale de la Santé,
- de la municipalité de la commune VI,
- des ressources propres du centre de santé.

La municipalité de la commune VI et l'INPS prennent en charge le salaire de leurs employés.

Les ressources propres du centre ont été obtenues à partir de la tarification des différentes prestations : accouchements, consultations, et celles des analyses de laboratoire.

* Analyse d'urine	100 F
* Accouchements	1000 F
* Consultation postnatale	500 F
* Carte de planning familial	500 F
* Visite ultérieure de planing familial	200 F
* Carnet de soins curatifs	500 pour les enfants et 250 F pour les adultes

Le centre bénéficie également d'un support technique des services centraux, qui bénéficient directement des produits du recouvrement des coûts. Il s'agit :

. de la Division Santé Familiale:	
* carnet de santé maternelle	500 F
* carnet de santé infantile	500 F
. du Centre National d'Immunisation:	
* carte de vaccination	100 F

La prise en charge des salaires est assurée par les budgets de l'Etat, l'INPS et de la commune VI.

1-2- Les CSCOM :

Les ressources proviennent essentiellement du recouvrement des coûts qui repose sur : la tarification des prestations, et la vente des médicaments essentiels.

2-Les dépenses:**2-1- SSC de Sogoniko:**

Elles se répartissent de la manière suivante:

- * entretien des locaux
- * essence
- * entretien des véhicules
- * médicaments
- * bons (avances au personnel)
- * frais divers de gestion

2-2- Les CSCOM :

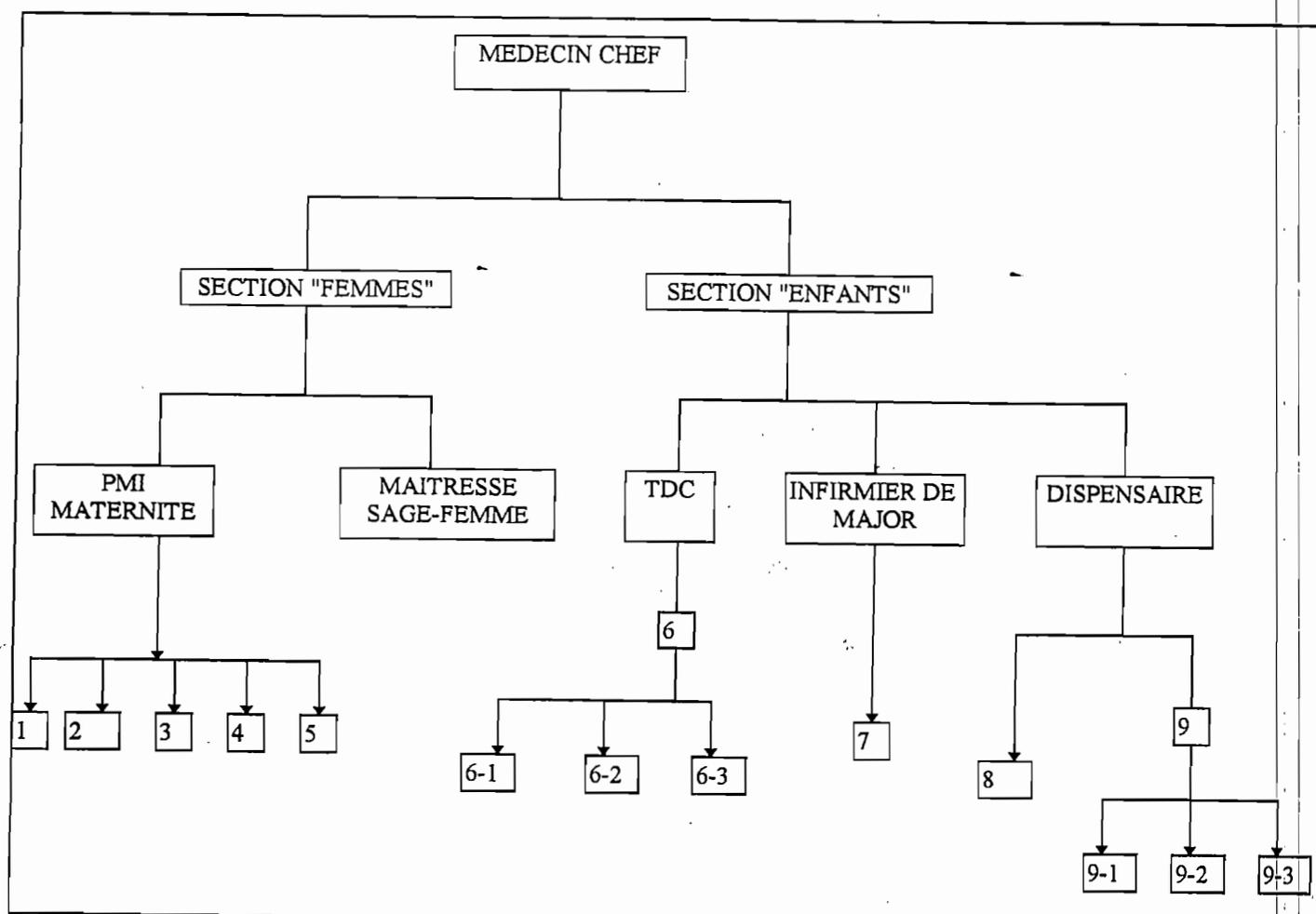
Elles comprennent les salaires du personnel, les achats de consommables (médicaments, papeterie, produits d'entretien), frais divers.

F- Organisation des centres :

a- Organisation administrative des centres :

a-1- SSC de Sogoniko :

Le centre est organisé selon l'organigramme suivant :



Légende:

1=Accouchement	6=Service social	8=RVO
2=Visites prénatales	6-1=Suivi enfants	9=Soins infirm.
3=Visites postnatales	6-2=I.E.C	9-1=Pansements
4=Visites planning familial	6-3=Suivi lépreux	9-2=Injections
5=Vaccinations	7=Consult.externes	9-3=Pesée-tempér

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

Les différentes catégories de personnel se répartissent les fonctions suivantes :

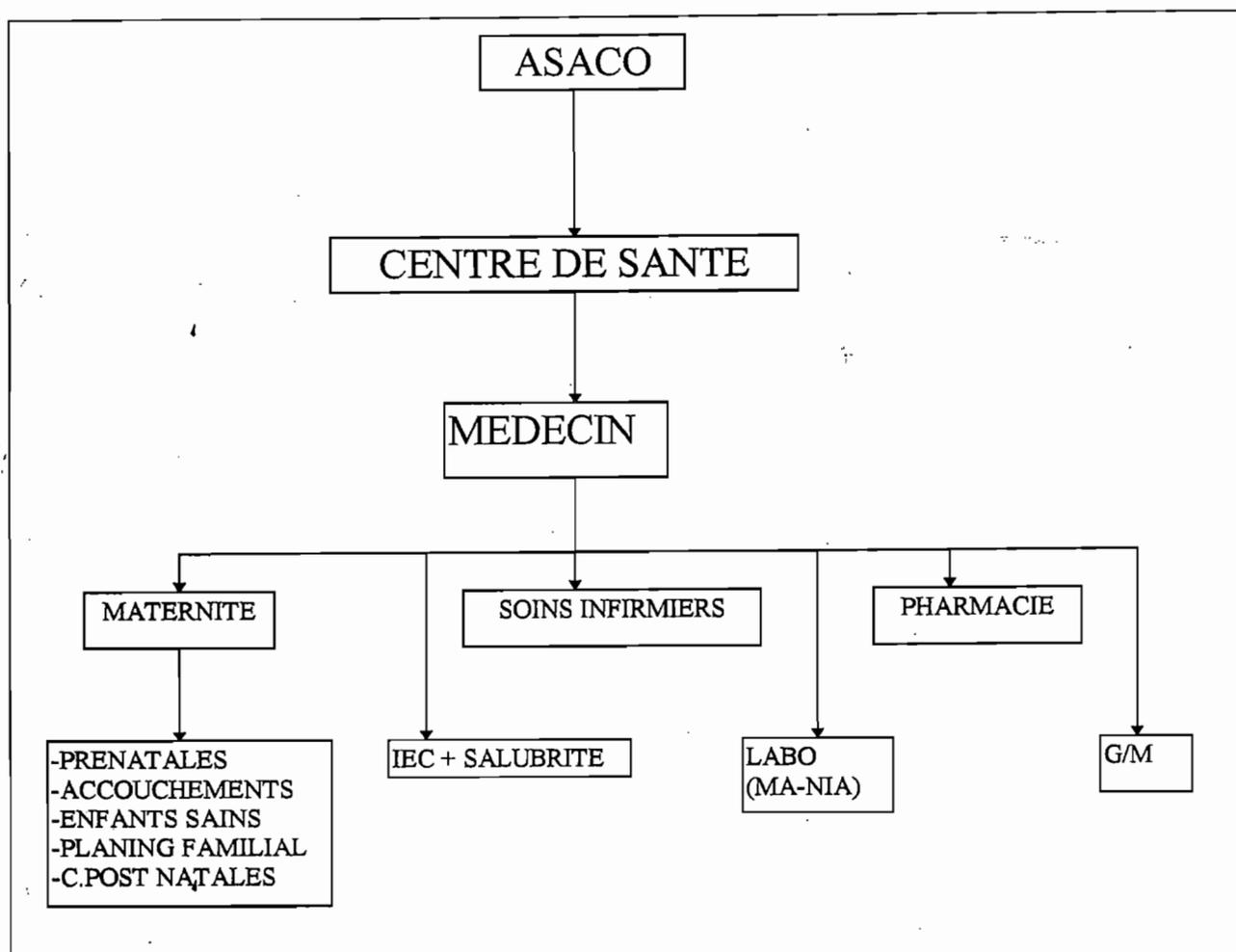
- Le Médecin-chef :
 - * Il assure la direction générale du centre (gestion des ressources humaines et financières, rencontres périodiques avec les autorités administratives de la commune,...).
 - * Il effectue des consultations de médecine générale.
- Un médecin gynécologue qui s'occupe de la section femmes,
- Un médecin généraliste qui s'occupe de la section enfants et adultes (consultations de médecine générale).
- La maîtresse Sage-femme :
 - * Elle assure le suivi des accouchées pendant leur séjour à la maternité,
 - * elle procède à l'établissement des déclarations de naissances.
- Les autres sage-femmes font les consultations prénatales, les accouchements, les vaccinations BCG, les consultations de planning familial, les activités administratives au niveau de la maternité, les consultations postnatales.
- Les infirmiers et infirmières d'Etat font les consultations de médecine générale.
- Les infirmiers de santé :
 - * Ils font les pansements et les injections, la réhydratation par voie orale des enfants, la prise de température des malades,
 - * Ils participent aux consultations prénatales, aux consultations de médecine générale, au suivi des lépreux.
- Les aide-soignantes :
 - * Elles font les injections et les pansements, la réhydratation par voie orale des enfants, la prise de température des malades, les soins aux nouveau-nés ;
 - * Elles participent aux consultations postnatales, aux consultations de planning familial, aux gardes dans la salle d'accouchements, aux consultations prénatales.
- Les matrones : elles participent aux gardes dans la salle d'accouchement et assurent l'entretien de la cour du centre.

Les horaires officiels de travail:

Les activités débutent officiellement à 7 H 30 et prennent fin à 16 heures du lundi au jeudi, et de 7 H 30 à 12 H 30 un vendredi sur deux.

a-2- Les CSCOM :

ORGANIGRAMME DES CSCOM:



- Le médecin directeur du centre s'occupe des consultations médicales, de la supervision et de l'administration du centre,

- L'infirmier diplômé d'Etat s'occupe des soins infirmiers. Il remplace le médecin dans la salle de consultation en cas d'absence de ce dernier,

- La ou les sages femmes s'occupent de la PMI-MATERNITE. Elles sont aidées par la matrone, l'infirmière obstétricienne et l'aide soignante,

- Le comptable est chargé de la vente des médicaments et des tickets de prestations. Il verse les recettes du centre deux fois par semaine à la banque et tient à jour les pièces comptables sous le contrôle du trésorier de l'association,

- Le gardien/manoeuvre s'occupe de l'entretien et de l'accueil des consultants,

- A l'asacoma, en plus du comptable, il y a un gérant qui tient à jour les dossiers comptables du centre,

- A l'asaconia et à l'asacoma il y a une technicienne de laboratoire qui s'occupe des analyses médicales.

En plus de ce personnel permanent, les centres bénéficient de l'appui des bénévoles.

Le recrutement du personnel se fait par un test écrit et le mode d'engagement de ce personnel se fait sous forme de contrat.

Les horaires officiels de travail:

- Du Lundi au Jeudi: de 7H30 à 15H30 ASACONIA
à 14H30 ASACOBABA
à 15H ASACOMA
de 8H00 à 14H ANIASCO à ASACONIA

- Le Vendredi: de 7H30 à 12H30 dans tous les centres, le Samedi et le Dimanche étant les jours de repos, sauf à l'asacobaba et à l'aniasco où les gens travaillent le Samedi de 7H30 à 12H.

En dehors des heures officielles de travail, une permanence est assurée par une équipe de garde dont la composition varie d'un centre à un autre.

Le médecin doit produire un rapport mensuel qu'il adresse à l'association et au médecin chef du centre socio-sanitaire de la commune VI. Le comité de gestion se réunit tous les mois pour apprécier les comptes. Un rapport trimestriel doit être présenté au bureau, et le rapport annuel est adressé au conseil d'administration.

b- Les activités et leurs tarifications :

b-1- Le SSC de Sogoniko :

Les activités menées au centre de santé de Sogoniko sont identiques à celles qui sont menées dans tous les autres centres de SMI du district à savoir :

- au niveau de la P.M.I. :

- * les consultations prénatales : 500F
 - * les vaccinations : 100F (carte) et 500F (carnet)
 - * la réhydratation par voie orale des enfants atteints de diarrhée : 500F le carnet
 - * le planning familial : 500F le 1er jour et 200F les jours suivants
 - * la surveillance des enfants sains : 500F le carnet
- au niveau du dispensaire :
- * les soins curatifs (médicaux et gynécologiques) : 500F pour les enfants et 250F pour les adultes
 - * les soins infirmiers (injections et pansements)
- au niveau de la maternité:
- * les accouchements : 1000F
 - * le suivi des accouchées
 - * les consultations postnatales : 500F

Le centre est également chargé du traitement des lépreux de la commune.

A chaque activité correspond un poste technique bien déterminé ou "section". Ainsi, les patients sont reçus dans la grande salle d'accueil par le personnel du service social. Ils sont ensuite orientés, selon leurs besoins, vers un poste technique.

b-2- Les CSCOM :

Les tarifs appliqués dans les CSCOM sont les suivants :

TABLEAU N° 5 : TARIFS COMMUNS AUX 4 CSCOM

TYPE DE PRESTATION	TARIFS (en F CFA)		
	ADHERENT	NON ADHERENT	DUREE DE VALIDITE
Carte d'adhésion	1.000	0	1 an
Consultation médicale	300	600	1 semaine
Petite chirurgie	1.000	varie	1 semaine
Accouchement assisté	1.000	1.500	-
Accouchement à domicile	1.500	2.000	-
Vaccination (carte)	100	100	indéterminée

Une différence de tarif entre les CSCOM est constatée dans les prestations suivantes:

TABLEAU N°6 : DIFFERENCES ENTRE LES TARIFS DANS LES CSCOM

TYPE DE PRESTATION	TARIFS (en F CFA)							
	MA		NIA		NSCO		BAFA	
	AD	NAD	AD	NAD	AD	NAD	AD	NAD
Soins infirmiers	300	600	300	600	200	200	300	600
Petite chirurgie	1000	1250	1000	1500	1000	2000	1000	1250
Visite enfant sain	200	200	200	200	500	500	300	600

- Pour les Consultations prénatales, les tarifs sont les même pour les adhérents que pour les non adhérents. On a :

500 F à l'ASACONIA,
500 F + 225 F pour l'albuminurie à la 1ère CPN et 100 F pour les suivantes à l'ANIASCO,

600 F à l'ASACOMA pour la durée de la grossesse
700 F à l'ASACOBABA pour la 1ère CPN et 200F pour les suivantes.

- Pour le planning familial on a : 200 F pour les nouvelles consultantes et 100F pour les anciennes à ASACOBABA, ASACONIA et ANIASCO ; 100F pour 3 mois à ASACOMA.

A l'ASACONIA, le coût de l'ordonnance est majoré de 10% pour les non adhérents.

TABLEAU N°7: LES DIFFERENTES ANALYSES MEDICALES PRATIQUEES DANS LES CENTRES ET LEURS TARIFS

EXAMENS DE LABORATOIRES	TARIFS (en FCFA)	
	SOGONIKO	CSCOM (MA + NIA)
Test d'Emmel	600	250
Test de grossesse (UCG)	3000	1250
Groupe/Rhésus	1200	500
Goutte Epaisse	600	250
Crachet B.K (BAAR)	gratuit	gratuit
SELLES POK	600	600
N.F.S	2250	700
Urine Albumine/Sucre	450	250
ECBU (Gram)	3000	700
Culot urinaire	-	300
BW	450	500
Frottis Vaginal	3000	1000

c- Système de paiement des tarifs:

c-1- SSC de Sogoniko:

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

Ainsi le carnet de santé maternelle est acheté auprès de la sage-femme et la carte de vaccinations auprès de l'infirmière qui en est chargée.

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

c-2- Les CSCOM :

Le comptable s'occupe de la vente des tickets des différentes prestations.

Le sage femme est chargée de la vente des carnets de santé maternelle et infantile (prénatale, postnatale, enfants sains). Les recettes sont versées auprès du comptable.

Une caisse contenant les médicaments les plus demandés est confiée à l'agent de garde. Les recettes sont versées le lendemain au comptable.

III. RESULTS

III-1- PRESENTATION DES FEMMES INTERROGÉES:

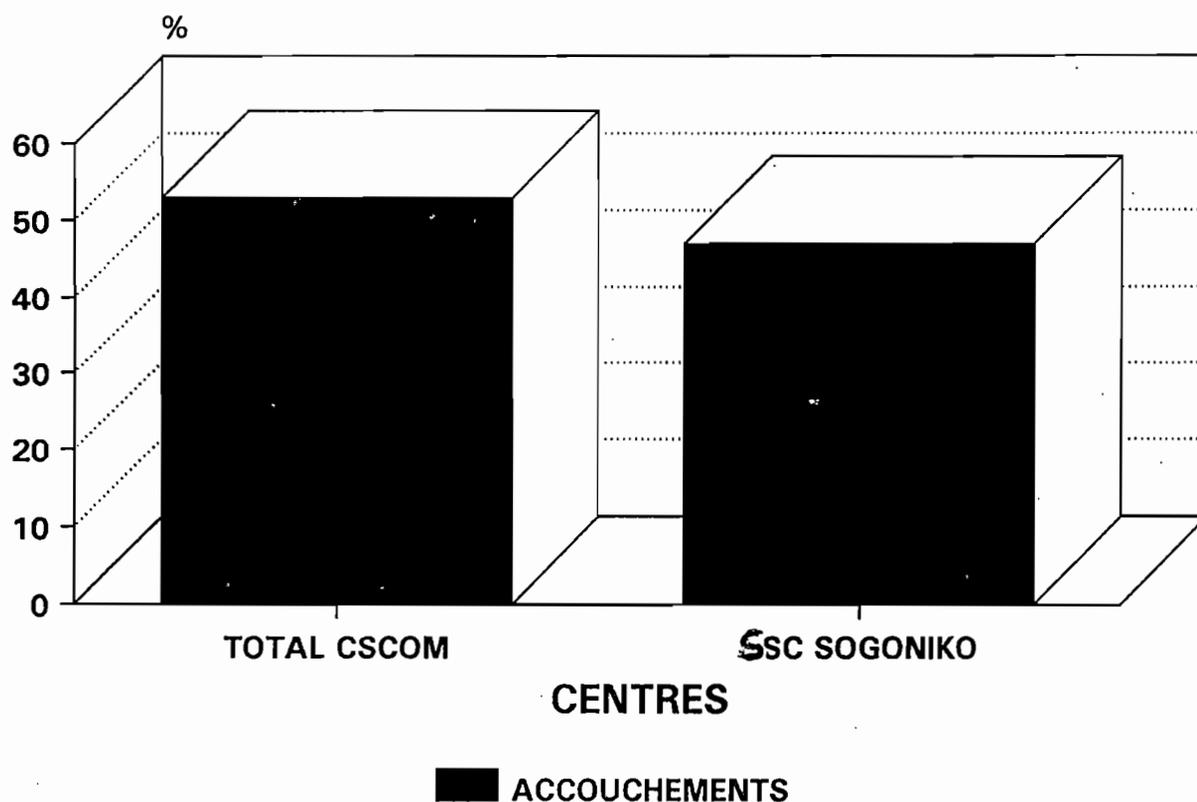
TABLEAU N°8: REPARTITION DES FEMMES SELON LE NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS PAR CENTRE

FORMAT SANIT	ASACOMA	ASACONIA	ANIASCO	ASACOBABA	T.CSCOM	SOGONIKO	TOTAL
NOMBRE D'ACCOUACHEMENTS	45 9%	127 25%	50 10%	47 9%	269 53%	243 47%	512 100%

Dans ce tableau, on note que sur les 512 femmes enregistrées au cours de notre enquête, 269, soit 53% ont accouché dans les CSCOM contre 243, soit 47% au SSC de Sogoniko (graph 1).

