

Ministère de L'Enseignement  
Supérieur et de la Recherche  
Scientifique

-----



République du Mali

**Un Peuple – Un But – Une Foi**



Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Année Universitaire 2011- 2012

N° ..... /

**THESE**

**L'ACCES DES FEMMES AUX SERVICES  
DE SANTE DE LA REPRODUCTION  
DANS LA REGION DE KAYES AU MALI**

Présentée et soutenue publiquement le ... / ... / 2013 devant la Faculté  
de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

*Par : Mme TOURE Mouneïssa SOUMARE*

Pour l'obtention du Doctorat en Médecine

**(Diplôme d'Etat)**

*Jury*

**Président :**

**Membre :**

**Co-directrice : Dr. GUINDO Mariam TRAORE**

**Directeur de thèse : Pr. Hamadoun SANGHO**

## **DEDICACES**

**Au nom de Dieu** le Tout Puissant, **le Clément**, le très miséricordieux

Louange à **ALLAH Seigneur des créatures**

Maître du jour de la rétribution.

C'est par ta grâce que nous avons pu réaliser ce travail, je m'en souviendrai tout au long de cette vie éphémère et je te resterai toujours fidèle dans l'exercice de la médecine.

Paix et salut sur le **prophète Mohamed**

**A mon Père : feu OUMAR ABATHINA SOUMARE**

Tu as guidé mes premiers pas vers l'école et ce fut dur au départ. Mais voila qu'aujourd'hui je suis à même de réaliser ce que tu appelles mon rêve longtemps caressé. Aucun mot ne saurait exprimer ce que je ressens pour toi.

Je prie le Tout Puissant pour que ton âme repose en paix et que cette nouvelle vie soit pour toi un soulagement total.

Puisse ce travail m'offrir l'occasion de me rendre digne de tes conseils, de ton estime et de ta confiance.

**A ma mère : Mme NIAMOYE TOURE**

Ma maman chérie, j'écris ces quelque lignes pour toi, oui pour toi maman.

Ces mots n'exprimeront pas assez tout ce que j'éprouve pour toi aujourd'hui.

Modèle de mère dévouée, courageuse et tolérante, Ton exemple est décrit dans tous les livres mais rare dans la vie courante.

Tu es pour nous l'image de la mère idéale par ta simplicité, ta générosité, ton courage, ta combativité, ton amour pour ta famille. J'ai la chance de t'avoir comme mère, sache que si on devrait choisir sa maman j'allais te choisir encore.

Je prie Dieu pour qu'il te donne les 115ans que tu veux vivre. Amen !

Je te dois ma réussite. Tes bénédictions nuit et jour ont été et resteront pour moi toujours indispensables. Puisse DIEU le tout puissant nous donner longue vie pour que tu puisses bénéficier des fruits de tes privations à travers mon travail.

**A mes grands parents : feu Badou Ibrahima Touré, et feu Safiatou Souko dite Anna.** « La qualité d'un fruit se reconnaît par l'arbre qui la produit. » même si je n'ai pas eu le bonheur de vous bien connaître c'est a travers l'éducation que vous avez donne a vos enfants que j'ai pu profiter de votre bonté. Que le bon Dieu vous accorde son paradis.

**A mon mari : Mr Oumar Abdoulaye Touré dit Barou**

Ta présence à mes côtés, ton soutien tant moral que matériel, et tes nombreux sacrifices consentis m'ont permis de venir à bout de ce travail.

Les mots me manquent pour te remercier mais saches que je te serai reconnaissante pour tous tes sacrifices.

Merci, merci et merci que le tout puissant, le tout miséricordieux te le rende un jour. Ce travail est le fruit de tes efforts.

**A mes fils : Abdoulaye(Boua) et Aboubacar(Tonton)**

Vous êtes ma fierté, merci d'avoir rempli ma vie de bonheur, ce travail est pour vous. Que Dieu vous donne la force et la foi de surmonter les épreuves dans ce monde si dure, Qu'il vous accorde une longue et heureuse vie, Amen !

**A mon grand frère : Mr Abboulaye Sylla affectueusement appelé Vieux**

Pour le réconfort moral et le soutien matériel que tu n'as cessé de m'apporter au cours de ce travail ; recevez par ce travail l'expression de mes sentiments affectueux et fraternels. La fraternité n'a pas de prix, j'espère et je souhaite qu'elle reste toujours sacrée entre nous.

**A mes sœurs : Habsatou , Aminata dite Antou, Fatoumata dite Fady**

Votre sens de famille a été pour moi un grand soutien. Puisse ce travail témoigne toute ma reconnaissance

Restons toujours unis pour encourager les plus jeunes à la persévérance et à l'endurance, car le chemin de la réussite dans ce monde impitoyable est long et plein d'embûches. Vous pouvez faire mieux pour le bien être de la famille.

Ce travail est l'occasion pour moi de vous dire à quel point vous m'êtes chers. Que la paix et l'entente règnent toujours entre nous et que Dieu renforce nos liens.

***A notre benjamin ABABA***

Ton sens de la famille a été pour moi un grand soutien. Puisse ce travail témoigne toute ma reconnaissance.

***A toute ma belle famille***

Pour l'amour fraternel qu'elle m'a accordé et surtout pour leur soutien moral.

**A mon amie sœur: Mme Sinayogo Nana Diarra**

Plus qu'une amie, tu as été pour moi une sœur, tu m'a maintes fois donné l'occasion de me rendre compte que je pouvais compter sur toi. Ton courage et ta détermination m'ont toujours inspiré. Tu as été un soutien infaillible tout au long de l'élaboration de ce document, tu es de ces rares personnes que la vie a mises sur mon chemin pour m'en faciliter sa traversée.

Merci de ton assistance, que Dieu le tout puissant puisse t'accorder une longue vie pleine de bonheur.

**A mes amis (es) : Anne Kodio, Dr Bintou Traoré, Dr Kadidia Touré, Dr Gaoussou Kamissogo, Dr Wiri Souara, Mariam Sao, Dr Aboubacar Traoré**

Vous m'avez mainte fois donné l'occasion de me rendre compte que je pouvais compter sur vous. Grâce à vous je crois en l'amitié véritable. Que Dieu vous prête longue vie.

**Au Mali,**

Pour tes efforts consentis dans notre éducation, dans notre formation, nous te servirons avec amour, loyauté et patriotisme.

**A toutes les femmes qui ont perdu la vie en donnant vie.**

A toutes les femmes qui ont perdu leur produit de conception en voulant donner la vie.

**A toutes les femmes victimes des difficultés de la grossesse et de l'accouchement.**

**Aux orphelins dont les mères ont succombé en leur donnant naissance.**

**A tout le personnel des hôpitaux et centre de santé du MALI.**

**A mes camarades de promotion du primaire, du secondaire et du supérieur ; en souvenir des heures pénibles passées ensemble**

**A tous mes maîtres, du premier cycle fondamental à la FMPOS du Mali pour leur patience et leur disponibilité.**

## REMERCIEMENTS

Aux familles : **Maiga, Touré, Niaré, Diabaté, Koda**

Ce travail est pour moi l'occasion de vous réaffirmer toute ma considération et mon profond attachement. Cette thèse est aussi vôtre ; merci pour vos divers soutiens

*A Mr Soumana Niaré et sa famille*

Pour votre simplicité et votre esprit d'humaniste, votre savoir faire et votre savoir être font de vous un homme exemplaire. J'ai été beaucoup impressionné par votre immense esprit scientifique.

Que DIEU vous donne une longue vie. « AMIN »

**Au professeur Hamadoun Sango : directeur du CREDOS**, les mots me manquent pour témoigner du rôle de frère que tu as joué dans ma vie. Je pense que ma reconnaissance est peu par rapport à ce je te dois, seul DIEU pourrait te le rendre, Merci.

**Au docteur Keïta Assa Sidibé : directrice générale adjointe du CREDOS**, tes conseils, je peux dire même parfois tes reproches m'ont fait avancé dans la vie. Sache que je te considère comme ma mère et je serais toujours reconnaissante.

**A mes tontons** : Almahady, Mamadou, Souleymane, Moussa, Abba et Bakara Ly (prince)

Pour votre soutien moral, matériel, financier et affectif

**A mes tantes** : Fanta, Anakoroni, Rokia, Tènin

Ce travail est le fruit de votre bénédiction

**A mes cousins et cousines** : Abdoulaye (Papa, Akis, Woyebère, Adiaratou dite Bijou, Adja etc....

**A tout le personnel du CREDOS**

Merci pour le bon accueil et le respect dont vous avez preuve envers moi.

**Aux médecins du CSRefCV :**

**Au Dr Soumana Oumar Traoré(Zou)**

Votre rigueur scientifique et votre encouragement ont été d'un grand apport dans la réalisation de ce travail. Je vous remercie du fond du cœur.

**Au Dr Oumar Traoré(Dia)**

Veillez trouver à travers ces lignes l'expression de ma sympathie, de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

**Au Dr Silimana Fanta Coulibaly**

Votre soutien moral, votre disponibilité et vos conseils ne m'ont jamais manqué. Je vous remercie du fond du cœur.

Que le tout Puissant consolide davantage cette fraternité et cette solidarité

Enfin à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à cet ouvrage.

A tous ceux qui croient avoir été oubliés parce que je ne les ai pas cités. Je n'ai oublié personne, mais ces quelques pages auraient été insuffisantes pour tous vous citer. Je vous prie de bien vouloir m'en excuser.

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY PROFESSEUR  
ABDOULAYE AG RHALY

Professeur honoraire d'endocrinologie à la FMPOS,

Professeur en médecine interne,

Ancien directeur de l'INRSP,

Responsable des cours d'endocrinologie, de sémiologie et des  
pathologies médicales à la FMPOS,

Secrétaire permanent du comité national d'éthique pour la santé et les  
sciences de la vie CNESS,

Chevalier de l'ordre international des palmes académiques du  
CAMES.

Honorable maître,

Nous sommes honorés que vous ayez accepté malgré vos multiples  
occupations de présider ce jury.

Votre abord facile, votre disponibilité et votre rigueur scientifique  
nous ont profondément impressionnés.

Nous apprécions en vous l'homme de science modeste et humble,  
vous nous laissez le souvenir d'un maître accompli et un exemple  
pour la jeune génération

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY Dr BINTOU TINE TRAORE

Cheffe de section Mère/Enfant

Division santé de la Reproduction DSR/DNS

Médecin Gynécologue de Formation,

Master en Santé publique

Cher Maître.

Vous nous faites honneur en acceptant d'être parmi nos juges.

Femme ouverte et hospitalière, votre compétence et votre dévouement pour la recherche font de vous un maître admiré de tous.

Soyez assuré de notre profonde reconnaissance

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTRICE Dr GUINDO MARIAM TRAORE  
Médecin spécialiste en pédiatrie,  
Médecin en sante publique,  
Attachée de recherche au CREDOS.

Cher maître

C'est une réelle satisfaction pour nous de vous avoir comme co-directrice de cette thèse.

Votre abord, votre disponibilité et votre rigueur scientifique nous ont profondément impressionnés.

Votre franchise et votre immense talent de chercheur émérite ont forcé notre admiration

Durant ce travail, nous n'avons en aucun moment manqué de votre assistance et de votre disponibilité.

Trouvez ici, cher Maître, l'expression de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

Que le tout puissant vous garde longtemps auprès de nous. Amen !

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE PROFESSEUR  
HAMADOUN SANGHO

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

Maitre de conférences en santé publique de l'université de Bamako

Premier secrétaire General de l'association des jeunes musulmans du  
MALI (AMJM).

Cher maître, nous vous remercions pour la confiance que vous nous  
avez faite en nous proposant ce travail. L'occasion nous est enfin  
donnée de témoigner de votre personnalité hors du commun. Votre  
sens de respect du prochain, votre sagesse, votre disponibilité pour les  
jeunes malgré votre agenda très chargé, la bonté de votre cœur fait de  
vous un homme envié et estimé par un bon nombre d'étudiants.

Nous ne nous souviendrons pas de vous, car pour se souvenir il faut  
d'abord oublier. Puisse le tout puissant vous accorder longue vie et  
vous rendre vos bienfaits.

# SOMMAIRE

DEDICACES .....	I
REMERCIEMENTS .....	V
HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY.....	VII
SIGLES ET ABREVIATIONS .....	XII
I. INTRODUCTION .....	1
II. OBJECTIFS .....	3
III. GENERALITE .....	4
IV. METHODOLOGIE.....	17
V. RESULTATS : .....	25
VI. DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES .....	57
VII. CONCLUSION .....	62
VIII. RECOMMANDATIONS.....	63
IX. REFERENCES bibliographiques (selon Vancouver) .....	64
X. ANNEXES .....	67

## SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>ASACO</b> :	Association de Santé Communautaire
<b>CCC</b> :	Communication pour le Changement de Comportement
<b>CPN</b> :	Consultation Périnatale
<b>CPoN</b> :	Consultation Post Natale
<b>CSCom</b> :	Centre de Santé Communautaire
<b>DTC</b> :	Directeur Technique de CSCom
<b>EDSM-IV</b> :	Enquête Démographique et de Santé du Mali 4 <sup>ème</sup> édition
<b>Hbts</b> :	Habitants
<b>Inf d'Etat</b> :	Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)
<b>Infirmière Obs</b> :	Infirmière Obstétricienne
<b>IST</b> :	Infection Sexuellement Transmission
<b>mn</b> :	minute
<b>NA</b> :	Non Applicable
<b>NB</b> :	Nombre
<b>OMD</b> :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b> :	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b> :	Organisation Non Gouvernementale
<b>PEV</b> :	Programme Elargie de Vaccination
<b>PF</b> :	Planification Familiale
<b>PTME</b> :	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
<b>PVVIH</b> :	Personne Vivant avec le VIH
<b>S chaudes</b> :	Saison chaude SIDA :
<b>SIDA</b> :	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
<b>SpCp</b> :	<i>Sulfadoxine Pirimetamine Cp</i>
<b>SR</b> :	Santé de la Reproduction
<b>TS</b> :	Technicien de Santé
<b>TSS</b> :	Technicien Supérieur de Santé
<b>UEMOA</b> :	Union Economique Monétaire Ouest Africaine
<b>VAA</b> :	<i>Vaccin Anti Amarile</i>
<b>VAR</b> :	<i>Vaccin Anti Rougeoleux</i>
<b>VAT</b> :	<i>Vaccin Anti Tétanique</i>
<b>VIH</b> :	Virus de l'Immunodéficience Humain