Graphique 1

REPARTITION DES FEMMES SELON LE NOMBRE D'ACCOUACHEMENTS PAR TYPE DE CENTRE



Par ailleurs, au niveau des CSCOM, on constate que l'asaconia est de loin le centre qui fait le plus d'accouchements avec 127/269 (47%) du total des accouchements ayant eu lieu dans les CSCOM étudiés. L'aniasco vient en seconde position avec 50/269 (19%), puis l'asacobafa avec 47/269 (17%), et enfin l'asacoma avec 45/269 (17%). (graph 2)

Graphique 2 REPARTITION DES FEMMES SELON LE NOMBRE D'ACCOCHEMENT PAR CENTRE

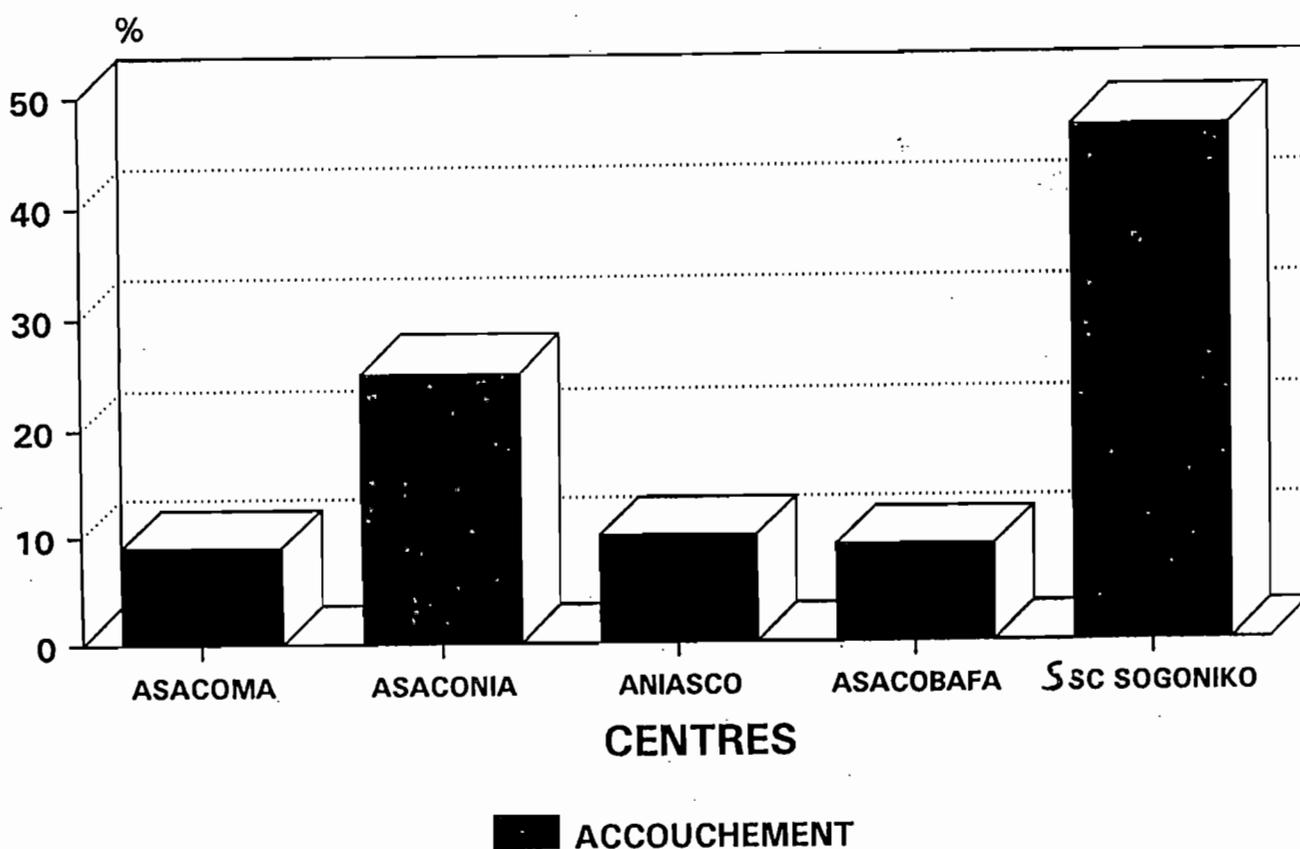


TABLEAU N°9: REPARTITION DES FEMMES SELON L'ADHESION A L'ASACO

FORMAT SANIT	MA	NIA	NSCO	BAFA	TOTAL
ADHERENTES	2 4%	20 16%	6 12%	4 9%	32 12%
NON ADHERENTES	43 96%	107 84%	44 88%	43 91%	237 88%
TOTAL	45 100%	127 100%	50 100%	47 100%	269 100%

Les non adhérentes sont les plus représentées: 96% à l'asacoma, 84% à l'asaconia, 88% à l'aniasco, 91% à l'asacobafa. Il y a une différence de tarif entre les adhérentes et les non adhérentes.

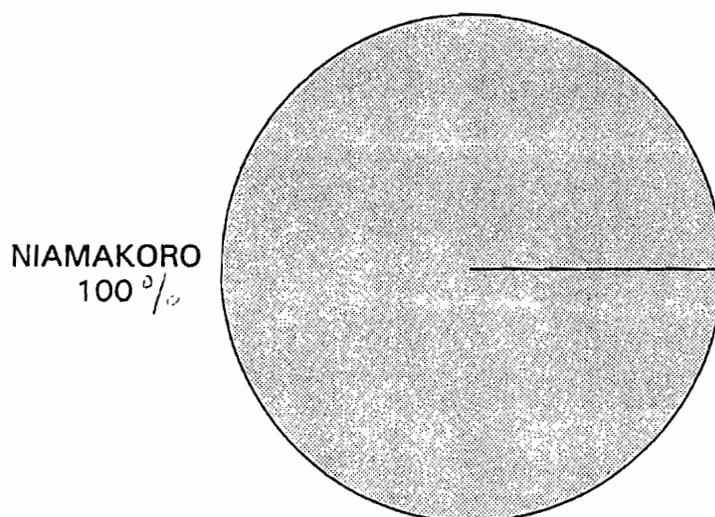
TABLEAU N°10: REPARTITION DES FEMMES ACCOUCHEES SELON LEUR LIEU DE RESIDENCE

FORMATIONS SANITAIRES QUARTIERS	C S C O M					SSC SOGON IKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAF A	TOT		
SOGONIKO effec %	0%	1 1%	0%	0%	1	50 20%	51 10%
MAGNAMBOUGOU	20 44%	0%	0%	0%	20 7%	41 17%	61 12%
FALADIE	0%	3 2%	0%	20 43%	23 9%	42 17%	65 13%
BANANKABOUGOU	0%	0%	0%	23 50%	23 9%	6 2%	29 5%
NIAMAKORO	0%	121 95%	50 100%	1 2%	172 64%	9 3%	181 35%
SENOU	0%	0%	0%	0%	0%	10 4%	10 2%
YIRIMADJO	0%	0%	0%	2 4%	2 1%	2 1%	4 1%
SOKORODJI	17 38%	0%	0%	0%	17 6%	16 6%	33 6%
MISSABOUGOU	0%	0%	0%	0%	0%	1 0,4%	1 0,2%
DJANEGUELA	6 13%	0%	0%	0%	6 2%	6 2%	12 2%
HORS COMMUNE VI	2 5%	2 2%	0%	0%	4 1,4%	58 23,8%	62 12,1%
HORS BAMAKO	0%	0%	0%	1 2%	1 0,3%	2 0,8%	3 0,5%
TOTAL	45 100%	127 100%	50 100%	47 100 %	269 100%	243 100%	512 100%

De ce tableau, il ressort que:

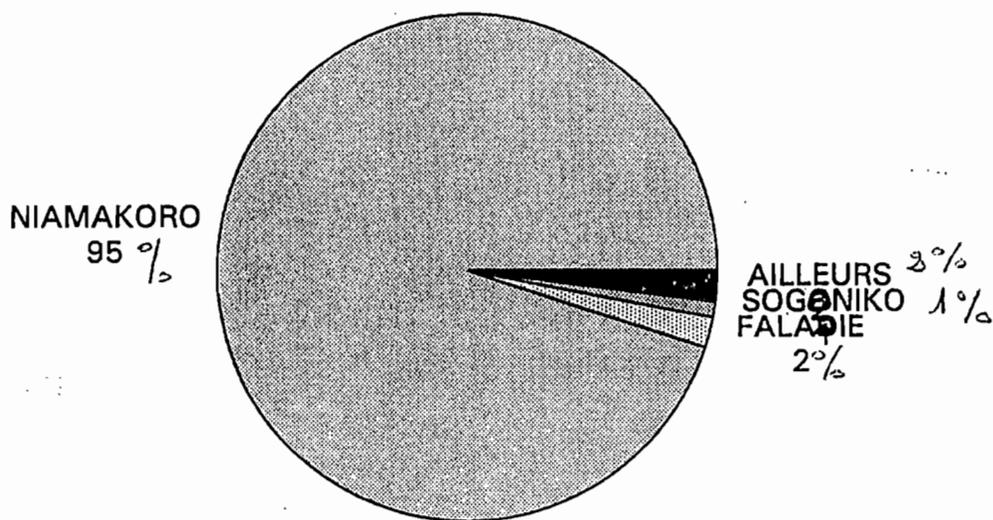
* à l'aniasco: 100% des femmes ayant accouché dans le centre viennent de Niamakoro.

Graphique 3 REPARTITION DES FEMMES ACCOUCHEES.A
L'ANIASCO SELON LE LIEU DE RESIDENCE



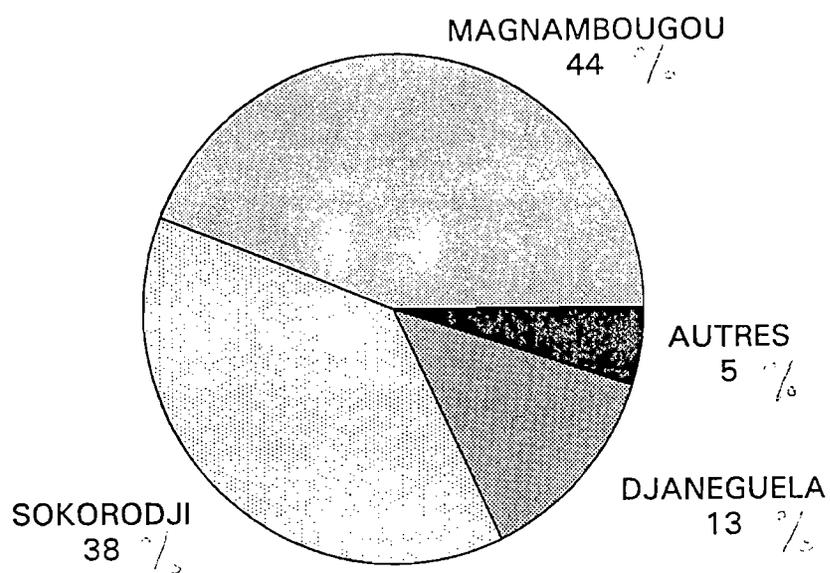
* à l'asaconia: 95% des accouchées viennent de Niamakoro, 2% de faladiè.

Graphique 4 REPARTITION DES FEMMES ACCOUCHEES A FEMELLE SA
L'ASACONIA SELON LEUR LIEU DE RESIDENCE L



* à l'asacoma: 44% des accouchées sont de Magnambougou, 38% de Sokorodji, 13% de Djanéguéla.

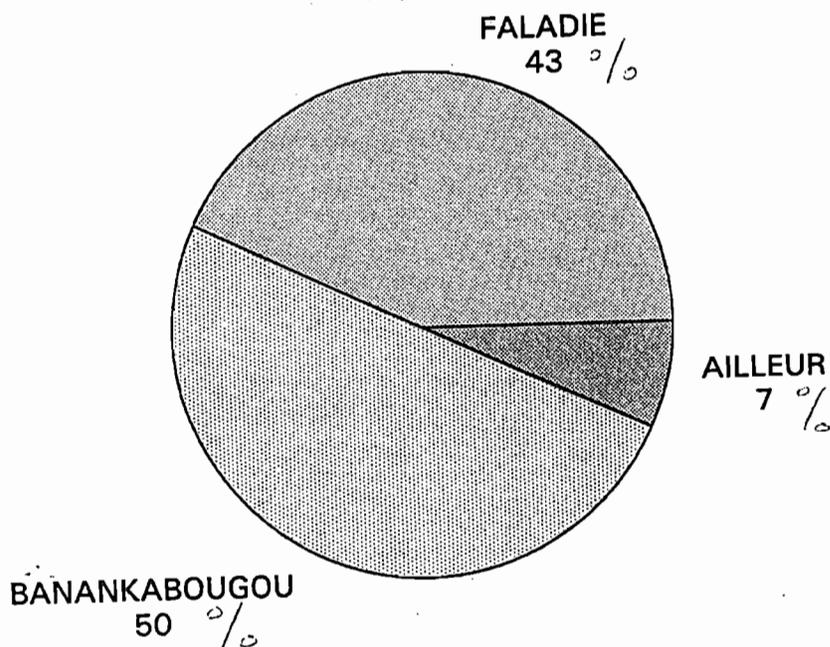
Graphique 5 REPARTITION DES FEMMES ACCOUCHEES A L'ASACOMA SELON LE LIEU DE RESIDENCE



* à l'asacobafa: 49% des accouchées viennent de Banankabougou, 43% de Faladiè, 4% de Yirimadjo, 2% de Niamakoro, et 2% de Baguinéda.

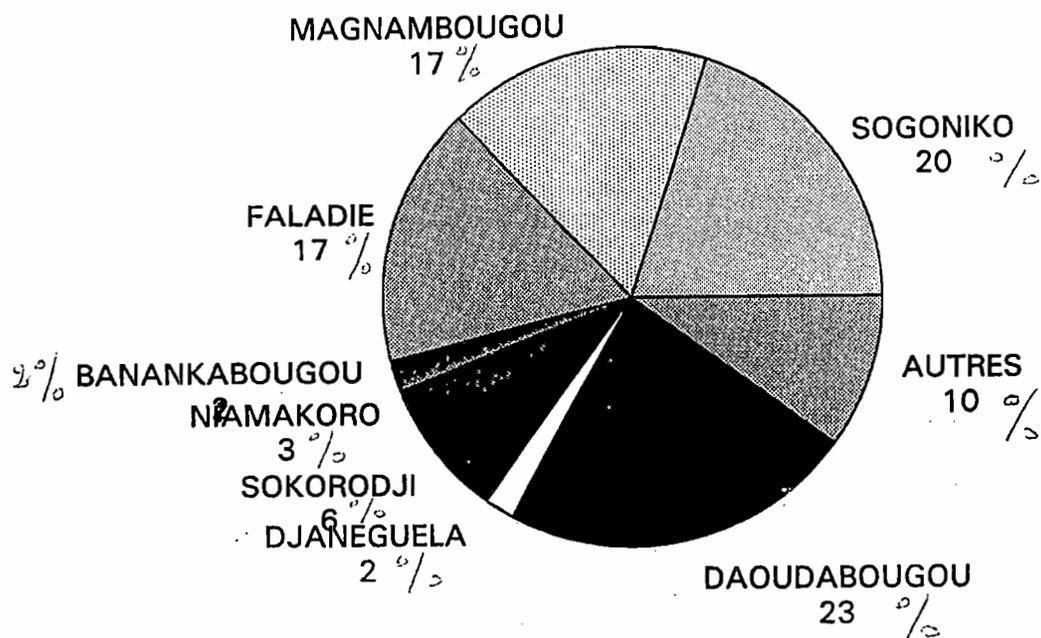
Graphique 6

REPARTITION DES FEMMES ACCOUCHEES A FEMME
L'ASACOBABA SELON LEUR LIEU DE RESIDENCE



* à Sogoniko: 21% des accouchées viennent de Sogoniko, 17% de Magnambougou, 17% de Faladiè, 19% de Daoudabougou, le reste de Sokorodji (7%), Sénou(4%), Niamakoro (4%), Banankabougou (2%), Djanéguéla (2), kalabankoura (2%).

Graphique 7 : REPARTITION DES FEMMES ACCOUCHEES A FEMME SOGONIKO SELON LEUR LIEU DE RESIDENCE



Par ailleurs, on constate que :

* 98% des femmes venues de sogoniko ont accouché à la maternité de sogoniko, alors que 2% ont accouché à l'asaconia.

* 67% des femmes venues de Magnambougou ont accouché à sogoniko contre 33% seulement à l'asacoma qui fait partie de l'aire de santé à laquelle elles appartiennent.

* 65% des femmes venues de Faladiè ont accouché à Sogoniko contre 30% à l'asacobafa et 5% à l'asaconia.

* Sur 29 femmes venues de Banankabougou, 21% ont accouché à Sogoniko contre 79% à l'asacobafa.

* Sur 181 femmes venues de Niamakoro: 5% seulement ont accouché à Sogoniko contre 67% à l'asaconia, 27% à l'aniasco et 1% à l'asacobafa.

* 48% des femmes venues de Sokorodji ont accouché à Sogoniko contre 52% à l'asacoma .

* Sur 12 venues de Djanéguéla: 50% ont accouché à sogoniko et 50% à l'asacoma.

* Sur 47 de Daoudabougou, 98% ont accouché à sogoniko et 2% à l'asaconia.

* 100% des femmes venues de Sénou ont accouché à Sogoniko.

En calculant le taux d'accouchement par centre, on constate que:
- à l'asacobafa sur les 910 accouchements attendus par an, 65 soit 7% se font à asacobafa contre 72 soit 8% à Sogoniko; le reste se faisant ailleurs.

- à l'asacoma: sur les 1400 accouchements attendus par an, 65 soit 5% se font à l'asacoma contre 95 soit 7% à Sogoniko.

- à l'asaconia: sur les 1022 accouchements attendus par an, 182 soit 18% se font à l'aniasco contre 14 soit 1% à Sogoniko.