## TABLE DES MATIERES

DEDICACES .....	I
REMERCIEMENTS .....	V
HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY.....	VII
SIGLES ET ABREVIATIONS .....	XII
I. INTRODUCTION.....	1
II. OBJECTIFS .....	3
1. Objectif principal.....	3
2. Objectifs spécifiques .....	3
III. GENERALITE .....	4
A. Définition de la sante.....	4
B. Rappel sur la santé de la reproduction.....	4
1. Définition des concepts	
2. Volets et composantes de la santé de la reproduction au mali .....	6
3. Politique des composantes de santé de la reproduction .....	7
3.1. La communication pour le changement de comportement en santé de la reproduction .	7
3.2. Qualité des services & Prévention des infections .....	8
3.3. La prévention et le traitement des IST- VIH/SIDA .....	9
3.4. La planification familiale (PF) .....	10
3.5. La contraception .....	10
3.6. Les soins prénatals recentrés .....	11
3.7. Les soins postnatals .....	13
3.8. La survie des enfants de 0 à 5 ans .....	14
3.9. Gestion des services de santé de la reproduction .....	15
IV. METHODOLOGIE .....	17
A. Cadre d'étude .....	17
1. Description de la région de Kayes : .....	17
2. Description des sites de l'étude :.....	17
B. Méthode d'étude .....	18
C. Echantillonnage .....	19
D. Technique et outils de collecte des données.....	21
E. Organisation de la collecte.....	22
F. Deroulement de l'enquete dans le village.....	23
G. Analyse des données .....	24
Considération d'éthique .....	24
V. RESULTATS : .....	25
1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes interviewées dans les ménages .....	25
2. Besoins d'utilisation des services de la SR par les femmes .....	27
2.1. Besoins des femmes en matière des services de la SR.....	27
2.2. L'utilisation des services de SR par les femmes .....	29
2.2.1. Service de consultation medicale .....	28
2.2.2. Utilisation des services de CPN.....	30
2.2.3. Utilisations des services de CPoN.....	34
2.2.4. Utilisation des services de PF.....	34
3. Opinions des femmes et des prestataires sur les points de prestation des services de la SR .....	38
3.1. Opinion des femmes sur les points de prestation des services de la SR .....	38
3.2. Opinion du personnel de santé sur l'utilisation des services de santé de la reproduction .....	45

4. Analyse des barrières (socio –culturelles, géographiques, financières, liées aux services de santé) à l'accès des femmes aux services de santé de la reproduction de qualité .....	51
4.1. Barrières financières à l'accès des femmes aux services de santé de la reproduction de qualité.....	50
4.2. Barrières géographiques à l'accès des femmes aux services de santé de la reproduction de qualité.....	51
4.3. Barrières liées aux services de santé.....	52
4.4. Barrières socioculturelles.....	54
VI. DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES .....	57
L'analyse des résultats obtenus .....	58
VII. CONCLUSION .....	62
VIII. RECOMMANDATIONS .....	63
IX. REFERENCES bibliographiques (selon Vancouver) .....	64
X. ANNEXES .....	67

---

## I. INTRODUCTION

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

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

Dans le monde, malgré les efforts dans le domaine de la vaccination, le tétanos de la mère est responsable d'au moins 5% des décès maternels par an [2]. Chez une mère vaccinée elle protège le nouveau-né d'une part contre le tétanos ombilical [4], et d'autre part contre le tétanos néonatal par les anticorps transmis passivement de la mère à l'enfant [5].

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

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

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

- dans la planification familiale ;
- dans la propension des maladies IST/SIDA ;
- dans la résistance des pratiques néfastes à la santé de la femme ;

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

- Le poids de la tradition ;
- La faible capacité des femmes en matière de prise de décision sur la santé ;
- Le taux d'analphabètes élevé des femmes surtout en zones rurales où les résistances socioculturelles sont encore très fortes ;
- La mauvaise interprétation des textes qui dénote la résistance de certains hommes quant à la promotion des femmes.

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

## **II. OBJECTIFS**

### **1. Objectif principal**

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

### **2. Objectifs spécifiques**

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

### III. GENERALITES

#### A. Définition de la sante

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

#### B. Rappel sur la santé de la reproduction

##### 1. Définition des concepts :

**La santé de la reproduction :** c'est le bien-être général tant physique que mental et social de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité [7].

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

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

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

IST, mais aussi l'amélioration de la qualité de vie et des relations interpersonnelles.

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

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

**Le Ménage :** est un individu ou un groupe d'individus apparentés ou non vivant à l'intérieur d'une concession sous l'autorité d'une personne appelée chef de ménage. Le ménage est constitué du chef de ménage, son ou ses épouses et leurs propres enfants non mariés, avec éventuellement d'autres personnes avec ou sans lien de parenté [9].

**La Concession :** est un espace clôturé ou non, à l'intérieur duquel sont bâtie(s) une ou plusieurs constructions à usages divers (habitations et dépendances, édifices publics ou privés etc.). Une concession est généralement entourée par un mur ou une haie. Elle peut dans certains cas être constituée par un ensemble de constructions indépendantes, non obligatoirement entourées de mur ou de haie. Elle peut aussi se réduire à une seule construction utilisée ou non à une fonction déterminée (immeuble de logements). Ainsi, peuvent être considérées comme concessions des bâtiments affectés aux usages administratifs, publics ou religieux, industriel, commercial etc. La concession peut être occupée par un ou plusieurs ménages et se constituer d'un ou de plusieurs logements. Elle est généralement placée sous la responsabilité d'un chef de concession (propriétaire ou non) [9].

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

### i. Volets

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

### ii. Composantes

Les composantes de Santé de la Reproduction sont:

1. Les soins prénatals, pernatals, postnatals y compris les soins aux nouveau-nés.
2. Les soins après avortement (**SAA**).
3. Les soins liés à l'approche « genre & santé ».
4. La santé de la reproduction des adolescents et des jeunes (**SRAJ**) y compris la prise en charge des problèmes liés à la puberté.
5. La survie de l'enfant de 0 à 5 ans/ **PCIME**.
6. La communication pour le changement de comportement en santé de la reproduction. **CCC**
7. L'assurance qualité des soins et des services en santé de la reproduction incluant la prévention de l'infection et l'audit des décès maternels.
8. La Planification Familiale **PF**
9. La prévention et le traitement des **IST-VIH/SIDA**.
10. La gestion des services de Santé de la Reproduction.
11. La formation en Santé de la Reproduction.
12. La supervision-suivi/Evaluation des services de Santé de la Reproduction.
13. La Recherche Opérationnelle en Santé de la Reproduction.
14. La santé des hommes : les dysfonctionnements sexuels et les tumeurs génitales chez l'homme.
15. Les affections gynécologiques et les dysfonctionnements sexuels chez la femme incluant la ménopause

### **3. Politique des composantes de santé de la reproduction**

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

#### **3.1. La communication pour le changement de comportement en santé de la reproduction**

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

##### **b. Stratégies**

La communication de masse

La communication interpersonnelle

Le counseling

##### **c. Prestataires**

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

Les agents des ONG ;

Les pairs éducateurs

Les communicateurs ;

Les relais ;

Les membres des associations et

Les leaders d'opinion.

##### **d. Canaux/Supports**

La radio ;

La télé/vidéo ;

Les canaux traditionnels ;

Les affiches ;

Les panneaux ;

Le théâtre ;

La presse écrite ;

La musique ;  
Les brochures ;  
La boîte à images ;  
Les cartes conseils ;  
Les gadgets promotionnels ;  
Les supports de formation des écoles.

#### **e. Intervenants**

Les intervenants en matière de CCC en santé de la reproduction sont les agents socio sanitaires, les ONG, les organismes de coopération, la promotion des femmes et les associations, et les cliniques juridiques, le personnel du Ministère de la jeunesse et des Sports et de l'éducation [8].

### **3.2. Qualité des services & Prévention des infections**

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

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

La prévention des infections est partie intégrante de toutes les composantes de santé de la reproduction. Elle consiste à placer des barrières entre l'hôte et les micro-organismes.

#### **b. Stratégies**

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

Le renforcement des compétences et des capacités des prestataires par :

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

La prévention de l'infection dans les structures et pour toutes les composantes de santé de la reproduction ;

L'interaction clients/prestataires ;

Le partenariat communauté- prestataires ;

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

Les audits des décès maternels et néonataux

### **c. Responsables**

Le Ministère de la santé à travers la direction nationale de la santé en collaboration avec la cellule de coordination du comité sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA, le Ministère de la promotion de la femme de l'enfant et de la famille, le Ministère de l'éducation, le Ministère du développement social de la solidarité et des personnes Agées, le Ministère chargé de l'environnement [8].