- à l'aniasco: sur les 880 accouchements attendus par an, 75 soit 9% se font à l'aniasco contre 2% à Sogoniko.

Ce taux d'accouchement a été obtenu en divisant le nombre d'accouchements réels par an par le nombre d'accouchements théoriques ; le nombre d'accouchements théoriques étant égal à la population de l'aire de santé multipliée par le taux de natalité à Bamako qui est de 0,04.

$$T = \frac{\text{Nombre d'accouchements réels}}{\text{Nombre d'accouchements théoriques}}$$

Nombre d'accouchement theorique = population aire de santé x taux de natalité.

(à Bamako ce taux de natalité= 0,04)

TABLEAU N°12: REPARTITION DES FEMMES SELON LEUR ETHNIE

FORMA T SANIT	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTA L	TOTAL BKO
	MA	NIA	NSCO	BAFA				
ETHNI E								
BAMBA RA	20 44%	68 53%	26 52%	24 52%	138 51%	104 43%	242 47%	203772 78%
PEULH	7 16%	18 14%	8 16%	6 13%	39 14%	41 17%	80 16%	13432 5%
MALIN KE	6 13%	7 6%	4 8%	5 11%	22 8%	16 7%	38 7%	3457 1%
SARAK OLE	1 2%	6 5%	3 6%	1 2%	11 4%	21 9%	32 6%	11936 5%
SONRH AI	1 2%	3 2%	0 0%	4 8%	8 3%	10 4%	18 4%	13432 3%
DOGON	6 13%	3 2%	0 0%	2 4%	11 4%	18 7%	29 6%	4145 2%
AUTRE S	4 9%	22 17%	9 18%	5 11%	40 15%	33 14%	77 15%	17386 6%
TOTAL	45 100%	127 100%	50 100%	47 100%	269 100%	243 100%	512 100%	262783 100%

 $\text{Khi}^2 = 11,74$
 $p = 0,163$
 $\text{ddl} = 8$

Dans ce tableau on constate une population cosmopolite avec diverses ethnies entremêlées mais une prédominance des Bambara, qui correspond à la structure ethnique de Bamako. Ces résultats sont confirmés par les études ethniques faites sur Bamako lors du recensement de 1987.

Par ailleurs, on remarque qu'il n'y a pas de différence entre les CSCOM et le SSC de Sogoniko, la population étant hétérogène dans les deux cas.

TABLEAU N°13: REPARTITION DES FEMMES SELON LA RELIGION

FORMAT SANIT RELIGION	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
MUSULMANE	44 98%	123 97%	48 96%	45 96%	260 97%	240 99%	500 98%
CHRETIENNE	1 2%	4 3%	2 4%	2 4%	9 3%	3 1%	12 2%
TOTAL	45 100%	127 100%	50 100%	47 100%	269 100%	243 100%	512 100%

Dans les CSCOM ainsi qu'à Sogoniko, on note une nette prédominance des musulmans (97% dans les CSCOM, 99% à Sogoniko).

TABLEAU N°14: REPARTITION DES FEMMES SELON L'AGE

FORMAT SANIT AGE	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOT AL
	MA	NIA	NIASCO	BAFA			
Moins de 17 ans	3 7%	12 9%	3 6%	5 11%	23 9%	21 8%	44 9%
Entre 17 et 35 ans	38 84%	108 85%	40 80%	40 85%	226 84%	215 88%	441 86%
Plus de 35 ans	4 9%	7 6%	7 14%	2 4%	20 7%	7 3%	27 5%
TOTAL	45 100%	127 100%	50 100%	47 100%	269 100%	243 100%	512 100%

La quasi-totalité des femmes de notre échantillon se situe dans la tranche d'âge 17-35 ans (86%). En effet, sur l'ensemble des femmes qui ont accouché dans les CSCOM, 84% ont entre 17 et 35 ans ; elles représentent 88% des femmes ayant accouchée au SSC de Sogoniko.

Conclusion : l'âge n'a pas d'influence visible sur le choix des centres.

TABLEAU N°15: REPARTITION DES FEMMES SELON LEUR SITUATION MATRIMONIALE

FORMAT SANIT	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL L	TOTAL BAMAKO
	MA	NIA	NSCO	BAFA				
CELIBAT AIRE	5 11%	11 9%	8 16%	9 19%	33 12%	36 15%	69 13%	37%
DIVORCE E	1 2%	0%	1 2%	0%	2 1%	0%	2 0,5%	5%
MARIEE	39 87%	115 90%	41 82%	38 81%	233 86%	206 85%	439 86%	56%
VEUVE	0%	1 1%	0%	0%	1 1%	1 0%	2 0,5%	2%
TOTAL	45 100 %	127 100 %	50 100%	47 100%	269 100%	243 100%	512 100%	100%

Aussi bien dans les CSCOM qu'au SSC de Sogoniko, les femmes mariées sont les plus représentées 86%, viennent ensuite les célibataires 13%.

Ces résultats sont confirmés par ceux du recensement 1987 fait à Bamako.

On remarque qu'il n'y a pas de différence significative entre les CSCOM et le SSC de Sogoniko ($\text{Khi}^2 = 2,90$ $p = 0,57$ $\text{ddl} = 3$).

TABLEAU N°16: REPARTITION DES FEMMES EN FONCTION DE LEUR CATEGORIE PROFESSIONNELLE

FORMAT SANIT	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOT AL	TOTAL BAMAKO
	MA	NIA	ANIA SCO	BAFA				
SANS PROFESS ION	39 87%	120 94%	46 92%	36 77%	239 89%	230 95%	469 92%	217223 83%
COMMERC ANTE	5 11%	7 6%	4 8%	10 21%	26 10%	10 4%	36 7%	34263 13%
FONCTIO NNAIRE	1 2%	0%	0%	1 2%	2 1%	3 1%	5 1%	8249 3%
AUTRES	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3048 1%
TOTAL	45 100%	127 100%	50 100%	49 100%	269 100%	243 100%	512 100 %	262783 100%

Les femmes n'exerçant pas une profession sont globalement plus nombreuses que les autres quelque soit la structure dans laquelle elles accouchent. Néanmoins elles sont davantage représentées au SSC de Sogoniko que dans les CSCOM, respectivement 95% et 89%.

Par contre, les commerçantes sont plus nombreuses en proportion à accoucher dans les CSCOM (10%) qu'au SSC de Sogoniko (4%). Le test de comparaison montre une différence significative entre les deux types de structures ($\text{Khi}^2 = 10,79$ $p = 0,012$ $\text{ddl} = 3$)

TABLEAU N°18: REPARTITION DES FEMMES EN FONCTION DE LA PROFESSION DU PERE DE L'ENFANT

FORMAT SANIT PROFESSION DU PERE	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
COMMERÇANTS	10 23%	33 26%	11 22%	14 30%	68 25%	56 23%	124 24%
CULTIVATEURS	7 16%	8 6%	5 10%	4 9%	24 9%	17 6%	41 8%
ARTISANS	0%	1 1%	0%	2 4%	3 1%	5 2%	8 2%
CHAUFFEURS	3 7%	28 22%	10 20%	6 13%	47 17%	39 16%	86 17%
MANOEUVRES	7 16%	15 12%	6 12%	4 9%	32 12%	21 9%	53 10%
FONCTIONNAIRES	3 7%	5 4%	2 4%	3 6%	13 5%	25 10%	38 7%
AUTRES PROFESSIONS	13 30%	34 27%	15 30%	13 27%	75 28%	67 28%	142 28%
RETRAITES	0%	2 2%	1 2%	1 2%	4 1,48%	6 2%	10 2%
SANS PROFESSION	1 2%	0%	0%	0%	1 0,37%	4 1%	5 1%
PERE INCONNU	1 2%	1 1%	0%	0%	2 0,74%	3 1%	5 1%
TOTAL	45 100%	127 100%	50 100%	47 100%	269 100%	243 100%	512 100%

Au SSC de Sogoniko comme dans les 4 CSCOM étudiés, les commerçants sont les plus nombreux (24%) ensuite viennent les chauffeurs (17%), les manoeuvres (10%) et les cultivateurs (8%).

Le test de comparaison ne montre pas de différence significative entre les centres ($\text{Khi}^2 = 10,92$ $p = 0,20$ $\text{ddl} = 8$).

Conclusion : La profession n'a pas d'influence visible sur le choix des centres.

III-2- LES CONSULTATIONS PRENATALES:**III-2-1- Fréquentation des consultations prénatales:****TABLEAU N°19: REPARTITION DES FEMMES SELON LA FREQUENTATION DES CONSULTATIONS PRENATALES**

FORMAT SANIT	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
CPN							
CPN NON FAITE	17 38%	21 17%	14 28%	8 17%	60 22%	53 22%	113 22%
CPN FAITE	28 62%	106 83%	36 72%	39 83%	209 78%	190 78%	399 78%
TOTAL	45 100%	127 100%	50 100%	47 100%	269 100%	243 100%	512 100%

Au SSC de Sogoniko comme dans les CSCOM 78% des accouchées ont fait au moins une visite prénatale pendant la grossesse. Le test de comparaison ne montre pas de différence significative entre les centres ($\text{Khi}^2 = 0$ $p = 0,97$ pour $\text{ddl} = 1$).

TABLEAU N°20: REPARTITION DES FEMMES SELON L'AGE DE LA GROSSESSE A LA PREMIERE CONSULTATION PRENATALE

FORMAT SANIT AGE GROSSESSE A LA 1ère CPN	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
PREMIER TRIMESTRE	5 18%	17 16%	1 3%	7 18%	30 14%	35 18%	65 16%
DEUXIEME TRIMESTRE	13 46%	47 44%	16 44%	25 64%	101 48%	98 52%	199 50%
TROISIEME TRIMESTRE	10 36%	42 40%	19 53%	7 18%	78 37%	57 30%	135 34%
TOTAL	28 100%	106 100%	36 100%	39 100%	209 100%	190 100%	399 100%

A Sogoniko comme dans les CSCOM, la majorité des femmes font leur première consultation prénatale au deuxième trimestre de leur grossesse. Respectivement ces femmes représentent 46%, 64% et 52% des femmes de notre échantillon qui ont accouché à l'asacoma, à l'asacobafa et au SSC de Sogoniko. On remarque par contre qu'au CSCOM de l'aniasco on trouve une majorité de femmes dont la première CPN est effectuée au troisième trimestre de leur grossesse.

Le test de comparaison ne montre pas de différence significative entre le total des CSCOM et Sogoniko ($\chi^2 = 2,80$ $p = 0,24$ $ddl = 2$). Par contre elle montre une différence significative entre les CSCOM eux-mêmes ($\chi^2 = 13,05$ $p = 0,04$ $ddl = 6$). On peut donc conclure que les consultations prénatales commencent plus tardivement à l'aniasco que dans les autres centres (plus de 50% des accouchées ont commencé leur cpn au troisième trimestre de la grossesse).

TABLEAU N°21: INFLUENCE DU LIEU DE LA CPN SUR LE CHOIX DU LIEU D'ACCOUCHEMENT

FORMAT SANIT LIEU DE CPN	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
LIEU D'ACCOUCHEMENT	20 71%	88 83%	28 78%	28 72%	164 78%	146 77%	310 78%
AUTRE CENTRE DE SANTE	8 29%	18 17%	8 22%	11 28%	45 22%	44 23%	89 22%
TOTAL	28 100%	106 100%	36 100%	39 100%	209 100%	190 100%	399 100%

Il ressort de ce tableau que la quasi-totalité des femmes ont fait leur consultation prénatale dans le centre où elles ont accouché: 71% à l'asacoma, 83% à l'asaconia, 78% à l'aniasco, 72% à l'asacobafa.

Au total, on a 78% dans les CSCOM contre 77% au SSC de Sogoniko. Cette différence n'est pas significative (Khi^2 de Yates = 0,07 $p = 0,78$). On peut dire que dans l'ensemble des centres étudiés, 78% des femmes accouchent dans le centre où elles ont effectué leur CPN.

TABLEAU N°22: REPARTITION DES FEMMES SELON LES CAUSES DE CONSULTATION DANS UN AUTRE CENTRE QUE LE LIEU D'ACCOUCHEMENT

FORMAT SANIT CAUSE CPN AUTRE CENTRE	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
I.N.P.S	1 12%	3 17%	0%	3 27%	7 15%	8 18%	15 17%
HORS BAMAKO	1 12%	1 5%	0%	3 27%	5 11%	0%	5 6%
SSC SOGONIKO	0%	7 39%	3 38%	4 36%	14 31%	0%	14 16%
ASADEN	0%	1 5%	1 12%	0%	2 4%	0%	2 2%
CABINET PRIVE	0%	1 5%	0%	0%	1 2%	1 2%	2 2%
PMI MISSIRA	0%	1 5%	0%	0%	1 2%	1 2%	2 2%
PMI BADALABG	0%	1 5%	0%	0%	1 2%	1 2%	2 2%
MUTEC	0%	1 5%	0%	0%	1 2%	0%	1 1%
PMI HAMDALLAYE	0%	1 5%	0%	0%	1 2%	0%	1 1%
PMI NIARELA	0%	1 5%	0%	0%	1 2%	1 2%	2 2%
ASACONIA	0%	0%	2 25%	0%	2 4%	4 9%	6 7%
ASACOBA	0%	0%	0%	0%	0%	1 2%	1 1%
ANIASCO	0%	0%	0%	0%	0%	1 2%	1 1%
ASACOBABA	0%	0%	0%	0%	0%	6 14%	6 7%
ASACODA	0%	0%	0%	0%	0%	2 4%	2 2%
ASACOMA	0%	0%	0%	0%	0%	2 4%	2 2%
PMI KOROFINA	0%	0%	0%	0%	0%	2 4%	2 2%

CAMP I	0%	0%	0%	0%	0%	1 2%	1 1%
M DJIKORONI	0%	0%	0%	0%	0%	1 2%	1 1%
M KALABANCOURA	0%	0%	0%	0%	0%	1 2%	1 1%
PMI CENTRALE	0%	0%	0%	0%	0%	1 2%	1 1%
PMI QU-MALI	0%	0%	0%	0%	0%	1 2%	1 1%
SENOU	0%	0%	0%	0%	0%	1 2%	1 1%
AUTRES	6 76%	0%	2 25%	1 9%	9 20%	9 20%	18 20%
TOTAL	8 100%	18 100%	8 100%	11 100%	45 100%	44 100%	89 100%

Dans les CSCOM, la majorité des femmes ayant fait leur CPN dans un lieu différent de celui où elles ont accouché sont allées à Sogoniko. Par contre, celles de Sogoniko sont allées soit à l'INPS ou dans le CSCOM le plus proche.

TABLEAU N°23: REPARTITION DES FEMMES EN FONCTION DU NOMBRE TOTAL DE CONSULTATIONS PRENATALES FAIT AVANT L'ACCOUCHEMENT

FORMAT SANIT NOMBRE DE CPN PENDANT LA GROSSESSE	C S C O M				TOT CSCO M	SOG ONI KO	TOTA L
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
1 CONSULTATION	5 18%	17 16%	7 19%	3 8%	32 15%	21 11%	53 13%
2 CONSULTATIONS	4 14%	22 21%	10 28%	5 13%	41 20%	27 14%	68 17%
3 CONSULTATIONS	3 11%	20 19%	8 22%	8 21%	39 19%	39 21%	78 20%
PLUS DE 3 CONSULTATIONS	16 57%	47 44%	11 31%	23 59%	97 46%	103 54%	200 50%
TOTAL	28 100%	106 100%	36 100%	39 100%	209 100%	190 100%	399 100%

Les femmes qui ont fait plus de trois consultations au cours de leur grossesse sont les plus représentées. On en compte 57% à l'asacoma, 44% à l'asaconia, 31% à l'aniasco, 59% à l'asacobafa, et 54% à Sogoniko. Ensuite viennent celles qui ont fait deux consultations, sauf à l'asacobafa où celles qui ont fait trois consultations sont plus nombreuses que celles en ayant fait deux.

TABLEAU N°24 : NOMBRES MOYENS DE CPN PAR CENTRE

CENTRES DE SANTE	NOMBRE MOYEN DE CPN
ASACOMA	3,64
ASACONIA	3,35
ANIASCO	2,94
ASACOBABA	3,89
TOTAL CSCOM	3,42
SOGONIKO .	3,72

En comparant ces résultats, on remarque une fois de plus que l'aniasco est le centre qui fait moins de CPN par rapport aux autres centres.

Si l'on compare ces résultats aux normes de l'OMS, qui fixe le nombre moyen de CPN à 4 par grossesse, on remarque que le nombre de CPN quelque soit la structure dans laquelle elles ont été faites est légèrement inférieur à la norme fixée.

TABLEAU N°26: REPARTITION DES FEMMES SELON LA DEMANDE D'EXAMENS DE LABORATOIRE LORS DE LA CPN

FORMAT SANIT EXAMENS DE LABORATOIRE	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
FAITS	9 32%	52 49%	14 38%	10 26%	85 41%	101 53%	186 47%
DEMANDES NON FAITS	5 18%	51 48%	11 31%	7 18%	74 35%	61 32%	135 34%
NON DEMANDES	14 50%	3 3%	11 31%	22 56%	50 24%	28 15%	78 19%
TOTAL	28 100%	106 100%	36 100%	39 100%	209 100%	190 100%	399 100%

$\text{Khi}^2 = 7,95$

$p = 0,018$

$\text{ddl} = 2$

A l'asacoma parmi les femmes chez qui les examens ont été demandés, 18% ne les ont pas faits, on en compte 48% à l'asaconia, 31% à l'aniasco, 18% à l'asacobafa. Elles représentent au total dans les CSCOM 32% des femmes à qui il a été demandé de faire des examens de laboratoire et 19% au SSC de Sogoniko.

On peut donc dire que les femmes font plus leurs analyses de laboratoire à Sogoniko que dans les CSCOM (53% contre 41%).

Les raisons évoquées par les femmes sont les suivantes:

TABLEAU N°27: REPARTITION DES FEMMES SELON LES RAISONS EVOQUEES POUR LES EXAMENS NON FAITS.

FORMAT SANIT CAUSES DE E.C NON FAITS	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
ANCIEN RESULTAT	1 20%	0%	2 18%	0%	3 4%	8 13%	11 8%
MANQUE DE MOYEN FINANCIER	1 20%	8 16%	1 9%	0%	10 13%	9 15%	19 14%
REFUS FEMME	3 60%	31 61%	5 45%	7 100%	46 62%	38 62%	84 62%
REFUS MARI	0%	2 4%	0%	0%	2 3%	1 2%	3 2%
VOYAGE	0%	1 2%	1 9%	0%	2 3%	0%	2 1%
ABSENCE DU MARI	0%	2 4%	1 9%	0%	3 4%	1 2%	4 3%
DEMANDE QQ JOURS AV ACC	0%	3 6%	1 9%	0%	4 5%	2 3%	6 4%
DIFFICULTES DE DEPLACEMENT	0%	2 4%	0%	0%	2 3%	0%	2 1%
RESULTAT NON DISPONIBLE	0%	2 4%	0%	0%	2 3%	2 3%	4 3%
TOTAL	5 100%	51 100%	11 100%	7 100%	74 100%	61 100%	135 100%

A Sogoniko comme dans les CSCOM, les femmes qui ont refusé par ignorance de l'importance de ces examens sont les plus nombreuses (62%). Viennent ensuite celles qui manquaient de moyens financiers (14%).

Par ailleurs, on remarque qu'au SSC de Sogoniko, chez 13% des femmes n'ayant pas fait les examens de laboratoire, le personnel de santé s'est basé sur les résultats des analyses de la grossesse antérieure. Ceci est valable aussi pour l'asacoma (20%) et l'aniasco (18%).

TABLEAU N°28: REPARTITION DES FEMMES SELON LE TYPE D'EXAMEN DEMANDE

FORMAT SANIT TYPES D'EXAMENS DEMANDES	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
BW	5 36%	50 49%	10 40%	10 59%	75 47%	90 56%	165 51%
TEST D'EMMEL	5 36%	46 45%	10 40%	8 47%	69 43%	92 57%	161 50%
GS-RH	5 36%	50 49%	12 48%	8 47%	75 47%	96 59%	171 53%
TOXOPLASMOSE	0%	0%	0%	2 12%	2 1%	3 2%	5 2%
RUBEOLE	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ECHOGRAPHIE	1 7%	1 1%	1 4%	1 6%	4 3%	8 5%	12 4%
AUTRES	8 57%	1 1%	1 4%	1 6%	11 7%	32 20%	43 13%
TOTAL	/14 100%	/103 100%	/25 100%	/17 100%	/159 100%	/162 100%	/321 100%

Le BW, le TEST D'EMMEL et le GS-RH sont les examens de laboratoire les plus demandés.

La comparaison des CSCOM entre eux a montré les différences suivantes:

- le BW ($\text{Khi}^2 = 17,54$ $p = 0,0005$ $\text{ddl} = 3$), le test d'Emmel ($\text{Khi}^2 = 15,41$ $p = 0,001$ $\text{ddl} = 3$) et le GS-RH ($\text{Khi}^2 = 18,11$ $p = 0,0004$ $\text{ddl} = 3$) sont moins demandés à l'asacoma que dans les autres centres.

- Par contre, la comparaison entre le total des CSCOM et Sogoniko n'a pas montré de différence significative ($\text{Khi}^2 = 6,19$ $p = 0,28$ $\text{ddl} = 5$).

Ceci nous permet de conclure que l'asacoma est le centre qui demande le moins d'examens de laboratoire aux femmes qui viennent en cpn malgré l'existence d'un laboratoire d'analyse.

TABLEAU N°29: REPARTITION DES FEMMES SELON LE TRAITEMENT REÇU AU COURS DE LA CONSULTATION PRENATALE

FORMAT SANIT TRAITEMENT RECU	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
CHLOROQUINISATI ON	25 89%	98 92%	26 72%	34 87%	183 88%	116 61%	299 75%
FER	23 82%	90 84%	21 58%	29 74%	163 78%	40 21%	203 51%
AUTRES TRAITEMENTS	26 93%	102 96%	29 81%	37 95%	194 93%	172 91%	366 92%
TOTAL	/28 100%	/106 100%	/36 100%	/39 100%	/209 100%	/190 100%	/399 100%

88% des femmes ayant fait leur consultation prénatale dans les CSCOM ont reçu de la chloroquinisation contre 61% à Sogoniko. D'autre part 78% de celles qui ont consulté dans les CSCOM ont reçu du fer contre 21% à Sogoniko.

Le test de comparaison a montré une différence significative entre le total des CSCOM et Sogoniko d'une part ($\chi^2 = 41,56$ $p = 0$) et entre les CSCOM eux même d'autre part ($\chi^2 = 24,55$ $p = 0,001$ $ddl = 3$). On peut conclure que la chloroquinisation et la prise de fer des femmes enceintes sont moins pratiquées à l'aniasco.

III-2-3- Coût des consultations prénatales:**TABLEAU N°30: REPARTITION DES FEMMES SELON LES DEPENSES FAITES LORS DES CONSULTATIONS PRENATALES**

FORMAT SANIT COUT	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
MOINS DE 1000 FCFA	1 4%	16 15%	2 6%	0%	19 9%	0%	19 5%
ENTRE 1000 ET 3000 FCFA	5 18%	15 14%	1 3%	6 15%	27 13%	5 3%	32 8%
PLUS DE 3000 FCFA	9 32%	31 29%	9 25%	20 51%	69 33%	81 43%	150 38%
PAS DE REPONSE	13 46%	44 42%	24 67%	13 33%	94 45%	104 55%	198 50%
TOTAL	/28 100%	/106 100%	/36 100%	/39 100%	/209 100%	/190 100%	/399 100%

La plupart des femmes ne savent pas combien elles ont dépensé car elles perdent généralement les ordonnances ou bien ce sont leurs maris qui achètent les médicaments.

Par ailleurs, il est à noter que parmi celles chez qui on a pu évaluer le coût, celles qui ont dépensé plus 3000 f sont les plus représentées avec 33% dans les CSCOM et 43% à Sogoniko. Ce coût varie en fonction du nombre de visites prénatales effectuées au cours de la grossesse.

Dans tous les cas, le test de comparaison montre une différence significative entre les CSCOM ($\text{Khi}^2 = 12,95$ $p = 0,04$ $\text{ddl} = 6$) d'une part, et d'autre part entre les CSCOM et le SSC de Sogoniko ($\text{Khi}^2 = 31,56$ $p = 0,001$ $\text{ddl} = 2$)

COÛT MOYEN DES CPN : (en FCFA)

-ASACOMA	2833
-ASACONIA	2492
-ANIASCO	2958
-ASACOBABA	3154
-TOTAL CSCOM	2735
-SOGONIKO	3412

Les composants de ces coûts sont : le carnet de cpn, les ordonnances et les examens de laboratoire.

En conclusion, on peut dire que dans les cpn, les femmes dépensent plus à Sogoniko que dans les CSCOM et que les femmes dépensent plus à l'asacobafa que dans les autres CSCOM.

III-3-ETUDE DES ACCOUCHEMENTS:

III-3-1- La fréquentation des centres:

TABLEAU N°31: REPARTITION DES FEMMES ACCOUCHEES SELON LE LIEU D'ACCOUCHEMENT

FORMAT SANIT LIEU D'ACCOUCHEMENT	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
DOMICILE	2 4%	15 12%	5 10%	5 11%	27 10%	26 11%	53 10%
CENTRE DE SANTE	43 96%	112 88%	45 90%	42 89%	242 90%	217 89%	459 90%
TOTAL	45 100%	127 100%	50 100%	47 100%	269 100%	243 100%	512 100%

Le test de comparaison ne montre pas de différence significative entre les centres ($\chi^2 = 13,18$ $p = 0,35$ $ddl = 7$). On peut donc conclure que dans les CSCOM comme à Sogoniko, au moins 89% des femmes ont accouché au centre de santé. Les femmes qui ont accouché à domicile ont évoqué comme raisons de leur choix les motifs suivants :

- manque de moyen de déplacement,
- ne savait pas que c'était le travail,
- problèmes d'insécurité de déplacement à des heures tardives.

TABLEAU N°32: REPARTITION DES FEMMES ACCOUCHEES A DOMICILE SELON LE NIVEAU D'ETUDE

ACCOUCHEMENT A DOMICILE	C S C O M					SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA	TOTAL CSCOM		
ANALPHABETE	2 100%	11 73%	5 100%	3 75%	21 81%	24 96%	45 88%
CORANIQUE	0	0	0	0	0	0	0
PRIMAIRE	0	4 27%	0	1 25%	5 19%	1 4%	6 12%
SECONDAIRE	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	2 100%	15 100%	5 100%	4 100%	26 100%	25 100%	51 100%

TABLEAU N°33: REPARTITION DES FEMMES AYANT ACCOUCHE DANS LE CENTRE SELON LE MODE D'ARRIVEE

FORMAT SANIT MODE D'ARRIVEE	C S C O M				TOTAL L CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
DILATATION COMPLETE	16 37%	21 19%	10 22%	8 19%	55 23%	43 20%	98 21%
DILATATION INCOMPLETE	27 63%	91 81%	35 78%	34 81%	187 77%	174 80%	361 79%
TOTAL	43 100%	112 100%	45 100%	42 100%	242 100%	217 100%	459 100%

Les femmes arrivées en dilatation incomplète sont les plus représentées avec 77% dans les CSCOM et 80% à Sogoniko. Il n'y a pas de différence significative entre les centres ($\text{Khi}^2 = 10,71$, $p = 0,21$ ddl=8).

III-3-2- Le déroulement des accouchements: la qualité des soins**TABLEAU N°34: REPARTITION DES FEMMES SELON L'ACCEUIL**

FORMAT SANIT ACCUEIL	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
BON	4 9%	2 2%	5 10%	8 17%	19 7%	11 4%	30 6%
MEDIOCRE	38 84%	124 97%	45 90%	37 79%	244 91%	230 95%	474 93%
MAUVAIS	3 7%	1 1%	0 0%	2 4%	6 2%	2 1%	8 1%
TOTAL	45 100%	127 100%	50 100%	47 100%	269 100%	243 100%	512 100%

Les critères sont : salutations, orientation, installation, manière de s'adresser.

Le test de comparaison ne montre pas différence significative entre les CSCOM et Sogoniko ($\text{Khi}^2 = 3,23$ $p = 0,19$ $\text{ddl} = 2$). Par contre, elle montre une différence significative entre les CSCOM eux-même ($\text{Khi}^2 = 22,69$ $p = 0,006$ $\text{ddl} = 6$).

Conclusion : plus de 90% des accueils sont jugés médiocres ou mauvais; ce n'est pas mieux dans le SSC de Sogoniko que dans les CSCOM.

TABLEAU N°35: REPARTITION DES FEMMES SELON LE TYPE DE PERSONNEL AYANT PRATIQUE L'ACCOUCHEMENT

FORMAT SANIT TYPE DE PERSONNEL	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
AIDE- SOIGNANTE	0%	13 10%	0%	10 21%	23 9%	70 29%	93 18%
MATRONE	24 53%	96 76%	29 58%	12 26%	151 56%	56 23%	207 41%
SAGE-FEMME	10 22%	18 14%	13 26%	16 34%	57 21%	101 41%	158 31%
MEDECIN	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
AUTRES	11 24%	-	8 16%	9 19%	28 10%	16 7%	44 9%
TOTAL	45 100%	127 100%	50 100%	47 100%	269 100%	243 100%	512 100%

La majorité des accouchements est assistée par des matrones dans les CSCOM (53% à l'asacoma ; 76% à l'asaconia ; 58% à l'asaconia), sauf à l'asacobafa où les sages-femmes font plus d'accouchement (34%). A Sogoniko 42% des accouchements sont faits par les sage-femmes, 29% par les aide-soignantes et 23% par les matrones.

Sogoniko étant un centre de référence pour les CSCOM, il est normal de constater que les sage femmes font plus d'accouchement dans le SSC de Sogoniko que dans les CSCOM.

TABLEAU N°36: REPARTITION DES FEMMES SELON LE MOMENT DE LA DEMANDE DU CARNET DE CPN A L'ARRIVEE PAR L'ACCOUCHEUR (recherche d'antécédents)

FORMAT SANIT DEMANDE DU CARNET DE CPN	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
A L'ARRIVEE	7 16%	93 83%	4 9%	30 71%	134 55%	22 10%	156 34%
AU COURS DU TRAVAIL	25 58%	9 8%	16 35%	5 12%	55 23%	80 37%	135 30%
APRES ACCOUCHEMENT	8 19%	10 9%	13 29%	6 14%	37 15%	84 39%	121 26%
NON DEMANDE	3 7%	0%	12 27%	1 2%	16 7%	31 14%	47 10%
TOTAL	43 100%	112 100%	45 100%	42 100%	242 100%	217 100%	459 100%

On remarque qu'à l'asaconia et à l'asacobafa, le carnet de CPN est demandé à l'arrivée, contrairement aux autres centres où la demande est exprimée soit au cours ou après l'accouchement.

Dans tous les cas, le test de comparaison montre une différence significative entre les CSCOM et Sogoniko ($\text{Khi}^2 = 107,04$ $p = 0$ $\text{ddl} = 3$).

En conclusion il est possible de dire que les carnets sont demandés plus majoritairement (55%) dans les CSCOM alors qu'au SSC de Sogoniko cette demande s'exprime plus tardivement.

On peut sans doute se poser des questions concernant la recherche précoce des antécédents et des risques pendant l'accouchement.

TABLEAU N°37: REPARTITION DES FEMMES SELON LES GESTES EFFECTUES AUCOURS DE L'ACCOUCHEMENT

FORMAT SANIT GESTES EFFECTUES	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
VERIFICATION PRESENTATION	43 100%	112 100%	45 100%	42 100%	242 100%	217 100%	459 100%
SUIVI DES BDC	0%	3 3%	0%	1 2%	4 2%	3 1%	7 2%
SUIVI DE DILATATION DU COL	43 100%	112 100%	45 100%	42 100%	242 100%	217 100%	459 100%
MESURE DE LA HU	0%	1 1%	0%	0%	1 0,4%	3 1%	4 1%
PRISE TA	0%	1 1%	2 4%	0%	3 1%	0%	3 1%
TOTAL	/43 100%	/112 100%	/45 100%	/42 100%	/242 100%	/217 100%	/459 100%

La vérification de la présentation et le suivi de la dilatation du col sont des gestes systématiquement pratiqués dans toutes les structures . Les autres gestes ne sont pratiqués qu'en cas de complications.

Le test de comparaison ne montre pas de différence significative ni entre les CSCOM et Sogoniko ($\text{Khi}^2= 3,98$ $p= 0,4$ $\text{ddl}= 4$), ni entre les CSCOM ($\text{Khi}^2= 4,48$ $p= 0,6$ $\text{ddl}= 6$).

TABLEAU N°38: REPARTITION DES FEMMES SELON LE DEBUT DE L'ACCOUCHEMENT

FORMAT SANIT	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
NATUREL	34 79%	103 92%	13 29%	8 19%	158 65%	34 16%	192 42%
PROVOQUE	9 21%	9 8%	32 71%	34 81%	84 35%	183 84%	267 58%
TOTAL	43 100%	112 100%	45 100%	42 100%	242 100%	217 100%	459 100%

Dans notre étude, on a pu constater que dans les CSCOM 35% des femmes ont reçu au moins un produit (un ocytocique ou un antispasmodique) avant d'accoucher contre 84% à Sogoniko. Il apparaît également que parmi les CSCOM, l'asacobafa et l'aniasco sont les centres qui utilisent le plus ces produits avec 81% à l'asacobafa, et 71% à l'aniasco.

On peut alors conclure que la quasitotalité des femmes qui accouchent dans les centres de Sogoniko, de l'asacobafa et l'aniasco reçoivent au moins une injection d'ocytocique ou d'antispasmodique au cours du travail alors que ces médicaments doivent faire l'objet d'indications précises.

TABLEAU N°39: REPARTITION DES FEMMES SELON LES PRODUITS UTILISES ET LEUR MODE D'ADMINISTRATION AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

FORMAT SANIT PRODUITS	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
BUTHYL IVD	3 33%	4 44,5 %	16 50%	15 44%	38 45%	54 29%	92 35%
BUSCOPAN+SPA SFON IVD	1 11%	0%	0%	1 3%	2 2%	2 1%	4 1%
SPASFON IVD	1 11%	0%	0%	0%	1 1%	10 5%	11 4%
PERFUSION(s. gl+butyl+ocy tocyne+- spasfon)	4 45%	4 44,5 %	11 34%	0%	19 23%	62 34%	81 30%
SYNTOCYNON IM	0%	0%	0%	7 21%	7 8%	5 3%	12 5%
BUTYL IM	0%	1 11%	0%	3 9%	4 5%	0%	4 1%
BUTYL+OCYTOC INE IM	0%	0%	0%	8 23%	8 10%	5 3%	13 5%
IVD+PERFUSIO N	0%	0%	5 16%	0%	5 6%	45 25%	50 19%
TOTAL	9 100%	9 100%	32 100%	34 100%	84 100%	183 100%	267 100%

$\text{Khi}^2 = 38,60$

$p = 0,000002$

$\text{ddl} = 7$

On remarque que dans les CSCOM, ces produits sont surtout utilisés en IVD; alors qu'à Sogoniko, ils sont utilisés en perfusion.

TABLEAU N°40: REPARTITION DES FEMMES EN FONCTION DE L'EXPRESSION

FORMAT SANIT EXPRESSION	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
FAIT	3 7%	4 4%	3 7%	7 16%	17 7%	44 21%	61 13%
NON FAIT	39 93%	106 96%	42 93%	36 84%	223 93%	170 79%	393 87%
TOTAL	42 100%	110 100%	45 100%	43 100%	240 100%	214 100%	454 100%

L'expression est plus pratiquée à Sogoniko (21%) que dans les CSCOM (7%). Le test de comparaison montre que cette différence est significative (Khi^2 de Yates = 16,53 $p=0,004$). Parmi les CSCOM, l'asacobafa pratique plus l'expression que les autres ($\text{Khi}^2=7,79$ $p=0,05$ $\text{ddl}=3$). Il faut rappeler que ce geste est interdit chez les femmes en travail à cause des conséquences gravissimes qu'il peut entraîner.

TABLEAU N°41: REPARTITION DES FEMMES SELON LE TYPE DE COMPLICATIONS SURVENUES AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

FORMAT SANIT COMPLICATIONS	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
RUPTURE UTERINE	1 2%	0 0%	0 0%	0 0%	1 0%	0 0%	1 0%
TOXEMIE GRAVIDIQUE	0 0%	1 1%	0 0%	0 0%	1 0%	0 0%	1 0%
HEMMORAGIE DE LA DELIVRANCE	2 4%	5 5%	3 7%	3 7%	13 5%	13 6%	36 8%
DECHIRURE SPONTANEE DU PERINEE	4 8%	13 12%	5 11%	2 5%	24 10%	36 17%	60 13%
TOTAL	/42 100%	/110 100%	/45 100%	/43 100%	/240 100%	/214 100%	/454 100%

La déchirure spontanée du périnée est la complication la plus fréquente. Dans les CSCOM ce type de complication est enregistré dans 9% des cas où une complication apparaît, 15% des cas à Sogoniko. Viennent ensuite les hémorragies de la délivrance.

Le test de comparaison ne montre pas de différences ni entre Sogoniko et les CSCOM ($\text{Khi}^2 = 3,31$ $p = 0,34$ $\text{ddl} = 3$), ni entre les CSCOM ($\text{Khi}^2 = 14,27$ $p = 0,1$ $\text{ddl} = 9$).

TABLEAU N°42: REPARTITION DES FEMMES AYANT RECUES L'EXPRESSION ET L'ETAT DU PERINEE

EXPRESSION PERINEE	C S C O M					SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA	TOTAL CSCOM		
EPISIOTOMIE	1 33%	0	0	0	1 6%	2 5%	3 5%
DECHIRURE SPONTANEE	1 33%	1 25%	1 33%	0	3 18%	12 27%	15 25%
NORMAL	1 33%	3 75%	2 67%	7 100%	13 76%	30 68%	43 70%
TOTAL	3 100%	4 100%	3 100%	7 100%	17 100%	44 100%	61 100%

$\text{Khi}^2 = 12,50$

$p = 0,014$

TABLEAU N°43: REPARTITION DES FEMMES SELON L'ETAT DU PERINEE APRES L'ACCOUCHEMENT

FORMAT SANIT ETAT DU PERINEE	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
NORMAL	38 86%	107 86%	43 86%	38 85%	226 86%	200 84%	426 85%
DECHIRURE SPONTANEE	4 9%	13 11%	5 10%	2 4%	24 9%	36 15%	60 12%
EPISIOTOMIE	1 5%	4 3%	2 4%	5 11%	12 5%	2 1%	14 3%
TOTAL	43 100%	124 100%	60 100%	45 100%	262 100%	238 100%	500 100%

L'épisiotomie est plus pratiquée dans les CSCOM (5%) qu'à Sogoniko (1%). Ceci peut expliquer le fait qu'il y a plus de déchirure spontanée du périnée à Sogoniko que dans les CSCOM. Le test de comparaison montre une différence significative entre les CSCOM et le SSC de Sogoniko ($\text{Khi}^2 = 10$ $p = 0,006$ $\text{ddl} = 2$). Par contre il ne montre pas de différence significative entre les CSCOM eux-même ($\text{Khi}^2 = 5,65$ $p = 0,4$ $\text{ddl} = 6$).