### **3.3. La prévention et le traitement des IST- VIH/SIDA :**

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

### **b. Stratégies**

La CCC ;

La promotion et l'offre des préservatifs ;

La prise en charge des cas et de leurs partenaires ;

Le système du marketing social des contraceptifs ;

La prise en charge des séropositifs par la communauté ;

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

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

### **c. Responsables**

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

Différents intervenants participent à l'offre des services de prévention et de traitement des IST- VIH/SIDA : les ONG/Associations, les organismes para publics, privés, communautaires et confessionnels [8].

### **3.4. La planification familiale (PF)**

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

### **3.5. La contraception**

#### **a. Définition**

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

#### **b. Activités**

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

Au Mali, les méthodes contraceptives suivantes sont disponibles :

Les méthodes temporaires

##### **❖ De courte durée :**

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

##### **❖ De longue durée :**

- Les implants
- Les DIU actifs.

Les méthodes permanentes

- La ligature des trompes
- La vasectomie.

### **c. Prestataires**

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

### **d. Structures**

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

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

### **e. Responsables**

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

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

Différents intervenants participent dans l'offre des services de contraception en particulier les ONG/Associations, les organismes privés, communautaires et confessionnels [8].

## **3.6. Les soins prénatals recentrés**

### **a. Définition**

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

### **b. Objectifs**

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

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

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

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

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

Elaborer un plan d'accouchement.

### **c. Activités**

La CCC

La consultation prénatale avec les meilleures pratiques

Le Consulting pour le dépistage volontaire du VIH

Les soins préventifs (y compris le VAT)

Les soins curatifs

Les visites à domicile

Les références.

### **d. Prestataires**

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

### **e. Responsables**

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

Différents intervenants participent à l'offre des soins prénatals notamment les communautés, les ONG/Associations, les organismes confessionnels privés et publics [8].

### **3.7. Les soins postnatals**

#### **a. Définition**

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

#### **b. Objectifs**

Surveiller l'évolution normale de l'état de santé de la femme et de l'enfant.  
Dépister et prendre en charge les pathologies survenues pendant cette période.  
Informers et éduquer la mère sur :

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

#### **c. Activités**

Les activités de soins postnatals comprendront :

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

#### **d. Prestataires**

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

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

#### **e. Responsables**

Le Ministère de la santé à travers la Direction nationale de la santé, est responsable de la conception et de l'élaboration des politiques de soins postnatals, ainsi que de la coordination et du suivi des activités. La mise en œuvre est dévolue aux Etablissements publics Hospitaliers, aux Etablissements

privés Hospitaliers et aux directions régionales de la santé qui apportent leur appui au niveau opérationnel .Différents intervenants participent à l'offre des soins prénatals notamment les communautés, les ONG/Associations, les organismes confessionnels privés et publics [8].

### **3.8. La survie des enfants de 0 à 5 ans**

#### **a. Définition**

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

#### **b. Objectifs**

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

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

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

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

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

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

#### **c. Stratégies**

Promotion de la surveillance préventive de l'enfant sain.

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

Communication pour le changement de comportement.

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

#### **d. Prestataires**

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

Les infirmiers de santé, les infirmières obstétriciennes ;

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

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

#### **e. Responsables**

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

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

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

Les Etablissement hospitaliers publiques et privés assurent la prise en charge des urgences, l'encadrement, la formation du personnel et la recherche [8].

### **3.9. Gestion des services de santé de la reproduction**

#### **a. Objectifs :**

Déterminer les priorités ;

Utiliser les ressources disponibles de façon optimale ;

Adapter les services aux besoins d'une situation dynamique ;

Améliorer la qualité et l'accessibilité des soins ;

Créer les conditions de motivation du personnel.

#### **b. Domaines :**

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

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

#### **c. La coordination**

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

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

✓ **Les différents types de coordination :**

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

✓ **Niveaux et responsabilités**

La coordination des activités de SR se fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire suivant des responsabilités bien définies [8].

## IV. METHODOLOGIE

### A. Cadre d'étude

L'étude a été effectuée dans la Régions de Kayes.

#### 1. Description de la région de Kayes :

La **région de Kayes** est la première région administrative du Mali. Elle s'étend sur 120 760 km<sup>2</sup>. Son chef-lieu est la ville de Kayes

La région de Kayes est limitée au sud par la Guinée, à l'est par la région de Koulikoro, au nord par la Mauritanie et à l'ouest par le Sénégal. À la frontière guinéenne, le climat est assez humide. En remontant vers le nord, on traverse une zone soudanienne puis on arrive à une zone sahélienne. Kayes connaît des températures très élevées, faisant d'elle la ville la plus chaude d'Afrique.

La région compte 1 996 812 habitants en 2009. La population a été multipliée par près de 1,5 depuis 1998, soit un taux d'accroissement moyen annuel de 3,5 % entre 1998 et 2009. Le cercle de Kayes a connu la plus forte augmentation de la population (+57 %) suivi par ceux de Diéma et Yélimané (respectivement +49 % et +47 %). Les femmes représentent 50,7 % de la population. Différentes ethnies vivent dans la région : Soninkés, Khassonkés, Malinkés, Maures et Peuls. Plusieurs langues sont parlées dans la région : le bambara, le khassonké, le soninké et le peul.

La région de Kayes est divisée en sept cercles (Bafoulabé, Diéma, Kayes, Kéniéba, Kita, Nioro du Sahel et Yélimané) regroupant 129 communes. La commune de Kayes compte 185 centres de santé fonctionnels [10].

#### 2. Description des sites de l'étude :

- **Le cercle Bafoulabe** : la ville est située à 400 km au nord-ouest de Bamako [10]. Le cercle compte 242347 habitants en 2010 avec une population des femmes en âge de procréer de 56952 habitants [13]. Les couvertures en CPN, et en PF sont respectivement 68%, et 3,79% ; celle

de VAT1 et VAT2+ des femmes enceintes ont été respectivement 28 % et 72 %s. Le taux d'utilisation des services de consultation curative est de 0,35NC/an/ Hts [13].

Le cercle a 28 centres de santé communautaire fonctionnels [11].

- **Le cercle de Kita** : la ville est située à 307Km de Kayes [10]. Le cercle a une Sa population de 450017 habitants en 2010. Celle des femmes en âge de procréer est de 105754 habitants [13]. La couverture en CPN, et en PF représentent respectivement 61%, et 3,75% et celle de VAT1 et VAT2+ des femmes enceintes ont été respectivement 32% et 42%. Le taux d'utilisation des services de consultation curative est faible avec 0,28 NC/an/ Hbts [13].

Le cercle compte 35 centres de santé communautaire fonctionnels [11].

### **B. Méthode d'étude :**

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive dont la collecte des données s'est déroulée du 17 octobre au 5 novembre 2011.