TABLEAU N°44: REPARTITION DES FEMMES SELON LE NOMBRE D'EVACUATIONS

FORMATION SANITAIRE	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOT AL
	MA	NIA	NIAS CO	BAFA			
NOMBRE D'EVACUATION	2	3	-	1	6	6	12

Il n'y a pas de différence significative ni entre Sogoniko et les CSCOM ($\text{Khi}^2 = 0,01$ $p = 0,90$), ni entre les CSCOM ($\text{Khi}^2 = 2,08$ $p = 0,5$ $\text{ddl} = 3$).

Les femmes à Césariser font partie des cas d'évacuation car les femmes évacuées ne revenaient plus après leur accouchement.

Aucun cas d'évacuation n'a été rencontré à l'aniasco.

TABLEAU N°45: REPARTITION DES FEMMES SELON LA CAUSE D'EVACUATION

FORMAT SANIT CAUSES D'EVACUATION	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTA L
	MA	NIA	NSC O	BAFA			
DILATATION STATIONNAIRE	1 50%	1 33%	0%	0%	2 33%	1 17%	3 25%
HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE	1 50%	0%	0%	0%	1 17%	0%	1 8%
ECLAMPSIE	0%	1 33%	0%	0%	1 17%	0%	1 8%
PROCIDENCE DU BRAS	0%	1 33%	0%	0%	1 17%	0%	1 8%
DISPROPORTION FOETO- MATERNELLE	0%	0%	0%	1 100%	1 17%	2 33%	3 25%
RETENTION PLACENTAIRE+PRE MATURITE	0%	0%	0%	0%	0%	1 17%	1 8%
TROUBLES RESPIRATOIRES DU NNE	0%	0%	0%	0%	0%	1 17%	1 8%
DYSTOCIE DU COL+MANQUE D'EFFORT	0%	0%	0%	0%	0%	1 17%	1 8%
TOTAL	2 100%	3 99%	0%	1 100%	6 100%	6 100%	12 100%

Ici on peut dire qu'il y a 8 causes d'évacuation dont la plus fréquente est la dilatation stationnaire du col utérin dans les CSCOM et la disproportion foeto-pelvienne au SSC de Sogoniko. Le test de comparaison ne montre pas de différence significative entre les centres ($\chi^2 = 6,67$ $p = 0,46$ $ddl = 7$).

Les actes faits au niveau des centres avant l'évacuation sont surtout l'expression et l'utilisation d'ocytociques.

TABLEAU N°46: REPARTITION DES FEMMES SELON LA RECEPTION D'ORDONNANCE AVANT LA SORTIE

FORMAT SANIT ORDONNANCE AVANT SORTIE	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
RECUE	18 40%	89 72%	40 80%	37 80%	184 69%	46 19%	230 46%
NON RECUE	27 60%	35 28%	10 20%	9 20%	81 31%	193 81%	274 54%
TOTAL	45 100%	124 100%	50 100%	46 100%	265 100%	239 100%	504 100%

Les femmes qui ont reçu une ordonnance avant leur sortie sont plus représentées à asaconia (72%), asacobafa (80%), aniasco (80%). Par contre à l'asacoma (60%) et Sogoniko (81%) celles qui n'ont pas reçu d'ordonnance sont les plus nombreuses.

En comparant le total des CSCOM au SSC de Sogoniko, on constate que la remise d'ordonnance aux accouchées est moins pratiquée à Sogoniko (81% contre 31%).

Cette ordonnance est composée de : collyre pour le nouveau-né et antibiotique pour la mère.

TABLEAU N°47: REPARTITION DES FEMMES EN FONCTION DES GESTES EFFECTUES CHEZ LE NOUVEAU-NE

FORMAT SANIT GESTES EFFECTUES CHEZ LE NOUVEAU-NE	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
PRISE POIDS	41 93%	112 90%	41 82%	41 89%	235 89%	203 85%	438 87%
MESURE TAILLE	39 89%	49 40%	36 72%	37 80%	161 61%	19 8%	180 35%
MESURE PERIMETRE CRANIEN	- 0%	- 0%	- 0%	- 0%	- 0%	1 0%	1 0%
RECHERCHE D'APGAR	- 0%	- 0%	4 8%	1 2%	5 2%	25 10%	30 6%
TOTAL	/44 100%	/124 100%	/50 100%	/46 100%	/264 100%	/240 100%	/504 100%

Les gestes les plus pratiqués chez le nouveau-né sont la prise du poids et la mesure de la taille dans les CSCOM. Alors qu'au SSC de Sogoniko, c'est seulement la prise du poids qui pratiquée. Il est grave de voir que la recherche du score d'Apgar est ignorée dans les CSCOM et ne représente que 10% au SSC de Sogoniko.

Le test de comparaison montre que ces gestes sont plus fréquemment effectués dans les CSCOM qu'à Sogoniko ($\chi^2 = 104,11$ $p = 0$).

TABLEAU N°48: REPARTITION DES FEMMES SELON L'ETAT DU NOUVEAU-NE A LA NAISSANCE

FORMAT SANIT ETAT DU NOUVEAU-NE	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
VIVANT NORMAL	44 100%	110 89%	46 92%	40 87%	240 91%	218 91%	458 91%
VIVANT+ANOMA- -LIE	0%	11 9%	1 2%	5 11%	17 6%	14 6%	31 6%
MORT-NE	0%	3 2%	3 6%	1 2%	7 3%	8 3%	15 3%
TOTAL	44 100%	124 100%	50 100%	46 100%	264 100%	240 100%	504 100%

Ce tableau montre que:

- Au total: sur 504 accouchements enregistrés, 3% de mort-né 6% d'anomalie (souffrance foetale, prématurité),
- à l'asacoma, aucun cas de mort-né n'a été rencontré,
- à l'asaconia : 2% de mort-né sont enregistrés et 9% d'anomalies (souffrance foetale, prématurité),
- à l'aniasco: on a enregistré 6% de mort-né et 2% d'anomalies,
- à l'asacobafa: 2% de mort-né, et 11% d'anomalies,
- à Sogoniko: 3% de mort-né et 6% d'anomalies.

Généralement, en cas de décès avant 7 jours ou 1 mois les enfants ne sont plus revus.

Le test de comparaison ne montre pas de différences significatives entre les CSCOM et Sogoniko ($\chi^2 = 0,27$ $p = 0,87$ $ddl = 2$).

TABLEAU N°49: REPARTITION DES FEMMES SELON LE MOMENT DE L'APPLICATION DU PANSEMENT OMBILICAL

FORMAT SANIT PANSEMENT OMBILICAL	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
JUSTE APRES ACCOUCHEMENT	44 100%	82 65%	46 96%	45 100%	217 84%	225 97%	442 91%
QUELQUES HEURES APRES ACCOUCHEMENT	0%	39 35%	1 4%	0%	40 16%	0%	40 8%
SANS ALCOOL	0%	0%	0%	0%	0%	2 1%	2 0%
NON FAIT	0%	0%	0%	0%	0%	4 2%	4 1%
TOTAL	44 100%	121 100%	47 100%	45 100%	257 100%	231 100%	488 100%

La totalité des nouveau-nés ont reçu leur pansement ombilical immédiatement après l'accouchement à l'asacoma (100%) et à l'asacobafa (100%) contre 96% à l'aniasco, 65% à l'asaconia et 97% à Sogoniko.

Par ailleurs, il est anormal de constater que 35% des nouveau-nés ne reçoivent leur pansement ombilical que quelques heures après l'accouchement.

A Sogoniko, 4 enfants soit 2% n' ont pas reçu de pansement ombilical, et 2 enfants soit 1% ont eu un pansement appliqué sans alcool.

TABLEAU N°50: REPARTITION DES FEMMES EN FONCTION DES VACCINATIONS

FORMAT SANIT VAT	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTA L
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
VACCINEE AU MOINS 2 FOIS	26 58%	84 66%	31 62%	22 47%	163 61%	163 67%	326 64%
VACCINEE 1 FOIS PAS DE SAT	0%	5 4%	0%	0%	5 2%	15 6%	20 4%
VACCINEE 1 FOIS SAT 1 DOSE/EFT	0%	6 5%	2 4%	1 2%	9 3%	3 1%	12 2%
NON VACCINEE PAS DE SAT	16 36%	15 12%	6 12%	6 13%	43 16%	41 17%	84 16%
NON VACCINEE SAT 1 DOSE/EFT	1 2%	0%	10 20%	1 2%	12 4%	2 1%	14 3%
NON VACCINEE SAT 2 DOSES	2 4%	17 14%	1 2%	17 36%	37 14%	19 8%	56 11%
TOTAL	45 100%	127 100%	50 100%	47 100%	269 100%	243 100%	512 100%

* La majorité des femmes enregistrées au cours de notre étude ont reçu au moins deux doses de vaccin anti-tétanique pendant leur grossesse : 58% à l'asacoma, 66% à l'asaconia, 62% à l'aniasco, 47% à l'asacobafa, soit 61% dans les CSCOM contre 67% à Sogoniko. Au total, on a donc 64% des femmes qui ont été vaccinées.

* Parmi celles qui n'ont pas été vaccinées: 34% sont sorties sans SAT à l'asacoma, 12% à l'asaconia, 12% à l'aniasco, 13% à l'asacobafa, et 17% à Sogoniko.

Le test de comparaison montre une différence significative ($\chi^2 = 19,71$ $p = 0,0014$ $ddl = 5$) entre les centres.

En conclusion on peut donc dire que les femmes qui accouchent à Sogoniko sont plus souvent vaccinées que celles qui accouchent dans les CSCOM. D'autre part parmi les accouchées qui non pas été vaccinées, celles qui accouchent dans les CSCOM reçoivent plus de SAT que celles qui accouchent à Sogoniko.

TABLEAU N°51: REPARTITION DES FEMMES SELON LES CONDITIONS D'HYGIENE

FORMAT SANIT MESURES D'HYGIENE	C S C O M				TOTAL CSCOM	SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA			
TOILETTE DE L'ACCOUCHEE	44 100%	124 100%	40 80%	44 96%	252 95%	239 99%	491 97%
PRESENCE DE COTON	44 100%	116 94%	43 86%	46 100%	249 94%	218 93%	467 93%
PRESENCE D'ALCOOL	44 100%	124 100%	48 96%	46 100%	262 99%	231 98%	493 98%
STERILISATION DU MATERIEL APRES USAGE	44 100%	122 98%	43 86%	46 100%	255 97%	217 92%	572 94%
DESTRUCTION DU MATERIEL USE	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
LAVAGE DES MAINS AVANT ACCOUCHEMENT	43 98%	1 1%	0%	2 4%	46 17%	4 2%	50 10%
PORT DE GANTS STERILES	40 91%	112 90%	23 46%	45 98%	220 83%	128 55%	348 69%
NETTOYAGE DES TABLES ENTRE 2 ACCOUCHEMENTS	39 89%	118 95%	46 92%	43 93%	246 93%	212 90%	340 67%
ABSENCE DE POUSSIERES	38 86%	2 2%	1 2%	0%	41 16%	14 6%	55 11%
TOTAL	/44 100%	/124 100%	/50 100%	/46 100%	/264 100%	/240 100%	/504 100%

Le test de comparaison montre une différence significative entre les CSCOM dans la pratique de certains gestes d'hygiène.

En effet:

* la toilette de l'accouchée ($\text{Khi}^2 = 36,11$ $p = 0,007$), la présence de coton ($\text{Khi}^2 = 12,26$ $p = 0,007$ $\text{ddl} = 3$), la stérilisation du matériel après usage ($\text{Khi}^2 = 21,42$ $p = 0,00008$ $\text{ddl} = 3$), le port de gants stériles pendant l'accouchement sont moins pratiqués à l'Aniasco

* le lavage des mains avant l'accouchement est pratiqué à l'Asacoma seulement.

Quant à la comparaison entre le total des CSCOM et le SSC de Sogoniko, la différence se trouve au niveau du lavage des mains (17% CSCOM contre 2% à Sogoniko), du port de gants stériles (83%

CSCOM contre 55% Sogoniko) mais aussi du nettoyage des tables entre deux accouchements (48% CSCOM contre 90% Sogoniko).

Ce qui nous permet de conclure que les mesures d'hygiène sont moins bonnes à l'ANIASCO par rapport aux autres CSCOM, et sont globalement moins souvent respectées au centre de Sogoniko par rapport à l'ensemble des CSCOM.

III-3-3- Le coût de l'accouchement:

TABLEAU N°52: REPARTITION DES FEMMES SELON LES DEPENSES FAITES AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

FORMAT SANIT COUT ACCOUCHEMENT (en F CFA)	C S C O M					SOGO NIKO	TOTAL
	MA	NIA	NSCO	BAFA	TOT CSCOM		
1000 - 1500	0	81 65%	4 8%	0	85 32%	2 1%	87 17%
1505 - 2000	10 23%	39 32%	1 2%	0	50 19%	0	50 10%
2005 - 3000	12 28%	4 3%	6 12%	8 17%	30 11%	44 18%	74 15%
3005 - 4000	20 45%	0	19 38%	12 26%	51 20%	178 75%	229 46%
4005 - 5000	1 2%	0	11 22%	25 54%	37 14%	13 5%	50 10%
> 5000	1 2%	0	9 18%	1 2%	11 4%	2 1%	13 3%
GRATUIT	0	0	0	0	0	1 0%	1 0%
TOTAL	44 100%	124 100%	50 100%	46 100%	264 100%	240 100%	504 100%

$$\text{Khi}^2 = 214,17$$

$$p = 0$$

$$\text{ddl} = 6$$

Depense moyenne par femme et par centre : (en F CFA)

-ASACOMA=	2910
-ASACONIA=	1560
-ANIASCO=	4915
-ASACOBABA=	3925
-TOTAL CSCOM=	2575
-SOGONIKO=	3360

En comparant ces résultats, on remarque que parmi les cinq centres étudiés, l'aniasco et l'asacobafa sont plus chers que l'asaconia et l'asacoma.

Quant au centre de Sogoniko, il occupe la troisième place. Mais si on compare Sogoniko au total des CSCOM, on constate que le coût de l'accouchement est plus élevé à Sogoniko que dans les CSCOM ($\chi^2 = 214,17$ $p = 0$ $ddl = 6$).

Ces dépenses sont réparties comme suite:

- A l'ASACOMA: * carnet enfant= 200 f,
* gant= 400 f
* accouchement (1000 f AD, 1500 f NAD, 2000 à 2500 f pour accouchement à domicile),
* souvent alcool+bande+butyl+seringue+ergometrine.
- A l'ASACONIA: * Bande 250 f
* Adhérente 1000 f
* Non adhérente 1500 f
* Accouchement à domicile 2000 f
- A l'ANIASCO: * Bande 250 f
* Alcool 400 f
* Adhérente 1000 f
* Non adhérente 1500 f
* Accouchement à domicile 2000 f
* Gants 400 f
* Placenta (souvent) 150 f
* Traitement reçu pendant l'accouchement.
- A l'ASACOBABA: * Alcool 450 f
* Bande 250 f
* Adérente 1000 f
* Non adhérente 1500 f
* Accouchement à domicile 2000 f
* Produits utilisés pendant l'accouchement= reste
- A SOGONIKO: * Accouchement 1000 f
* Placenta 150 f
* Gants + Produits utilisés reste

NB: Certaines sommes ne semblent justifiées par un geste médical.

III-4- LES CONSULTATIONS POSTNATALES:

III-4-1- La fréquentation des consultations postnatales:

TABLEAU N°53: REPARTITION DES FEMMES SELON LA FREQUENTATION DES CONSULTATIONS POSTNATALES

FORMATION SANITAIRE	CSCOM	SOGONIKO
CONSULTATION POST-NATALE		
FAITE	- 0%	71 30%
NON FAITE	265 100%	168 70%
TOTAL	265 100%	239 100%

Dans ce tableau on remarque que sur 239 femmes accouchées à Sogoniko, 71 soit 30% sont venues en consultation postnatale. Les consultations post-natales ne se font pas dans les CSCOM. Elles sont confondues avec les consultations des enfants sains.

TABLEAU N°54: REPARTITION DES FEMMES VENUES EN CONSULTATION POSTNATALE SELON LES RAISONS

FORMATION SANITAIRE	SOGONIKO	
	EFFECTIF	FREQUENCE
RAISONS DE LA VISITE POST-NATALE		
VISITE SYSTEMATIQUE	52	73%
ABLATION AGGRAFFES	2	3%
FIEVRE	5	7%
COLIQUES+HYPOGALACTORRHEE	2	3%
COLIQUES	4	6%
HEMORRAGIES	1	1%
LEUCORRHEES	3	4%
LOMBALGIES+CONSTIPATION	1	1%
ODEUR FETIDE DES LOCHIES	1	1%
TOTAL	71	100%

On remarque que les femmes qui viennent en visite systématique sont les plus représentées (73%).

A partir du 45^e jour les femmes sont référées au service de planification familiale.

III-4-2- Déroulement des consultations postnatales:

TABLEAU N°55: REPARTITION DES FEMMES SELON LES EXAMENS PRATIQUES AU COURS DES CONSULTATIONS POSTNATALES

FORMATION SANITAIRE	SOGONIKO	
	EFFECTIF	FREQUENCE
EXAMEN DES SEINS	50	71%
EXAMEN DU COL UTERIN	36	51%
REFEREE PLANNING FAMILIAL	17	24%
RECHERCHE DES LOCHIS	15	21%
RECHERCHE D'ANEMIE	12	17%
RECHERCHE DE MAUX DE VENTRE	03	04%
PRISE TEMPERATURE	00	0%
TOTAL	/71	/100%

Les examens du sein (71%), et du col uterin (51%) sont les plus pratiqués.

IV. COMMENTAIRE DES RESULTATS

IV-1- ANALYSE DE LA FREQUENTATION DES DIFFERENTS CENTRES DE SANTE:

L'étude comparative de l'utilisation des CSCOM par rapport au SSC de Sogoniko montre que sur les 512 enregistrements faits au cours de notre enquête : 269 soit 53% (plus de la moitié) des accouchements en commune VI se font dans les maternités des CSCOM contre 243 soit 47% au SSC de Sogoniko. On peut donc conclure d'emblée que les CSCOM répondent au critère d'accessibilité géographique de la population au centre de santé.

Mais, à Niamakoro, on constate que l'aniasco est moins utilisée que l'asaconia puisque les femmes quittent le secteur du premier pour venir accoucher dans la maternité du second.

Par ailleurs, on remarque que: 90% des femmes des CSCOM ont accouché en milieu médical contre 89% à Sogoniko; et que le niveau d'étude influe sur le lieu d'accouchement.

* A Sogoniko, aussi bien que dans les CSCOM, 78% des femmes ont fait au moins une CPN, mais celles qui ont commencé au troisième trimestre sont plus nombreuses que celles qui ont commencé au premier.

* 84% des femmes accouchées dans les CSCOM contre 89% à Sogoniko ont reçu au moins une dose de vaccin antitétanique pendant la grossesse.

* Seulement 30% des femmes accouchées à Sogoniko sont venues en visite postnatale.

* Au niveau des CSCOM, il semble que les centres sont connus par la population mais l'information sur la nature communautaire des centres n'est pas bien pratiquée. Cela se traduit par un faible taux d'adhésion. Ainsi, on constate que :

- à l'asacoma: sur 45 femmes accouchées, il n'y a que 2 adhérentes soit 4%
- à l'asaconia: 20/127 femmes soit 16% sont adhérentes;
- à l'aniasco: 6/50 soit 12% d'adhésion;
- à l'asacobafa: 4/47 soit 9% d'adhésion.