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

## **Population d'étude :**

La population d'étude était composée de :

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

## **C. Echantillonnage :**

### **➤ Sélection des localités :**

Au niveau de la région, nous avons sélectionné de façon aléatoire 2 districts sanitaires. Au niveau de chaque district nous avons sélectionné de façon aléatoire deux aires de santé. Le choix aléatoire a été effectué à partir d'un tirage au sort sans remise de la liste numérotée de tous les districts sanitaires de la Région. Ainsi les districts sanitaires sélectionnés ont été : Bafoulabe et Kita (voir tableau 1 ci-dessous). Les aires de santé et les villages ont été choisis à la suite d'une concertation entre les médecins chef des districts sanitaires, les directeurs techniques de centres (CSCCom) sur la base de certains critères, à savoir :

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

**Tableau I : liste des districts et CSCom retenus pour l'étude**

<i>Régions</i>	<i>Districts sanitaires</i>	<i>Aires de santé</i>	<i>Villages</i>	<i>Distance village – CSCom</i>
Kayes	Bafoulabé	Ouassala	Dambadjoumbé	< 5 km
			Kégniekégnieko	< 5 km
			Kalé	> 5km
			Khassoddamba	> 5km
		Mahina	Djatawali	< 5 km
			Tantoudji	> 5km
			Diallola	< 5 km
			Mahinading	> 5km
	Kita	Djidjan	Konitonoma Namorila	< 5 km
			Konitonoma Namala	< 5km
			Fouticorola	> 5 km
			Batimakana	> 5 km
		Koféba	Fodébougou	< 5 km
			Farafe	< 5km
Massala			> 5 km	
Dory			> 5 km	

➤ **Sélection villages, ménages et des cibles de l'étude :**

*Les enquêtes de ménage* ont été effectuées dans chaque aire de santé comme suite : dans chaque aire de santé 2 villages/ ou quartier dans un rayon de 5 km du CSCom et 2 villages distants de plus de 5 Km ont été sélectionnés de façon aléatoire pour assurer la représentativité de l'accessibilité géographique, la résidence urbaine et rurale. Dans chaque village choisi, 30 ménages ont été sélectionnés de façon aléatoire pour y conduire les entretiens individuels avec une femme en âge de procréer et dans chaque ménage (soit au total 120 femmes par aire de santé, ou 240 femmes par district, 480 pour la région).

*Les focus groups* : un focus group (entretien avec des groupes de 6 à 8 femmes et portant sur les barrières à l'accès des femmes aux services de santé) a été effectué dans chaque aire de sante (soit au total 12 focus groups);

*L'enquête au près des femmes venues* en consultation a été faite au niveau des centres de santé communautaire (CSCOM) sélectionnés. Dans chaque CSCOM

6 interviews par type de composantes de santé de la reproduction ont été réalisés. Les différences composantes ci-dessous indiquées ont été ciblées :

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

Ainsi nous avons effectué 30 interviews par CSCOM, soit 60 interviews par district, au total 120 dans la région.

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

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

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

#### **D. Technique et outils de collecte des données :**

Nous avons utilisé les techniques suivantes :

- L'entretien individuel structuré avec les femmes de 15 à 49 ans et avec les prestataires. Il a porté sur la situation sanitaire de la femme en général et en particulier sur son accès aux services de santé de qualité. Les entretiens utilisant des questionnaires semi structurés ont été effectués

avec les femmes en âge de procréer au niveau des ménages (au niveau communautaire).

- L'interview à la sortie des formations sanitaires pour recueillir l'opinion des femmes en âge de procréer sur la qualité du service rendu en consultation (consultation médicale, CPN, vaccination, consultation post natale, surveillance/vaccination des enfants);
- L'observation de l'organisation et l'offre des services pour en apprécier la qualité en termes de disponibilité, d'accueil et de communication interpersonnelle avec le malade. Elle consistait à examiner le fonctionnement des services et le déroulement des consultations ;
- Le focus group : entretien avec des groupes de 6 à 8 femmes et portant sur les barrières à l'accès des femmes aux services de santé ;

La revue documentaire examinant les documents de programmes, de politiques normes et procédures en santé au Mali,

Pour chaque localité, étaient considérés comme éligibles à l'étude, les personnes suivantes :

Les prestataires de services des points de prestation de services (PPS) des différentes localités de l'étude, des femmes âgées de 15 à 49 ans (âge de procréer) fréquentant les PPS, les femmes en dehors des PPS. Les questionnaires ont tenu compte de l'accessibilité des femmes aux structures et la compréhension des messages.

#### **E. Organisation de la collecte :**

La collecte a été réalisée par une équipe de terrain de trois enquêteurs et un superviseur. L'équipe a travaillé pendant 3 semaines.

**Le superviseur a** assuré l'interview des DTC et l'observation du local et équipement, la coordination du travail de l'équipe, l'introduction de l'équipe auprès des autorités, vérifié le remplissage correct des instruments. Il a veillé au bon déroulement de l'activité sur le terrain. Les enquêteurs ont assuré

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

Le contrôle des questionnaires a été effectué à plusieurs niveaux :

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

## **F. Déroulement de l'enquête dans le village**

### **• Choix des concessions :**

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

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

- **Choix des mères dans les ménages :** dans chaque ménage l'enquêteur attribuait un numéro à toutes les mères d'enfant de 0 à 59 mois, parmi lesquelles une seule était tirée au hasard pour poser des questions. Lorsqu'il terminait avec la mère du ménage n°1, il procédait de la même façon dans le ménage n°2 et ainsi de suite jusqu'à terminer avec les mères sélectionnées des ménages d'une concession. Si le village avait moins de

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

**NB :**     Nombre de ménages enquêtés par villages = 30  
          Nombre de mères enquêtées par villages = 30

### **G. Analyse des données :**

Les données ont été saisies au logiciel Epi-info version 6.04 et analysées au logiciel Epi-info version 2000. Les tests de  $\chi^2$  ont été utilisés pour la comparaison des proportions.

### **H. Considération d'éthique :**

- On a obtenu l'autorisation administrative et communautaire avant le début de l'enquête
- le consentement éclairé des femmes et des prestataires a été obtenu
- La confidentialité a été assurée en ce qui concerne les renseignements obtenus
- La dignité des personnes a été respectée

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

## V. RESULTATS :

### 1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes interviewées dans les ménages.

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

Tranche d'âge	Kita		Bafoulabé		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
[15 à 20[	82	34,2	80	33,3	162	34
<b>[20 à 35[</b>	<b>127</b>	<b>52,9</b>	<b>129</b>	<b>53,8</b>	<b>256</b>	<b>53</b>
[35 à 49[	31	12,9	31	12,9	62	13
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100</b>	<b>240</b>	<b>100</b>	<b>480</b>	<b>100</b>

Environ 34% des femmes interrogées avait moins de 20 ans à Bafoulabé et Kita.

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

Ethnie	Kita		Bafoulabé		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Malinké</b>	<b>203</b>	<b>84,6</b>	<b>125</b>	<b>52,1</b>	<b>328</b>	<b>68</b>
Bambara	14	5,8	55	22,9	69	14
Peulh	11	4,6	23	9,6	34	7
Sarakolé	5	2,1	19	7,9	24	5
Soninké	3	1,3	10	4,2	13	3
Bobo	1	0,4	2	0,8	3	1
Autres	3	1,3	6	2,5	9	2
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100</b>	<b>240</b>	<b>100</b>	<b>480</b>	<b>100</b>

L'ethnie Malinké a été citée respectivement par 84,6% des enquêtés à Kita et 52,1% à Bafoulabé.

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

Statut matrimonial	Kita		Bafoulabé		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Célibataire	3	1,3	6	2,5	9	1,9
<b>Mariée</b>	<b>235</b>	<b>97,9</b>	<b>234</b>	<b>97,5</b>	<b>469</b>	<b>97,7</b>
Veuve	2	0,8	0	0	2	0,4
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100</b>	<b>240</b>	<b>100</b>	<b>480</b>	<b>100</b>

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

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

Niveaux d'instruction	Kita		Bafoulabé		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Ne sait ni lire ni écrire</b>	<b>171</b>	<b>71,3</b>	<b>150</b>	<b>62,5</b>	<b>321</b>	<b>67</b>
Primaire	54	22,5	75	31,3	129	27
Secondaire	4	1,7	4	1,7	8	2
Supérieur	1	0,4	1	0,4	2	0
Alphabétisée	10	4,2	10	4,2	20	4
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100</b>	<b>240</b>	<b>100</b>	<b>480</b>	<b>100</b>

Au total, 67% des femmes enquêtées ne savaient ni lire ni écrire.