IV-2- ANALYSE DE LA QUALITE DE L'OFFRE:

Les résultats obtenus au cours de l'enquête nous ont permis de mener une analyse sur les questions suivantes :

- L'accueil des femmes qui viennent accoucher dans les centres,
- La conduite des activités, les conditions d'hygiène,
- Le matériel disponible, compétences du personnel,
- La tarification des activités,
- L'organisation des centres.

IV-2-1- L'accueil des femmes qui viennent accoucher dans les centres :

L'étude de l'accueil n'a été réalisée qu'au niveau de la salle d'accouchement puisque dans notre étude, les CPN et les consultations postnatales ont été étudiées à partir des carnets de CPN et des registres.

L'étude comparative montre qu'il n'existe pas de différence significative entre les CSCOM et le SSC de Sogoniko. Dans ces 2 types de structures, l'accueil est plutôt médiocre dans plus de 90% des cas (91% dans les CSCOM, 95% à Sogoniko).

Ces résultats comparés à ceux d'une étude menée en 1989 sur le SSC de Sogoniko montre que la qualité de l'accueil s'est améliorée dans ce centre, même si elle n'est encore que médiocre.

On remarque que parmi les 4 critères retenus pour l'évaluation de l'accueil, la manière de s'adresser aux femmes en travail était la moins utilisée. Le ton employé est souvent agressif et autoritaire. La pratique de ces critères varie en fonction du type de personnel puisque rares sont les personnels qui utilisent ces 4 critères à la fois.

Or, il ne fait de doute pour personne qu'un bon accueil constitue un des aspects essentiels de la qualité de l'offre des prestations.

IV-2-2- La conduite des activités:

IV-2-2-1- Les consultations Prénatales:

Cette étude a été réalisée à partir des carnets de cpn sur lesquels les comparaisons suivantes ont été dégagées :

* Pour ce qui est du début des CPN, on constate que dans les CSCOM aussi bien qu'à Sogoniko, les femmes qui commencent leur CPN au 3ème trimestre sont plus nombreuses que celles qui la commencent au 1er trimestre. Néanmoins, celles qui commencent au 1er trimestre sont plus nombreuses à Sogoniko que dans les CSCOM.

Si l'on compare ce résultat au calendrier de l'OMS selon lequel toute femme en grossesse doit faire sa première cpn au 1er trimestre de la grossesse, on note que dans les CSCOM aussi bien qu'à Sogoniko, ces normes ne sont pas respectées.

* En comparant les nombres moyens de CPN réalisées par femme : on remarque que les femmes font légèrement plus de CPN à Sogoniko que dans les CSCOM. Ceci pouvant s'expliquer par les facteurs socio-économiques et culturels.

* Pour ce qui est des gestes effectués : Exceptés dans les CSCOM de l'asacobafa et l'asaconia où les carnets de CPN sont complètement remplis, dans les autres centres ce n'est pas le cas notamment à l'aniasco et à Sogoniko où la

situation est pire.

- Les pages concernant les examens de laboratoire et le traitement sont le plus souvent vierges même si la femme fait plus de trois CPN.

- La notion de groupe à risque n'apparaît pas : ceci peut être dû soit au mauvais remplissage du carnet de CPN ou à la non pratique de certains gestes : par exemple, pas de mesure de la taille à Sogoniko et à asacobafa; pas de mesure de la TA à aniasco où il n'existe même pas de tensiomètre malgré, l'importance capitale de ce geste puis qu'il permet de prévenir une éventuelle éclampsie; pas de prise de poids ni de recherche d'antécédents à Sogoniko.

- Malgré une légère différence entre les CSCOM et le SSC de Sogoniko, les gestes de conseil d'éducation sanitaire sont les moins pratiqués (46% des femmes font leur CPN dans les CSCOM ont bénéficié de ce geste contre 36% à Sogoniko).

-Le régime sans sel demeure l'attitude systématique à Sogoniko aussi bien que dans les CSCOM en cas d'oedème des membres inférieurs. Mais en plus du RSS, la prescription de produit inutile est toujours faite à Sogoniko. Ces pratiques devraient être interdites.

- Le contrôle d'albumine est plus souvent pratiqué à Sogoniko que dans les CSCOM. Alors qu'au même titre que la prise de tension artérielle, ce geste est d'une importance capitale pour la prévention de la toxémie.

- La recherche d'anémie est davantage pratiquée dans les CSCOM qu'à Sogoniko (86% contre 43%) et il n'y a que 21% des femmes qui reçoivent de façon systématique la chloroquine et de fer contre 61% dans les CSCOM.

Selon les recommandations de l'OMS, il est essentiel de prévenir le paludisme, au lieu de se contenter de traiter la maladie. Ceci dans le but de protéger les femmes enceintes des accès de paludisme aigu qui mettent leur vie en danger. Les mesures suivantes sont recommandées dès que la grossesse est connue:

. Déterminer, si possible, la présence de plasmodies et dispenser, dans tous les cas, un traitement approprié. Dans les zones de forte endémicité, le traitement antipaludique doit être systématique car il peut y avoir une infection placentaire même en l'absence de parasitémie diagnosticable. La chloroquine est le traitement de choix dans les régions où le parasite est sensible ou ne présente qu'une faible résistance.

. Administrer une fois par semaine une dose chimioprophylactique entière de 300 mg de chloroquine base.

. Conseiller aux femmes enceintes d'utiliser une moustiquaire pendant la nuit et de prendre d'autres types de protections individuelles pour diminuer le contact avec les moustiques. De

plus, enseigner aux mères de protéger leur nouveau-né au moyen d'une moustiquaire.

. En cas de suspicion de paludisme pendant la grossesse malgré un traitement complet et une chimioprophylaxie correcte par la chloroquine, le traitement par la quinine reste pour l'instant, le traitement de choix.

. L'anémie étant un risque très grave chez la femme enceinte, elle doit être prévenue pour éviter tout risque au cours de l'accouchement qui est fatal en cas d'hémorragie.

- L'absence de demande de certains examens de laboratoire nécessaires à Sogoniko (15%) malgré l'existence d'un laboratoire d'analyse.

Il est anormal que 50% des femmes n'aient pas bénéficié de cette demande à l'asacoma, elles sont 56% à asacobafa, 31% à aniasco, même s'il n'existe pas de laboratoire d'analyse puisque ces analyses peuvent être faites ailleurs.

On constate également que beaucoup de femmes chez qui ces examens ont été demandés, ne les ont pas fait. Ceci est dû soit au manque d'information sur l'importance de ces analyses, soit au manque de moyens financiers.

IV-2-2-2- Les accouchements:

L'analyse des résultats obtenus nous permet de dégager les remarques suivantes:

- La quasi-totalité des femmes reçoit de façon systématique un traitement ocytotique et/ou antispasmodique dans les centres de Sogoniko (84%), à l'asacobafa (81%), à l'aniasco (71%), ceci en ne tenant compte d'aucun facteur de risque. Alors que la prescription de ces produits doit être l'effet d'indications particulières.

On a constaté que toutes les femmes évacuées avaient reçues au moins un produit avant leur évacuation.

Il s'agit par ailleurs d'une dépense importante qui ne fait qu'alourdir inutilement le coût de l'accouchement.

-La non demande du carnet de CPN à l'arrivée à Sogoniko : plus de 50% des femmes accouchées à Sogoniko n'ont pas bénéficié de cette demande. Or le carnet de cpn étant le passeport de la femme en travail, cette attitude est inadmissible car elle met la vie de la mère et de l'enfant en danger puisqu'aucune notion de groupe à risque n'est recherchée.

C'est ainsi qu'on a pu assister à Sogoniko à l'accouchement sans port de gant d'une femme séropositive à HIV1 et HIV2 ayant fait plus de 10 cpn et qui a reçu au même titre que les autres femmes la perfusion avec la même tubulure puisque le personnel qui a fait l'accouchement n'avait pas regardée son carnet de CPN. Ceci témoigne du fait que les carnets ne sont ou sont mal consultés.

A Sogoniko et à l'aniasco, ces carnets sont utilisés uniquement pour remplir les registres d'accouchement.

Au niveau des CSCOM, on constate que ce sont surtout les matrones et les infirmières obstétriciennes qui font les accouchements. Ceci est parfois lié au fait que lors des gardes, la sage femme, le medecin ou l'infirmier s'occupe des consultations médicales et laisse la maternité à la matrone ou à l'infirmière obstétricienne.

- Les suites de couches : période très importante pour l'IEC, elles ne sont pas pratiquées ni dans les CSCOM, ni à Sogoniko. S'il est vrai que les femmes sont pressées de rentrer chez elles, il est également vrai que les sages femmes n'y accordent pas l'importance qu'elle devrait mériter.

IV-2-2-3- Les consultations postnatales:

Les visites postnatales sont très peu développées et ne concernent que 30% des femmes qui sont venues accoucher à Sogoniko.

Dans les CSCOM, ces visites postnatales ne sont pas pratiquées. Elles sont plutôt confondues avec les visites des enfants sains ou le suivi des enfants. Les femmes viennent avec leur enfant en visite mais, c'est l'enfant seulement qui est consulté et non pas la maman et ceci pendant les deux premières années de l'enfant.

Malgré cette insuffisance des visites postnatales à Sogoniko, des gestes indispensables comme le toucher vaginal systématique, la prise de la température.... ne sont pratiqués chez aucune femme.

IV-3- LA TARIFICATION DES ACTIVITES:

IV-3-1- Les consultations prénatales:

Si dans les CSCOM, les carnets sont payés auprès des sages femmes qui rendent compte au gestionnaire ; à Sogoniko par contre, le circuit n'est pas clair.

L'analyse du coût de la CPN nous montre que l'asaconia est le centre le moins cher contrairement à Sogoniko où les femmes ont des dépenses beaucoup plus élevées. Cela est dû au fait qu'à Sogoniko:

- les médicaments sont prescrits en spécialité,
- on y prescrit systématiquement des antimycosiques,
- on y prescrit des médicaments inutiles comme le chophytol dans les oedèmes des membres inférieurs.

IV-3-2- Les accouchements:

De même que pour les CPN, les frais d'accouchement sont plus élevés à Sogoniko que dans les CSCOM ; et parmi les CSCOM, l'aniasco est le cher. Cette différence de tarif est dû à des phénomènes tels que:

* l'utilisation systématique de certains produits comme les ocytociques, les antispasmodiques, les perfusions... Cette pratique doit être interdite car elle n'est pas justifiée, augmente inutilement le coût de l'accouchement et fait courir des

risques de rupture utérine en ce qui concerne les ocytociques.

A Sogoniko, on constate qu'un flacon de serum glucosé enrichi peut être utilisé chez plusieurs femmes en travail quelque soit le stade du travail ; et ceci avec le même perfuseur et très souvent avec la même aiguille, exposant ces femmes au risque de transmission de certaines maladies graves, notamment le SIDA. Chaque femme ayant reçue ce fameux traitement paye en conséquence une somme comprise entre 1500 et 3000 FCFA (elle varie selon le type de personnel) + 150F pour le manoeuvre qui s'occupe du placenta.

A l'aniasco et à l'asacobafa (où les produits sont utilisés en IVD), cette somme va directement dans la caisse du centre contrairement à Sogoniko. Ceci a pour but d'augmenter les recettes des centres et contribuer à l'équilibre des comptes alors qu'à Sogoniko, ce sont les produits de l'équipe de garde qui sont utilisés.

* La tarification des gants sur les recettes de l'accouchement, très souvent non utilisés à Sogoniko et à l'aniasco.

Tous ces actes contribuent à augmenter inutilement le coût des accouchements qui dépasse très souvent les capacités financières de l'accouchée.

IV-4- LES CONDITIONS D'HYGIENE:

En comparant les différents centres sur plan de l'hygiène, on constate que les conditions d'hygiène semblent être plus catastrophiques à l'aniasco non seulement par rapport à l'état des locaux, mais aussi par rapport à l'état de salubrité : salles mal aérées, matériels couverts de poussières, mobiliers en mauvais état (les matelas non protégés jusqu'à ce qu'ils aient perdu leur forme à force d'être imbibés de sang).

C'est également à l'aniasco que se manifeste le manque d'eau : le puit tarit pendant la saison sèche et les nouveaux-nés sont généralement lavés avec de l'eau très sale entraînant des conséquences très graves comme l'infection des yeux et de l'ombilic et ce d'autant plus que la plupart de ces enfants sortent sans recevoir aucune goutte de collyre; les accouchées ne peuvent pas se laver. Les accompagnantes sont souvent obligées d'aller chercher de l'eau dans les maisons voisines. Or l'eau potable est d'une importance capitale dans le fonctionnement d'une maternité.

IV-5- EQUIPEMENT:

Sur le plan de l'équipement, on constate que les centres de l'aniasco et de Sogoniko sont les moins équipés malgré le rôle de référence que joue le SSC de Sogoniko par rapport aux CSCOM.

Au cours de notre enquête, on a pu remarquer qu'il n'existait même pas de pince à agraffe à Sogoniko, pas de tensiomètre à l'aniasco, pas de mètre ruban pour mesurer les femmes enceintes.

à l'asacobafa.

IV-6- ORGANISATION DES CENTRES:

Il n'y a pas de remarque significative à faire au niveau de ces centres du point de vue de l'organisation sauf à Sogoniko où la présence d'une seule sage femme dans la salle d'accouchement pendant les heures de travail est insuffisante, vu le nombre élevé de sage femmes (inégalité de répartition entre salle d'accouchement et les autres postes).

V. CONCLUSIONS

L'objectif de notre étude était de comparer les performances des CSCOM de Bamako (fréquentation, coût, efficacité, qualité) à celles des centres de santé communaux dans le domaine de la SMI. Ce travail s'est réalisé en commune VI du district de Bamako compte tenu du nombre élevé de CSCOM au moment de notre enquête. Pour cela, une fiche technique a été élaborée et comportait 2 parties :

- une première partie qui traitait des caractéristiques socio-économiques et professionnelles des accouchées et de leurs époux.

- une seconde partie qui concernait la qualité des soins offerts par ces différents centres et permettait de les comparer.

Au terme de cette étude, les conclusions suivantes ont été tirées :

1- La fréquentation des centres:

1-1- Les Consultations prénatales:

A Sogoniko aussi bien que dans les CSCOM, 78% des accouchées ont fait au moins une visite prénatale. Cette CPN commence surtout au deuxième trimestre de la grossesse sauf à l'aniasco où plus de 50% (53%) des accouchées ont commencé leur CPN au troisième trimestre. Le nombre moyen de visites prénatales était de 3,72 à Sogoniko et de 3,42 dans les CSCOM.

1-2- Les accouchements:

* Du point de vue accouchement, on constate que le SSC de Sogoniko fait plus d'accouchement que chacun des CSCOM (9% à asacoma, 25% à asaconia, 10% à aniasco, 9% à asacobafa contre 47% au SSC de Sogoniko). Mais, en comparant le total des accouchements faits dans les CSCOM au total du SSC de Sogoniko, on constate que plus de la moitié des accouchements en commune VI se font dans les CSCOM (53% contre 47% au SSC de Sogoniko);

* Tous les CSCOM sont utilisés par les populations cibles :

- 95% de l'asaconia proviennent de Niamakoro,
- 100% de l'aniasco proviennent de Niamakoro,
- 93% de l'asacobafa proviennent de Banankabougou et Faladiè,
- mais ce n'est pas le cas à l'asacoma où, bien que les 95% des accouchées proviennent de Magnambougou, Sokorodji et Djanéguéla, on constate également que 67% des femmes venant de Magnambougou ont accouché au SSC de Sogoniko.

* 90% des femmes dans les CSCOM ont accouché en milieu médical contre 89% à Sogoniko.

1-3- Les visites postnatales:

Si les visites postnatales ne sont pas pratiquées dans les CSCOM, elles le sont faiblement à Sogoniko chez 30% des accouchées.

2- Qualité des soins:

Pour ce qui est de la qualité des soins, malgré l'existence de prestations encourageantes, un certain nombre d'insuffisance a été constaté:

2-1- Au niveau des consultations prénatales:

Le remplissage incomplet des carnets de CPN qui résulte surtout de la non pratique de certains gestes pourtant nécessaire à l'identification précoce des femmes à risque. Parmi eux, on peut citer:

- * Pas de mesure de la taille au SSC de Sogoniko et à l'asacobafa; pas de mesure de la TA à l'aniasco où il n'existe même pas de tensiomètre; pas de prise de poids, ni de recherche d'antécédents à Sogoniko.

- * Les gestes de conseils d'éducation sanitaire sont les moins pratiqués aussi bien dans les CSCOM qu'au SSC de Sogoniko.

- * Dans les CSCOM comme au SSC de Sogoniko, le régime sans sel demeure l'attitude systématique en cas d'œdème des membres inférieurs (OMI). Cette pratique devrait être interdite.

- * La chloroquinisation et la prise de fer sont moins pratiquées à l'aniasco et au SSC de Sogoniko.

- * Les demandes d'examen de laboratoire sont moins importantes à l'asacoma qui pourtant dispose d'un laboratoire d'analyses médicales en son sein. La toxoplasmose et la rubéole n'ont été demandées dans aucun centre, chez aucune femme.

2-2- Au niveau des accouchements:

L'analyse nous a conduit aux constats suivants:

- * L'accueil non satisfaisant aussi bien dans les CSCOM qu'au SSC de Sogoniko. Plus de 90% des accueils sont jugés médiocres ou mauvais.

- * L'utilisation systématique d'ocytocique et/ou d'antispasmodique chez toute femme en travail à Sogoniko 84%, à l'aniasco 71% et à l'asacobafa 81%. Elle est moins pratiquée à l'asacoma 21% et à l'asaconia (8%).

- * La pratique de certains gestes néfastes tels que l'expression et l'insuffisance de l'épisiotomie a été constatée.

* La non demande du carnet de CPN à l'arrivée a été observée au SSC de Sogoniko; dans les CSCOM, ces carnets sont surtout utilisés pour remplir les registres d'accouchement.

* Le manque de personnel dans les CSCOM obligeant souvent certains personnels à pratiquer certains gestes qui ne leur sont pas consignés : 56% des accouchements sont fait par les matrones dans les CSCOM.

* Les conditions d'hygiène sont très mauvaises à Sogoniko et à l'aniasco.

De telles pratiques doivent cesser car mettent la vie de la mère et de l'enfant en danger, voire même de l'accoucheuse qui aurait pu prendre les précautions par risque de transmission de certaines maladies infectieuses telle que le SIDA.

A Sogoniko où existe le personnel qualifié, on constate que seulement 41% des accouchements faits à Sogoniko assistés par une sage-femme et plus de 50% (52%) par les matrones et les aide-soignantes.

* Le manque de recyclage permanent du personnel des CSCOM et de Sogoniko.

2-3- Les consultations posnatales ne sont pas pratiquées dans les CSCOM et sont insuffisantes au SSC de Sogoniko (30%).

3 - En comparant les tarifs des différentes prestations, on constate que ce soient les CPN ou les accouchements, les tarifs sont plus élevés à Sogoniko que dans les CSCOM; et que parmi les CSCOM, l'aniasco est le centre le plus cher. Ceci étant lié à certaines pratiques contribuant à alourdir de façon inutile les coûts de ces différentes prestations.

Au terme de cette étude, on peut dire qu'en commune VI, les CSCOM ont beaucoup contribué à rapprocher les services de santé aux populations démunies, par conséquent à rendre le coût de santé mieux supportable par les dites populations. Ceci étant dit, il est aussi vrai que des efforts doivent être déployés dans le sens à améliorer la qualité des soins aussi bien au niveau du SSC de Sogoniko qu'au niveau des centres de santé communautaires (CSCOM).

VI. RECOMMENDATIONS

Au terme de notre étude, il nous paraît opportun de faire quelques recommandations pour améliorer les qualités des services de Santé Maternelle et Infantile au sein des CSCOM et du SSC de Sogoniko.

VI-1- Recommandations à court terme:

VI-1-1- Pour le personnel:

Modifier certains comportements inadéquats tels que:

- Supprimer les prescriptions systématiques:
 - . d'ocytocique et/ou d'antispasmodique chez toute femme en travail à Sogoniko, aniasco, asacobafa et asacoma,
 - . du régime sans sel devant toute albuminurie de la grossesse à Sogoniko et à asaconia,
 - . d'antiseptiques et d'antifongiques au cours des CPN,
- Supprimer certaines pratiques comme:
 - . l'expression au cours de l'accouchement,
 - . la prescription de certains médicaments inutiles,
 - . la libération précoce des accouchées.
- Recommander certaines attitudes comme:
 - . la demande systématique de bilan de grossesse chez toute femme venue en cpn,
 - . la vaccination anti-tétanique, la vérification de l'état du col utérin et la mesure de la taille des femmes venant en CPN à l'asacobafa,
 - . le contrôle de l'albumine à l'asaconia,
 - . la recherche d'anémie et d'OMI ainsi que la vérification de l'état du col à l'asacoma,
 - . la prise de la tension artérielle à l'aniasco,
 - . introduire le test HIV dans le bilan de grossesse,
 - . la prescription systématique de fer et de chloroquine chez toute femme venue en CPN,
 - . la demande systématique par l'accoucheuse du carnet de CPN à toute femme en travail dès son arrivée,
 - . la pratique de l'épisiotomie chez toute femme excisée en particulier les primipares,
 - . mettre des partogrammes à la disposition des accoucheuses dans les CSCOM, et leur remplissage correct au SSC de Sogoniko.
 - . un accent particulier doit être mis sur l'hygiène en général et sur le port des gants stériles et le lavage des mains avant l'accouchement à l'ANIASCO et au SSC de Sogoniko.
- utiliser le séjour de la femme après son accouchement pour l'informer sur :
 - . l'importance des visites postnatales,
 - . l'intérêt du pf et les modalités qui permettent d'en bénéficier,
 - . les soins à donner à l'enfant, en particulier l'importance des

vaccinations et des visites systématiques des enfants sains.

VI-1-2- Pour les autorités :

- Permettre la formation permanente du personnel sanitaire. Elle doit surtout concerner les sages femmes et les matrones qui font la majorité des accouchements et doit porter sur des problèmes organisationnels ou la communication.

- Augmenter le nombre de sages femmes dans les CSCOM.

- Ouvrir un guichet à Sogoniko, où les bénéficiaires pourront acquérir leurs tickets de consultation et les carnets ou des cartes afin d'empêcher le personnel médical de manipuler l'argent à leur gré surtout au niveau de la salle d'accouchement.

VI-1-3- Donner à l'IEC la place qui lui revient :

* intensifier la sensibilisation et l'information dans les quartiers pour augmenter le nombre d'adhérent,

* utiliser le matériel éducatif pour illustrer les séances d'IEC,

V-2- Recommandations à moyen terme: Pour les autorités :

- Compléter l'équipement au niveau des salles d'accouchement pour l'amélioration de la qualité du travail :

* A sogoniko :

. Une trousse d'accouchement contenant à tout moment au moins des gants stériles, deux paires de ciseaux, une pince à pansements pour le nettoyage des femmes, une pince à agraffes et des agraffes, des aiguilles et du fil à suture, une sonde vésicale, un stéthoscope obstétrical.

. Un appareillage de désobstruction des voies aériennes supérieures et du nez du nouveau-né.

. Un obus d'oxygène et l'équipement nécessaire pour en faire bénéficier un nouveau-né.

* Dans les CSCOM :

- . aniasco : un tensiomètre,
- . asacoma : une pince à agraffes

- Installation d'une pompe d'eau à l'asaconia et à l'aniasco
- Création d'un laboratoire d'analyses médicales à l'aniasco et à l'asacobafa,
- mettre en place un forage à l'aniasco,
- reorganiser le système d'ambulance afin de faciliter les évacuations sur les centres de référence,

- introduire l'emploi de méthodes audiovisuelles pour contribuer à la sensibilisation et à l'information des femmes qui viennent en consultation. Elles permettent de montrer l'importance des visites pré et postnatales, du pf, de l'accouchement assisté, du suivi des enfants.

- Ouverture d'un bloc opératoire au sein du SSC de Sogoniko pour permettre d'augmenter son niveau de performance afin de pouvoir faire des interventions d'urgence comme les césariennes sur place et diminuer la distance à parcourir par les évacuées émanant des CSCOM.

BIBLIOGRAPHIE

1. **AG.IKNANE.A., SANGHO H., DIAWARA A., TRAORE D.E., MAIGA M.F., THERA M.A :** "Evaluation des centres de santé communautaire mis en place depuis 1989 : Le cas des cscom du district de Bamako", document polycopié, ENMP, Bamako, Février 1995, 32p.
2. **BALIQUE H :** " La politique de Santé du Mali., Analyse et Orientations", document polycopié, Bamako, Juillet 1992, 26p.
3. **Brunet Jaily (J)., Diakité B.D., Dicko M., Touré B.G :** " Etude sur le Secteur Privé Pharmaceutique au Mali", publication de l'INRSP, Bamako, Juin 1994, 56p.
4. **CERPOD :** " EDS Mali ", Mali, 1989, 187p.
5. **CERPOD :** " Déclaration de la Politique Nationale de Population du Mali", Bamako, Mai 1991, 47p.
6. **CPS :** " Données à partir du fichier de l'inspection de la santé publique et de l'action sociale ", Bamako, Mai 1996, 1 p.
7. **CPS :** " CSCOM et CSA révisés fonctionnels par région et par cercle ", document UNICEF, Bamako, Avril 1996, 2 p.
8. **DIARRA T., DJAN DIAKITE B., TRAORE S., PAIRAULT CI :** " Les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier Banconi ", MS-AS-INRSP Mali, Novembre 1990, 151p.
9. **DNSI :** " Diagnostic du District de Bamako", document polycopié, Bamako, 1987, 25p.
10. **DNSI :** " Comptes économiques du Mali ", Bamako, Decembre 1994 37 p.
11. **DNSI :** " Recensement Général de la Population et de l'Habitat au Mali", Tome 4, BCR, Bamako, Juin 1991, 96p.
12. **DNSI :** " Perspectives de la population par cercle/Arrondissement, 1993-1997 ", Mai 1993
13. **DNSI :** " Principaux résultats d'analyse", Bamako, juillet 1991, 43 p.
14. **DRSS.PA :** " Plan de développement socio-sanitaire de la commune VI 1993-1997 ", Bamako, 64p.
15. **DRSS-PA :** " Service Socio-Sanitaire de la commune VI. Rapport d'activités 1993, p.32

16. **DSFC** : " Rapport d'analyse des données statistiques de SMI/PF année 1993 ", Bamako, Octobre 1995
17. **ETARD.J.F** : " Etude de la mortalité maternelle dans le quartier de Banconi à Bamako " INRSP Bamako, Mai 1995, 31 p.
18. **FOFANA A** : " Etude des facteurs influençant la participation des femmes enceintes aux consultations prénatales à Kolondiéba, Thèse méd, Bamako, 1993, 130p, N°40
19. **FOURNIER P., POTVIN C., GOUDREAU M** :
" La mesure de la participation communautaire dans les programmes de santé ", Juillet 1992, 35p
20. **GUITTEYE A.M., COULIBALY.S** : " Rapport d'évaluation sur les centres de santé communautaire du District de Bamako ", Cellule de planification et de statistique, Bamako, Juin 1993, 61p.
21. **HADDAD S., FERNIER P.** :
" Une vision globale de l'utilisation des services de santé dans les pays en développement est-elle possible ? ", Juillet 1992, 51p.
22. **INRSP: BONDA O., PINEAULT M.** :
" La participation des citoyens aux C.A d'établissements de Santé ", Département d'administration de la Santé, Université de Montréal, Décembre 1992, 16p.
23. **KASSAMBARA M.** :
" Evaluation d'un Centre de Santé Maternelle et Infantile en milieu urbain appliquée à la commune VI du District de Bamako ", Thèse Méd, Bamako, 1990, N°15, 179p.
24. **KODIO.B, ETARD J.F** : " Estimation de la mortalité infantile dans le quartier de Banconi à Bamako, Mali, 1989-1993 ", INRSP, MAI 1995, 32 p.
25. **LE JEAN yannick** :
" Les Centres de Santé Communautaires du District de Bamako : Dynamique, Situation et Perspectives " document photocopié, Bamako, Janvier 1993, 20p.
26. **MARIKO O.** :
" La Santé Communautaire au Mali. Le cas de l'ASACOBAMA, Thèse Méd, Bamako, 1993, p.159.
27. **MS.S.PA**, Arrêté Inter-ministériel N° 5092/MSS-PA-MATS-MF :
fixant "les conditions de création des CSCOM et les modalités de gestion des Services Socio-sanitaires de cercle, de commune, des CSCOM", document photocopié, Bamako, 21 Aril 1994, 6p.

28. **MS.S.PA** : " Evolution des dotations budgetaires du MS.S.PA de 1992-1996 ", Bamako, 1996, 3 p.
29. **MS.S.PA** :
" Rapport de supervision des CSCOM de Sébénikoro et Niamakoro ", Bamako, Mai 1994, 24p.
30. **MS.S.PA** : " Programme de développement des ressources humaines, Situation du personnel médico-social par niveau ", Bamako, Janvier 1996, 12 p.
31. **MSP-AS** :
" Déclaration de Politique Sectorielle de Santé et de Population ", Bamako, Decembre 1990, 90p.
32. **MSP-AS** :
" Programme National de Santé Maternelle et Infantile, Plan quinquenal 1988-1990 ", DNSP-AS, DSF, Bamako 1988.
33. **MS.AS.PF** :
" Rapport final sur les Centres de Santé Communautaire " Octobre 1991 , 9p.
34. **MSS.PA** :
" Deuxième Projet Santé, Population, Hydraulique Rurale., Guide d'exécution du projet pour les communes du District de Bamako ", Cellule de Coordination du Projet, Bamako, Août 1991, 51p.
35. **O.M.S.** :
" D'ALMA-ATA à l'an 2000, Reflexion à la mi-parcours, GENEVE 1990, 174 p.
36. **OUATTARA O.** :
" Bilan de la deuxième année d'activités 1993 du Centre de Santé Communautaire de Niamakoro ", ASACONIA, Bamako, 26 p.
37. **PNLS** :
" Rapport O.M.S de surveillance des cas de SIDA au Mali ", Bamako, Janvier 1996, 3 p.
38. **SANGHO H.** :
" Etude manographique du CSCOM de l'ASACOBFAFA, Bamako, Février 1995, 55 p.
39. **SANTE COMMUNAUTAIRE** : " Concepts, actions, formations(La) ", Paris , C.I.E., 1990., 262 p, couv en coul, 25 cm
40. **SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT** :
" Nouvelles approches(La) ", Paris, C.I.E., 1990, T1, 192 p, 30 cm

41. **SISSOKO A. (WAGUE) :**
" Etude des mortalités périnatale et infanto-juvénile dans le quartier de Banconi : A propos du suivi longitudinal de 1000 grossesses, Thèse Méd, Bamako, 1990, N°12, 115 p.
42. **THERA M.A.** " Rapport sur l'ANIASCO, CES Santé Publique, Module Economie de la Santé", document photocopie, ENMP, Bamako, 1994, 11p.
43. **TOURE A. :**
" Le Centre de Santé de la Mutec., Evaluation au terme de sa première année d'activité ", Thèse Méd, Bamako, 1991, N°15, 165 p, 29 cm.
44. **UNGER J.P., LAMBOURAY J.L. :**
" Le Centre de Santé dans les systèmes sanitaires africains: Rôle et organisation ", Février 1990, 115 p.
45. **UNICEF :** " Programme Sectoriel de Santé ", Version finale, Novembre 1995, 117 p.
46. **UNICEF :** " La Situation des enfants dans le monde, 1996, 80 p.
47. **VAN DORMAEL M. :**
" Services de Santé du premier échelon : participation ", 1993, 5 p.
48. **ZOUNGRANA C.M. :**
" Determinants socio-économiques de l'utilisation des services de Santé Maternelle et Infantile à Bamako (Mali) ", Septembre 1994.

ANNEXES

ANNEXE 1 :

QUESTIONNAIRE

N° d'ordre:

FORMATION SANITAIRE :

Date :

I. RECRUTEMENT :

1. MERE :

Nom : Prenoms: Quartier:

Ethnie: Religion: Adhésion:

Age:
 <= 16 ans : 1 > 35 ans: 2 17-35 ans: 3

Statut matrimonial:
 célibataire:1 polygame:4
 veuve: 2 monogame:5
 divorcée: 3

Profession:
 ménagère: 1 fonctionnaire: 3
 commerçante:2 sans profession:0

Niveau d'étude:
 Analphabète:1 secondaire:4
 coranique: 2 supérieur: 5
 primaire: 3

Parité:

Gestation:

2. Père:

Nom: Quartier:

Prenoms: Religion:

Age: Statut matrimonial:

Profession: Niveau d'étude:

CONSULTATION PRENATALE:

I) LA RECHERCHE DE GROUPE À RISQUE:

1°) ANTECEDENTS:

- Médicaux:..... _/_/
 - . connus:.....1
 - . n'existent pas.....2
 - si existe, les indiquer en clair:.....
 -
- Gynécologiques:..... _/_/
 - . connus:.....1
 - . n'existent pas..2
 - si existe, les indiquer en clair:.....
 -
- Obstétricaux:..... _/_/
 - . césarienne:.....
 - . Mort-nés.....
 - . Avortement:.....
 - . Primipare âgée(35 ans et plus).....
 - . Grande multipare(plus de 5).....
 - . Bassin visiblement anormal(boiterie...)....
 - . Petite Taille(< 150 cm).....
 - . Grossesse précoce(<=16 ans).....

II)

SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE :

1) AGE DE LA GROSSESSE A LA PREMIERE VISITE PRENATALE :

- Pas de visite prénatale:.....0
- 3ème trimestre =1
- 2ème trimestre =2
- 1er trimestre =3

2) NOMBRE TOTAL DE CONSULTATION EFFECTUEE AU COURS DE LA

GROSSESSE :

- Pas de CPN = 0
- 1 consultation = 1
- 8 consultation = 8
- > 8 consultation = 9

3) Qui a effectué la surveillance?

- Une accoucheuse traditionnelles =...1
- Une matrone.....2
- Une sage femme.....3
- Un généraliste.....4
- Diverses personnalités(de 5 à 9)

5) Où la femme est elle allée consulter?.....___/

- Dans un autre centre.....1
- Chez un spécialiste.....2
- Lieu d'accouchement.....3

Si (1) pourquoi?.....

6) Gestes effectués au cours de la CNP :.....___/

- Contrôle albuminurie (si non=0, si oui 1)
- contrôle tension artérielle
- Recherche d'anémie
- Recherche d'O.M.I.
- Recherche de mouvement foetaux
- Recherche B.D.C foetal
- Mesure H.U.
- Vérification état du col
 - . Examen au speculum
 - . T.V
- V.A.T.
- Pesée
- Taille
- Conseils d'E.S.
- Position foetale

7) Examens de laboratoires:.....___/

- B.W. (si non=0, oui=1)
- T.E.
- GS-RH.
- Toxoplasmose
- Rubéole
- Echographie
- Autres

8) Traitement reçu (si non=0, oui=1)..... _/_/

- Chloroquisation
- Autres traitements reçus :

Pourquoi

9) Coût du traitement

ACCOUCHEMENT

1) Lieu : _/_/

- Domicile 1
- Centre de santé 2

2) Mode d'arrivée : _/_/

- Dilatation incomplète 2
- dilatation complète 1

3) Accueil..... _/_/

4) Type de personnel :

- A.T..... 1
- Matrone.....
- Sage femme.....
- Médecin..... 4
- Autres..... 5

5) Geste effectués.....___/

- Vérification de la présentation (oui=1, non=0)
- Suivi des bruits du coeur
- Suivi de la dilatation du col
- Mesure de la hauteur utérine
- Prise de la tension artérielle

6) Recherche du terme

7) Recherche d'antécédent

8) Début de l'accouchement

- Naturel.....3
- Provoqué par drogues...2
- Nom:
- Evacuation avant travail=1
- Expression Oui ou Non

9) Présentation

- Sommet = 4
- Siège = 2
- Transverse = 1
- Autres = 0

10) Méthodes Instrumentales. (Oui = 0 & Non = 1).....___/

b. Forceps.....3

c. Ventouse.....2

d. Césarienne...1

e. Autres.....2

si b, c, d, e, pourquoi? et où .

.....
.....___/

11) Complications : (Oui = 0 & Non = 1)/_____/

- Rupture utérine
- ERP
- Toxémie gravidique
- Hémorragie de la délivrance
- Autres.

12) Thérapeutique au cours du travail/_____/

Non = 2

Oui = 1

Si oui, les indiquer

13) Durée du travail

14) Périnée R.A.S. = 4

Déchirure spontanée = 3

Episiotomie : - excisée = 1

- non excisée = 2

15) Durée d'hospitalisation :/_____/

- Transfert dans un autre centre :/_____/

Oui = 1

Non = 2

Si Oui, Pourquoi ?

HYGIENE : /

- Toilette de l'accouchée : (oui = 1, Non = 0)
- Présence de coton
- Présence d'alcool
- Stérilisation du matériel après usage
- Destruction du matériel usé
- Lavages des mains de l'accoucheur avant l'accouchement
- Port de gants stériles
- Nettoyages des tables entre 2 accouchements
- Absence de poussières

ETAT DU NOUVEAU-NE

- Sexe
- Poids
- Taille
- Périmètre crânien
- Recherche d'Apgar

- Diagnostic porté à la naissance /

Mort-née = 0

Vivant = 2

Normal = 3

Pathologie 1 = si oui indiquer :

- Thérapeutique : /

Décès ultérieur avant les 7 premiers jours /

avant le 2ème jour.

VISITE POST-NATALE:

- Motifs de la consultation:.....___/
- visite systématique
- Consultation pour symptômes:
- à indiquer:.....
-
- Gestes effectués:.....___/
- Examens des seins.....
- Recherche d'anémie.....
- Recherche de maux de ventre.....
- Examen du col.....

OBSERVATIONS:

ANNEXE 2 : MATERIELLS ET MOBILIERS DES DIFFERENTS CENTRES

MATERIELS ET MOBILIERS	CENTRES DE SANTE				
	ASACOMA	ASACONIA	ANIASCO	ASACOBAF A	SSC SOGONI KO
Boite d'accouchement	1	1	1	1	1
Boite à gants	1	1	0	1	1
Table d'accouchement	1	2	1	2	2
Bassine	1	1	1	1	2
Seau hygiénique	1	1	1	1	1
Pèse bébé	1	1	0	1	1
Appareil à tension	1	1	0	1	1
Plateau à instruments	1	1	1	1	1
Sthétoscope obstétrical	1	1	1	1	1
Poire	1	1	1	1	2
Lits	6	4	3	4	15
Berceaux	0	4	0	2	-
Lampe	1	2	1	2	1
Table gynécologique	1	1	1	1	2
Spéculum	3	4	2	4	-
Table roulant à instruments	1	1	0	1	1
Toise	1	1	1	1	1
Tambour	1	1	1	1	1
Pinces	1	2	1	2	1
Ciseaux	1	2	1	1	1
Pied à perfusion	1	1	0	1	1

ANNEXES 3 : STATUTS ET REGLEMENT INTERIEUR DES ASACO

I- STATUTS:

I-1- Points communs aux ASACO:

TITRE I: DE LA CREATION

Article 1:

En vue de contribuer à la protection et à l'amélioration de leur état de santé, les populations des quartiers de Magnambougou, Sokorodji, Djanéguéla pour l'ASACOMA; Banakabougou, Faladiè pour l'ASACOBABA et NIAMAKORO pour l'ASACONIA et l'ANIASCO, ont créé conformément aux dispositions de l'ordonnance N° 49/PG-Rs du 28 mars 1959, une Association dénommée **Association de Santé Communautaire (ASACO)**.