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

Profession	Kita		Bafoulabé		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Agricultrice	115	47,9	110	45,8	225	47
Ménagère	112	46,7	106	44,2	218	45
Salariée	6	2,5	2	0,8	8	2
Commerçante	4	1,7	13	5,4	17	3
Autres	2	0,8	6	2,5	8	2
Artisane	1	0,4	2	0,8	3	0
Eleveuse	0	0	1	0,4	1	0
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100</b>	<b>240</b>	<b>100</b>	<b>480</b>	<b>100</b>

Sur le plan professionnel les femmes agricultrices étaient majoritaires : 47,9% à Kita et 45,8% à Bafoulabé.

## 2. Besoins d'utilisation des services de la SR par les femmes

### 2.1. Besoins des femmes en matière des services de la SR

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

Nombre d'avortements	Kita		Bafoulabé		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
0	220	91,7	214	89,2	434	90
1	16	6,7	17	7,1	33	7
2	4	1,7	6	2,5	10	2
3	0	0	2	0,8	2	1
4	0	0	1	0,4	1	0
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100</b>	<b>240</b>	<b>100</b>	<b>480</b>	<b>100</b>

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

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

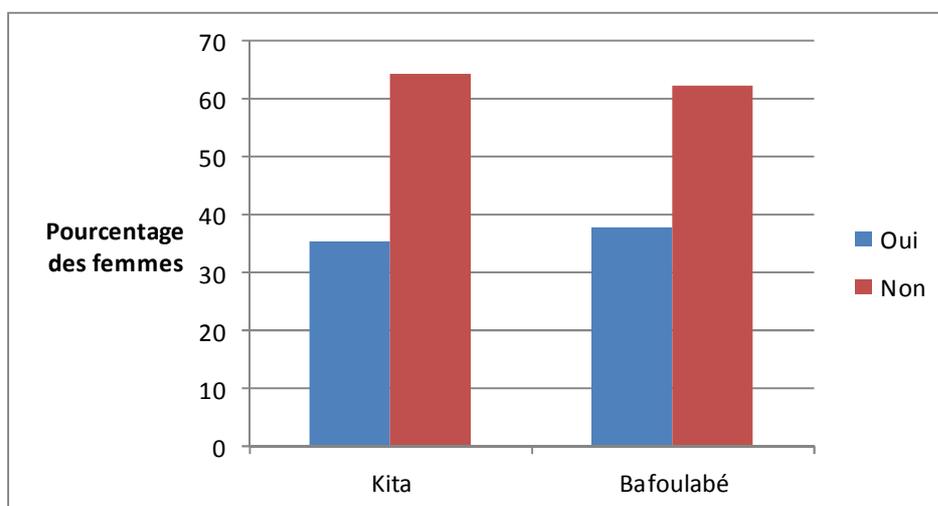
Mort né	Kita		Bafoulabé		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Non	232	96,7	232	96,7	464	97
Oui	8	3,3	8	3,3	16	3
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100</b>	<b>240</b>	<b>100</b>	<b>480</b>	<b>100</b>

Au total 3% des femmes enquêtées ont connu une mortinaissance.

**Tableau IX : Répartition des femmes en fonction du nombre d'enfants par district sanitaire**

Nombres d'enfants	Kita		Bafoulabé		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1	131	54,6	106	44,2	237	49
2	98	40,8	121	50,4	219	46
3	10	4,2	13	5,4	23	5
4	1	0,4	0	0	1	0
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100</b>	<b>240</b>	<b>100</b>	<b>480</b>	<b>100</b>

La majorité des femmes avait entre 1 à 2 enfants de moins de 5 ans respectivement dans 49% et 46 %.



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

Concernant la santé des enfants de moins de 5 ans, plus de la moitié des femmes ont déclaré que leurs enfants sont tombés malades les trois derniers mois précédant l'enquête soit 63,3% pour Kita et 65% pour Bafoulabé.

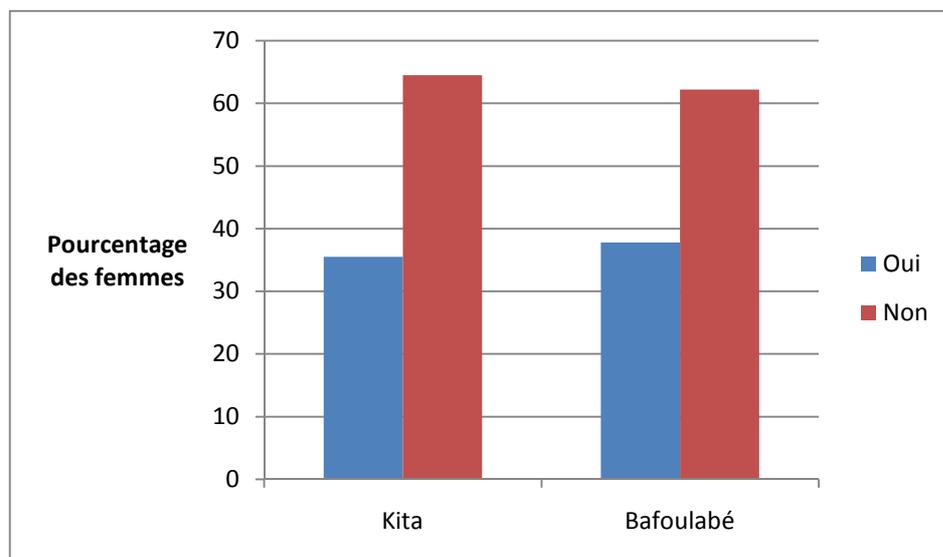
**Tableau X : Répartition des femmes ayant déclaré que leurs enfants sont tombés malades en fonction de la pathologie vécue lors de leurs dernières maladies**

Maladie	Kita		Bafoulabé		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Paludisme</b>	<b>114</b>	<b>75,0</b>	<b>112</b>	<b>71,8</b>	<b>226</b>	<b>74</b>
IRA	18	11,8	23	14,7	41	13
Diarrhée	7	4,6	9	5,8	16	5
Autres	13	8,6	12	7,7	25	8
<b>Total</b>	<b>152</b>	<b>100,0</b>	<b>156</b>	<b>100,0</b>	<b>308</b>	<b>100</b>

Les affections les plus déclarées étaient le paludisme (74%) et les infections respiratoires aiguës (IRA, 13%).

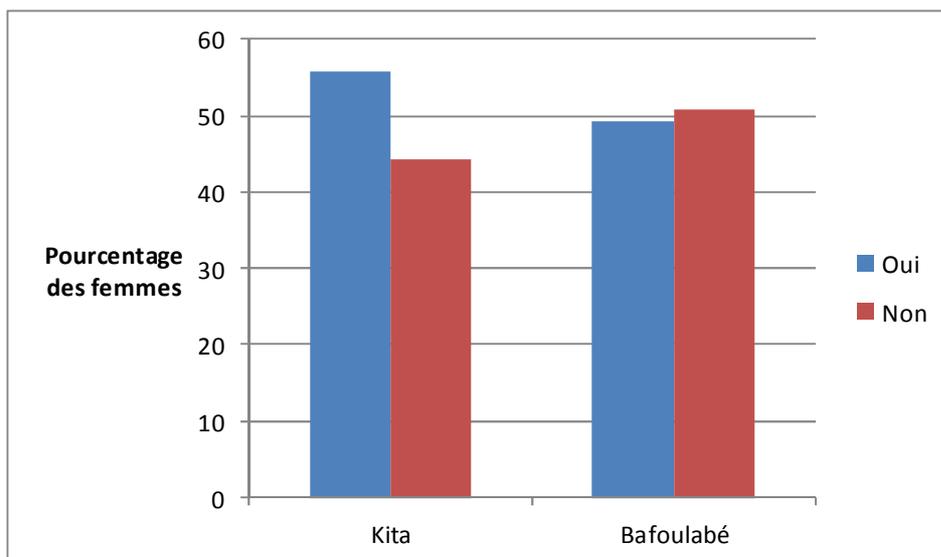
## 2.2. L'utilisation des services de SR par les femmes