L'ASACO est une association apolitique à but non lucratif possédant la personnalité juridique. Sa durée est illimitée et son siège est à Bamako en République du Mali.

TITRE II: DES BUTS

Articles 2:

L'ASACO a pour buts:

- de faciliter l'accès des populations aux soins essentiels d'ordre curatif, préventif et promotionnel;
- de susciter la participation active et responsable des populations à la gestion des soins de santé;
- de contribuer à la mise en oeuvre de la politique nationale de santé dans ses composantes curatives, préventives et promotionnelles conformément aux directives du Ministère de la Santé Publique de la Solidarité et des Personnes Agées (MSP/S/PA)

TITRE III: DES OBJECTIFS ET DES MODALITES D'ACTION

Article 3:

L'ASACO réalise ses activités en liaison étroite avec les services techniques du MSP/S/PA.

L'ASACO a pour objectifs:

- de créer et d'assurer le fonctionnement d'un centre de santé communautaire destiné à offrir des prestations de services à l'ensemble des populations résidant dans la zone géographique des quartiers concernés;
- d'assurer la gestion de ce centre afin de garantir l'équilibre de ses comptes, son bon fonctionnement et la bonne qualité de ses services.

L'ASACO intervient plus particulièrement avec l'accord des autorités administratives et techniques de la commune VI, en l'occurrence celles du MSP/S/PA.

Elle collabore avec tout organisme ou association qui intervient dans sa zone géographique ou dans la commune VI sur des objectifs communs.

TITRE IV: DES MEMBRES

Articles 4:

L'ASACO se compose de:

- membres d'honneur;
- membres bienfaiteurs;
- membres actifs.

Est membre d'honneur de l'ASACO toute personne qui aura rendu des services exceptionnels à l'association.

Est membre bienfaiteur, toute personne physique ou morale qui apporte son soutien à l'association.

Est membre actif, toute personne qui adhère aux présents statuts, s'acquie régulièrement de ses cotisations et participe aux activités de l'association.

Article 5:

La qualité de membre de l'ASACO se perd:

- en fin d'année, par non renouvellement de la carte d'adhésion;
- en cours d'année par démission ou exclusion.

Toute exclusion est d'abord temporaire et ne devient définitive qu'après confirmation par l'Assemblée générale, sur proposition du Bureau Exécutif après audition du membre incriminé.

TITRE V: DES ORGANES

A- L'ASSEMBLEE GENERALE

Article 6:

L'Assemblée générale est l'organe suprême de l'Association.

Elle définit la politique générale de l'Association.

Elle est convoquée en session ordinaire une fois par an par son Bureau Exécutif. Elle peut se réunir en session extraordinaire sur convocation de son Bureau Exécutif ou à la demande des 2/3 de ses membres actifs.

Article 7:

L'Assemblée générale:

- adopte son ordre du jour sur proposition du Bureau Exécutif;
- approuve le rapport moral et financier du Bureau Exécutif;
- approuve le programme annuel d'activités;
- vote le budget annuel présenté par Bureau Exécutif;
- fixe le montant des cotisations et de la tarification des prestations produites par l'Association;
- fait toute proposition concernant l'organisation, la gestion et le développement des activités de l'Association et, charge le Bureau Exécutif de missions diverses;
- décide des modifications des statuts dans les conditions prévues par l'article 22;
- élit les membres du Bureau Exécutif;
- prononce les sanctions.

Articles 8:

L'Assemblée générale doit pour délibérer valablement, réunir au

moins la moitié de ses membres.

Sauf pour les modifications des statuts, les décisions sont prises à la majorité simple des membres présents. Chaque membre dispose d'une voix.

Au cas où le quorum ne serait pas atteint après deux convocations consécutives, l'Assemblée générale pourra délibérer valablement quel que soit le nombre de membres présents.

B- LE BUREAU EXECUTIF:

Article 9:

Le Bureau Exécutif comprend des membres élus, des membres de droit et des membres nommés.

Sont élus par l'Assemblée générale pour trois ans renouvelables:

- un président;
- un vice-président;
- un secrétaire administratif;
- deux secrétaires à l'organisation;
- un trésorier général;
- un trésorier générale adjoint;
- deux commissaires aux comptes;

Sont membres de droit avec voix consultative:

- le Maire de la commune VI;
- le Médecin chef de la commune VI.

Sont membres nommés avec voix consultative:

- deux à quatre représentants de chaque quartier concerné;
- toutes autres personnes invitées par le bureau pour l'éclairer au sujet d'une préoccupation qui est la sienne.

Article 10:

Le Bureau Exécutif exerce les pouvoirs nécessaires au bon fonctionnement de l'Association dans le cadre de la politique définie par l'Assemblée générale.

Il convoque l'assemblée générale et arrête l'ordre du jour de ses travaux.

Il élabore le projet de budget et le programme d'activités de l'Association.

Il crée toute commission qu'il juge nécessaire à la réalisation des objectifs de l'Association.

Il se réunit au moins une fois par trimestre et peut tenir des sessions extraordinaires sur convocation de son président ou à la demande de la majorité simple de ses membres.

TITRE VI: DES RESSOURCES

Article 19 pour les autres centres et 11 pour l'ASACONIA:

Les ressources de l'Association proviennent:

- de ses recettes propres qui résultent de la tarification;
- des cotisations des membres;
- des subventions des pouvoirs publics, des oeuvres de bienfaisance, d'organismes nationaux ou internationaux;
- des dons et legs.

Article 20 pour les autres centres et 12 pour l'ASACONIA:

L'exercice financier commence le premier janvier et se termine le 31 décembre de chaque année.

Article 21 pour les autres et 13 pour l'ASACONIA:

Le Bureau Exécutif met à la disposition du médecin directeur du centre de santé communautaire de l'Association, le budget de fonctionnement courant du centre. Le médecin directeur est l'ordonnateur de ce budget à l'exclusion des salaires.

TITRE VII: DES MODIFICATIONS DES STATUTS, DE LA DISSOLUTION

Article 22 pour les autres centres et 18 pour l'ASACONIA:

Toute proposition de modification des statuts de l'association doit être modifiée par écrit au Bureau Exécutif au moins trois mois avant une assemblée générale. Le Bureau Exécutif est tenu d'en informer les membres de l'Assemblée au moins trente jours francs avant la tenue de l'Assemblée Générale.

Les propositions de modification des statuts sont adoptées par l'Assemblée Générale à la majorité des 2/3 des membres.

Article 23 pour les autres centres et 19 pour l'ASACONIA:

La dissolution de l'Association ne peut intervenir que par décision de l'Assemblée Générale à la majorité des 2/3 des membres. Dans ce cas, l'Assemblée Générale détermine la dévolution des biens disponibles.

I-2- Les particularités:

I-2-1- Les statuts concernant tous les centres sauf l'ASACONIA:

Article 11:

Le président est le représentant légal de l'Association.

Il préside les assemblées générales et les réunions du Bureau Exécutif.

Il veille à l'exécution des décisions arrêtées par l'Assemblée générale et le Bureau Exécutif.

Il assure la marche quotidienne de l'Association.

Il prend tout contact nécessaire à la promotion de l'Association et à la conduite de ses activités.

Il est l'ordonnateur du budget.

Il signe les conventions et accords conclus par l'Association.

Article 12:

Le vice président seconde le président et le remplace en cas d'absence ou d'empêchement.

Article 13:

Le secrétaire administratif tient le secrétariat du Bureau Exécutif et de l'Assemblée générale.

Il est le secrétaire de toutes les commissions.

Il est le responsables des archives.

Articles 14:

Les serétaires à l'organisation sont chargés de l'organisation

matérielle de toutes les réunions du Bureau Exécutif et de celles des Assemblées générales.

Articles 15:

Le trésorier général est le responsable des fonds.
Il veille à l'acquisition des biens mobiliers et immobiliers de l'Association.
Il procède à l'ouverture des comptes bancaires ou postaux au nom de l'Association, afin d'y déposer toutes sommes qui lui sont remises.
Il tient les registres comptables, prépare l'avant projet de budget et élabore le projet de rapport financier.
Il prend toutes les dispositions en vue du placement des cartes de membres et du paiement des cotisations.

Article 16:

Le trésorier général adjoint seconde le trésorier général et le remplace en cas d'absence ou d'empêchement.

Article 17:

Les commissaires aux comptes sont chargés de la vérification des comptes de l'Association et en font rapport à l'Assemblée générale.

Article 18:

Les représentants des quartiers sont chargés de la sensibilisation et de la mobilisation des populations autour de l'association.

I-2-2- Les statuts propres à l'ASACONIA:

TITRE VII: DE LA DEMISSION OU D'EMPECHEMENT DEFINITIF

Article 14:

L'Association reconnaît à tout membre élu, la faculté de présenter sa démission de son poste de responsabilité.
La demande écrite de démission présentée par un membre, est adressée au Bureau Exécutif.
Ce dernier provoquera une assemblée Générale qui en décidera.

Article 15:

L'Association reconnaît au Bureau Exécutif élu, la faculté de présenter sa démission collective après décision prise à la majorité des 2/3 des membres.
La lettre de démission et le procès verbal sont adressés à l'Assemblée Générale qui en décidera.

TITRE VIII: DE LA DISCIPLINE

Article 16:

Le respect de la discipline au sein de l'Association est devoir pour tous.

Tout acte d'indiscipline caractérisée, tout propos de nature à discréditer l'Association entraîne des sanctions proposées par le Bureau Exécutif et décidées par l'Assemblée Générale.

La sanction maximale prononcée par le bureau est:

L'AVERTISSEMENT- LE BLAME- LA SUSPENSION- ou L'EXCLUSION.

TITRE IX: DES PRESTATIONS

Article 17:

Le taux de prestation pour chaque adhérent est fixé à:

-1) 750 F CFA représentant le prix de la carte de membre et valable pour une année, renouvelable et pour un carnet de famille.

-2) 300 F CFA représentant le ticket de consultation pour les adhérents.

-3) 600 F CFA représentant le ticket de consultation pour les non adhérents.

N.B: Ce ticket de consultation est valable, pour une semaine, renouvelable (y compris les soins).

II- LE REGLEMENT INTERIEUR:

II-1- Les points communs à tous les CSCOM:

TITRE I: DES DISPOSITIONS GENERALES

Article 1:

Le présent règlement intérieur permet:

- de compléter et préciser de façon plus détaillée certaines dispositions des statuts de l'ASACO;
- de décrire les modalités de fonctionnement et de gestion du Centre de Santé Communautaire (CSCOM).

Article 2:

Le budget de l'Association est voté par l'Assemblée générale sur proposition du Bureau Exécutif.

Le Président de l'Association en est l'ordonnateur. Cependant l'ensemble du budget de fonctionnement à l'exception des salaires, est délégué à la seule signature du médecin directeur du CSCOM.

Le Trésorier général de l'Association est le comptable.

Article 3:

L'exclusion de l'Association est prononcée par l'Assemblée Générale pour toute faute mettant en péril le devenir de l'Association.

Sont notamment susceptibles de mettre en péril le devenir de l'Association:

- tout acte médical illégal effectué dans le cadre des activités du CSCOM;
- toute malhonnêteté (détournement, pot de vin, manipulation de trésorerie,...) dans la gestion des fonds de l'Association ou dans l'utilisation du système de recouvrement de ses fonds;
- tout acte de violence dans l'enceinte ou à proximité des locaux de l'Association.

Le Bureau Exécutif a la possibilité de prononcer à deux reprises un avertissement, le troisième entraînant immédiatement la procédure d'exclusion.

TITRE II: DU CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE MAGNAMBOUGOU (CSCOM)

Article 4:

Le CSCOM est la création essentielle de l'ASACO.

C'est à travers lui que l'Association assure l'essentiel de ses activités.

Article 5:

Le CSCOM est une formation sanitaire dont le rayon d'action porte sur l'ensemble de la zone géographique des quartiers concernés. Comprend:

Comprend:

un local, qui dans un premier temps fera l'objet d'une location;
un personnel qui est engagé sous contrat par l'Association.

Article 6:

Dans un premier temps, le CSCOM effectue des consultations quotidiennes de médecine générale destinées à l'ensemble des résidents de l'aire de santé.

Il assurera également:

-des soins infirmiers, qu'il s'agisse d'injections ou de pansements;

-le dépistage et le traitement des lépreux et des tuberculeux.

Dans un deuxième temps, si les services techniques du Ministère de la Santé Publique de la Solidarité et des Personnes Agées (MSP/S/PA) en sont d'accord, il pourra être envisagé de lui adjoindre la conduite d'accouchements normaux:

- des consultations systématiques entrant dans le cadre des actions de Santé Maternelle et Infantile/Planification Familiale (Visites prénatales, post natales, visites des enfants d'âge préscolaire, consultations de planification familiale);

- la couverture vaccinale des femmes enceintes et des enfants contre les maladies du Programme Elargi de Vaccination du Mali;

- la conduite d'activités d'éducation sanitaire (éducation nutritionnelle, amélioration de l'hygiène individuelle et collective).

Article 7:

La direction du CSCOM est confiée à son médecin directeur.

Il lui appartient de veiller à ce que le Centre remplisse ses objectifs, conformément aux décisions du Bureau Exécutif ou à l'Assemblée Générale de l'Association.

Il assiste à titre consultatif à toutes les réunions du Bureau Exécutif, à l'exception de celles statuant sur des problèmes lui concernant.

En cas de conflit avec le Bureau Exécutif et en l'absence de tout consensus, le problème sera soumis à une commission de sages de trois membres qui sera nommée d'un commun accord entre les deux parties.

En l'absence d'accord, une réunion exceptionnelle de l'Assemblée Générale sera invitée à prendre une décision.

Article 8:

Le centre fonctionnera comme une structure ayant une gestion autonome et cherchant à s'autofinancer.

Ses ressources proviendront:

- de ses recettes propres qui seront issues:

. de la vente des tickets dont le prix de vente et la durée de validité auront été fixés annuellement par l'Assemblée Générale;

. de l'allocations contractuelles qui pourront être versées au centre en échange de la production de certains services, incombant normalement au budget de l'Etat ou pris en charge par des organismes ou institutions spécialisées;

- des cotisations de ses membres;

- des subventions;

- des dons et legs.

Le caissier du centre aura été désigné parmi les volontaires par le Bureau Exécutif de l'Association.

Il assurera la vente des tickets, conformément aux décisions de l'Assemblée Générale, déposera les sommes recueillies sur le compte bancaire de l'Association et remettra au trésorier général les reçus. En aucun moment le caissier ne devra détenir une somme liquide supérieure à vingt mille francs CFA.

Toutes les autres ressources seront également versées sur le compte bancaire.

L'ordonnancement des dépenses sera faite conformément au budget de l'Association à l'exception des dépenses de fonctionnement courantes qui seront déléguées au médecin directeur du centre. L'ensemble des ressources et des dépenses de l'Association seront l'objet d'un enregistrement comptable par le trésorier général de l'Association.

Les chèques devant permettre les sorties de fonds ou le paiement de factures devront porter la double signature du Président de l'Association et de l'un des trésoriers, ou du vice Président et de l'un des trésoriers.

Les commissaires aux comptes pourront voir à tout moment à la totalité des documents comptables de l'Association.

Article 9:

Peuvent bénéficier des prestations du CSCOM toutes les personnes qui s'y rendent pour solliciter ses services.

Elles doivent pour cela s'acquitter d'une contribution financière concrétisée par l'achat d'un ticket dont le montant est défini chaque année par l'Assemblée Générale sur proposition du Bureau Exécutif.

Cependant toute personne habitant l'aire de santé et disposant d'une carte de membre de l'association valide pour l'année en cours bénéficiera ainsi que ses ayant-droits d'un tarif préférentiel, également défini par l'Assemblée Générale.

Sont considérés comme ayant-droits:

- le ou les conjoints du titulaire de la carte;
- ses père et mère légitimes;
- ses enfants légitimes.

Le nom de chaque ayant-droit doit être inscrit sur la carte de membre de l'ASACO.

II-2- Particularités de l'ASACONIA:

Article 2:

Pour être membre de l'ASACONIA, il faut:

- habiter le quartier de Niamakoro
- accepter le programme de l'Association, ses statuts et son règlement intérieur
- posséder la carte de membre

Article 3: Procès verbaux et réunions:

Les réunions ou Assemblées Générales font l'objet de procès verbaux établis par le Bureau Exécutif. Ils sont gardés dans les archives.

TITRE III: ATTRIBUTIONS DES MEMBRES DU BUREAU EXECUTIF

Article 12: Le Président:

- Il est le représentant légal de l'Association.
- Il préside les Assemblées Générales et les réunions du Bureau Exécutif.
- Il veille à l'exécution des décisions arrêtées par l'Assemblées Générale et le Bureau Exécutif.

Il assure la marche quotidienne de l'Association.

- Il prend tout contact nécessaire à la promotion de l'Association et à la conduite de ses activités.

Il est l'ordonnateur du budget.

Il signe les accords et conventions conclus par l'Association.

Article 13: Le vice-Président:

Il seconde le Président et le remplace en cas d'empêchement.

Article 14: Le Secrétaire Administratif:

- Il tient le secrétariat du Bureau Exécutif et de l'Association.
- Il est le Secrétaire de toutes les commissions.
- Il a la responsabilité des archives.

Article 15: Le Trésorier Général:

- Il est le responsable des fonds.
- Il veille à l'Association, à l'acquisition des biens mobiliers et immobiliers.
- Il procède à l'ouverture de tout compte bancaire ou postal au nom de l'Association, afin d'y déposer toutes sommes à lui remises.
- Il tient une comptabilité analytique.
- Il prend toutes les dispositions en vue du placement des cartes de membre et du paiement des cotisations.

Article 16: Le Trésorier Général-Adjoint:

Il seconde le Trésorier Général et le remplace en cas d'empêchement.

Article 17: Les Commissaires aux Comptes:

Ils sont chargés de la vérification des comptes de l'Association et en font rapport à l'Association.

Article 18: Le Commissaire aux conflits:

- Il est chargé de régler les litiges entre les membres de l'Association.
- Il agit sur instruction du Président.
- Il adresse son rapport au Président ou son Adjoint.

Article 19: Les Secrétaires à l'organisation:

- Ils sont responsables de l'organisation des réunions, Assemblées Générales et manifestations de l'Association.
- Ils préparent les visites au Bureau Exécutif ou au Centre, des délégations d'Association analogues.

TITRE IV: DISPOSITIONS FINALES

Article 20: Modification:

Le présent règlement intérieur ne peut être modifié que par l'Assemblée Générale.

Les propositions de modification du présent règlement intérieur sont soumises à l'Assemblée Générale par le Bureau Exécutif, soit à sa propre initiative, soit à la demande des 2/3 des membres.

Le Bureau Exécutif est tenu d'en informer les membres de l'Association au moins trente (30) jours ferme avant l'Assemblée Générale.

Article 21: Dissolution:

La dissolution de l'Association ne peut intervenir que par décision de l'Assemblée Générale à la majorité des 2/3 des membres.

Dans ce cas, la dévolution des biens de l'Association est déterminée par l'Assemblée Générale.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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