### 2.2.1 Service de consultation médicale



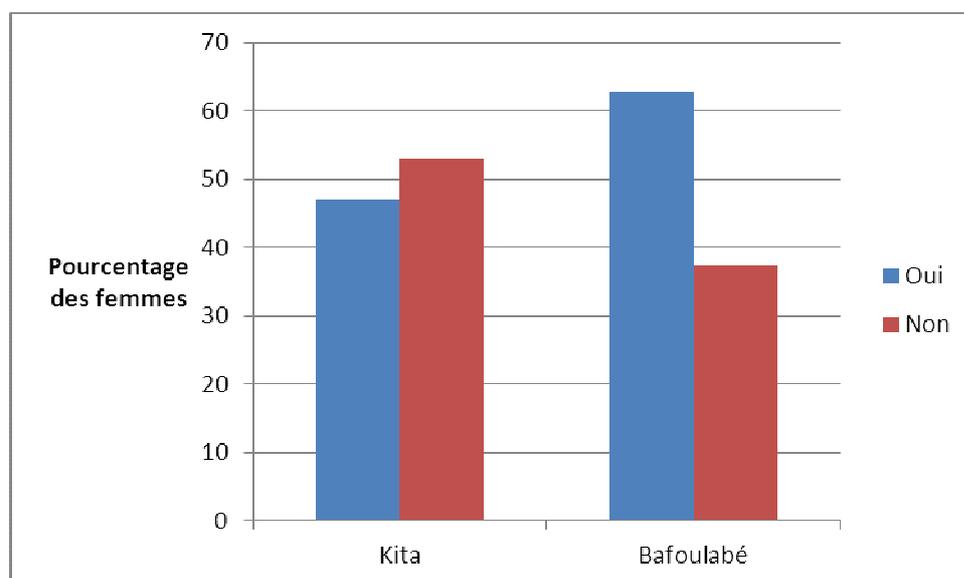
**Figure 2 : Répartition des femmes selon l'accouchement au CSCCom par Cercle**

De façon générale 36,6% des femmes ont accouché au CSCCom. De façon spécifique 37,8% pour Bafoulabé, et 35,5% pour Kita. L'accouchement a lieu généralement à domicile.



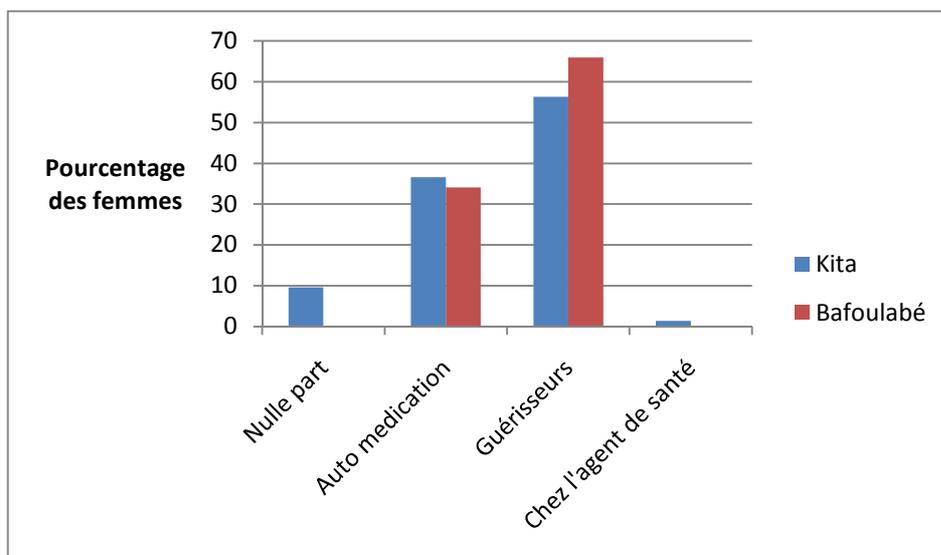
**Figure 3 :** Répartition des femmes selon leur maladie au cours des trois derniers mois précédant l'enquête par district sanitaire

Environ 52,5% des femmes ont déclaré avoir eu une maladie les trois derniers mois précédant l'enquête



**Figure 4:** Répartition des femmes tombées malades selon le recours au centre de santé par district sanitaire

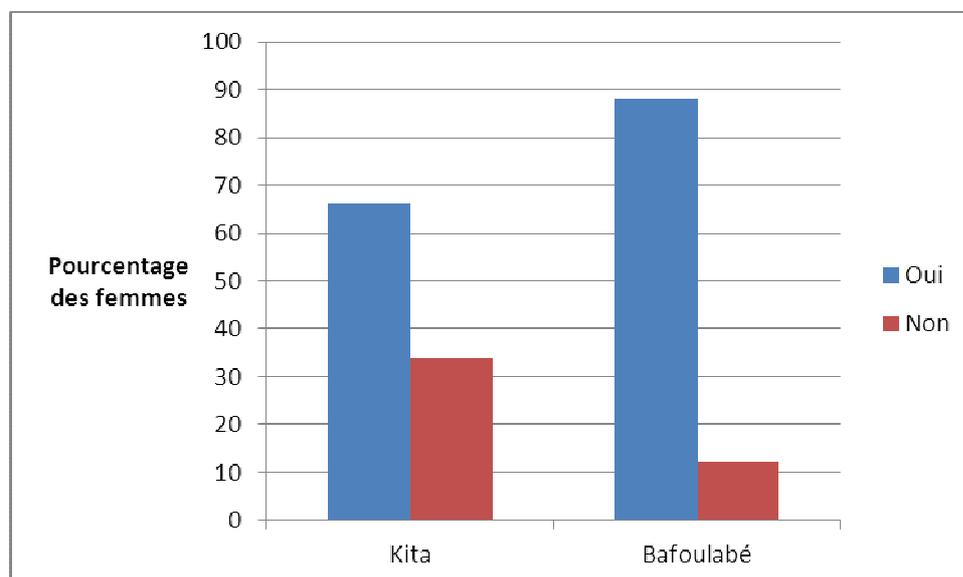
Parmi celles ayant déclaré avoir eu une maladie 54,8% ont eu recours à un centre de santé .Ce recours était de 62,7% à Bafoulabé et 47% à Kita.



**Figure 5:** Répartition des femmes selon les autres types de recours différents du CSCoM selon les districts sanitaires

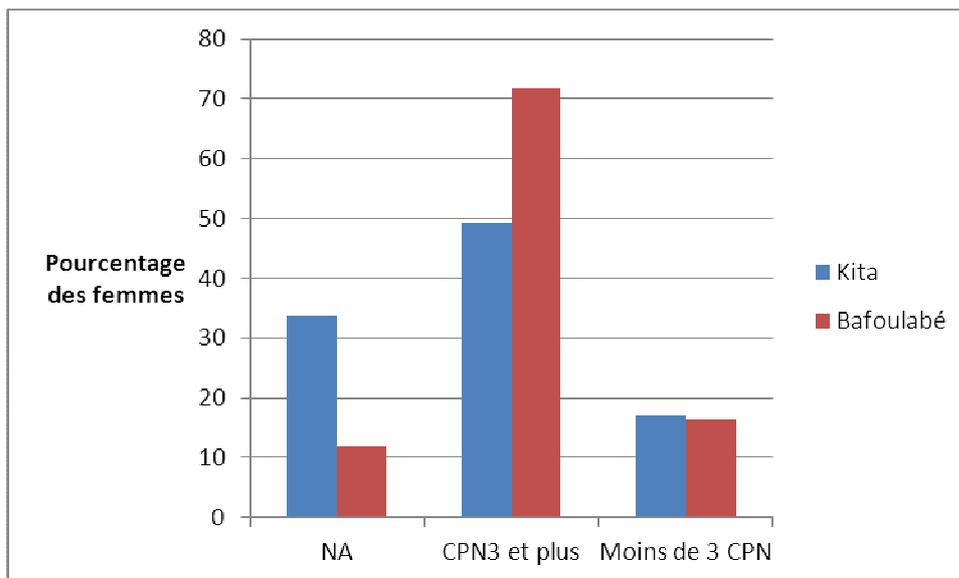
Environ 61,1% ont eu recours aux guérisseurs dont le plus grand nombre à Bafoulabé avec 65,9%.

### 2.2.2 Utilisation des services de CPN



**Figure 6:** Répartition des femmes selon la réalisation des consultations prénatales lors de la dernière grossesse

La majorité des femmes, soit 77,1% ont déclaré avoir effectué des CPN lors de la dernière grossesse. Ce chiffre était de 87,9% à Bafoulabé et 66,3% à Kita.



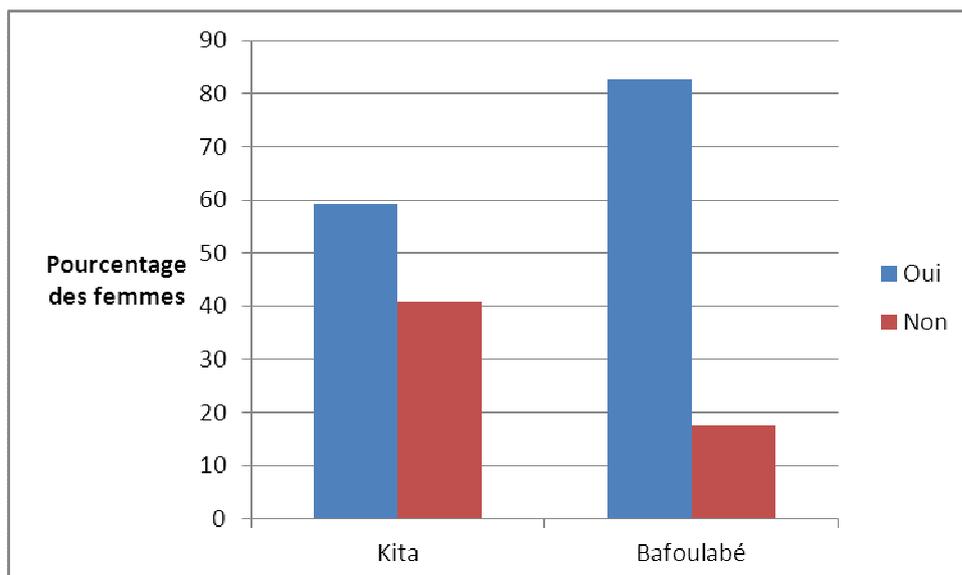
**Figure 7:** Répartition des femmes selon le nombre de CPN réalisées et par district sanitaire

Les femmes ayant réalisé au moins les 3 CPN représentaient 60,4%. A Bafoulabé était de 71,7% contre 49,2% à Kita.

**Tableau XI :** Répartition des femmes selon les raisons de l'absence de réalisation de CPN

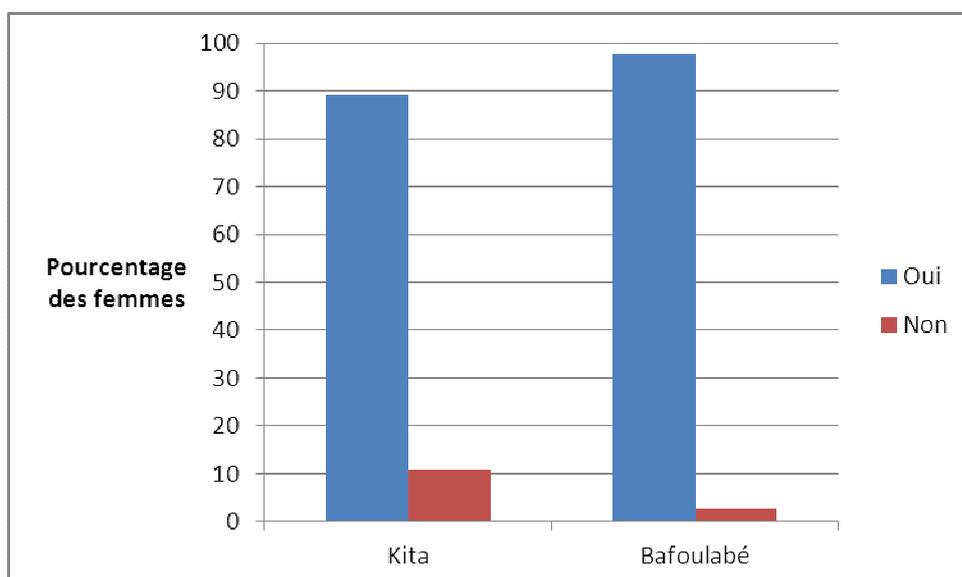
Raison non réalisation de CPN	Kita		Bafoulabé		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Manque d'argent</b>	<b>54</b>	<b>66,7</b>	<b>16</b>	<b>55,2</b>	<b>70</b>	<b>64</b>
Ignorance	4	4,9	4	13,8	8	7
En voyage	3	3,7	0	0	3	3
Négligence	7	8,6	8	27,6	15	13
Pas de CPN	4	4,9	0	0	4	3
CSCoM distant	3	3,7	0	0	3	3
Refus du mari	4	4,9	1	3,4	5	5
CPN crée des problèmes	2	2,5	0	0	2	2
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Le manque d'argent a été la principale raison évoquée par les femmes (64%) suivi de la négligence (13%) et l'ignorance (7%).



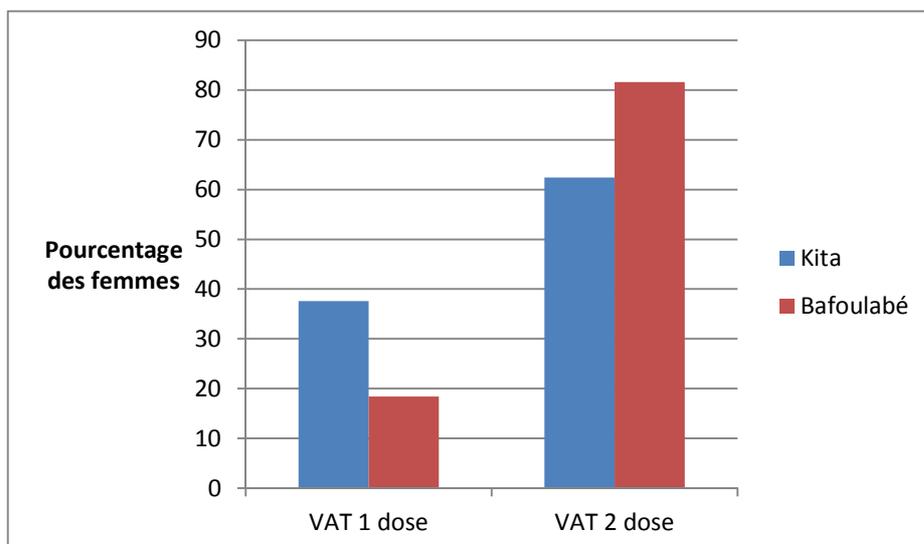
**Figure 8 :** Répartition des femmes selon la prise de SP au cours de la grossesse et par district sanitaire

Concernant la couverture du TPI du paludisme, 70,8% des femmes interrogée ont déclaré avoir reçu les 2 doses de SP durant la grossesse. Ce nombre était plus élevé à Bafoulabe (82,5%) qu'a Kita (59,2%).



**Figure 9 :** Répartition des femmes ayant dormi sous MIILDA la dernière nuit précédant l'interview selon les districts sanitaires

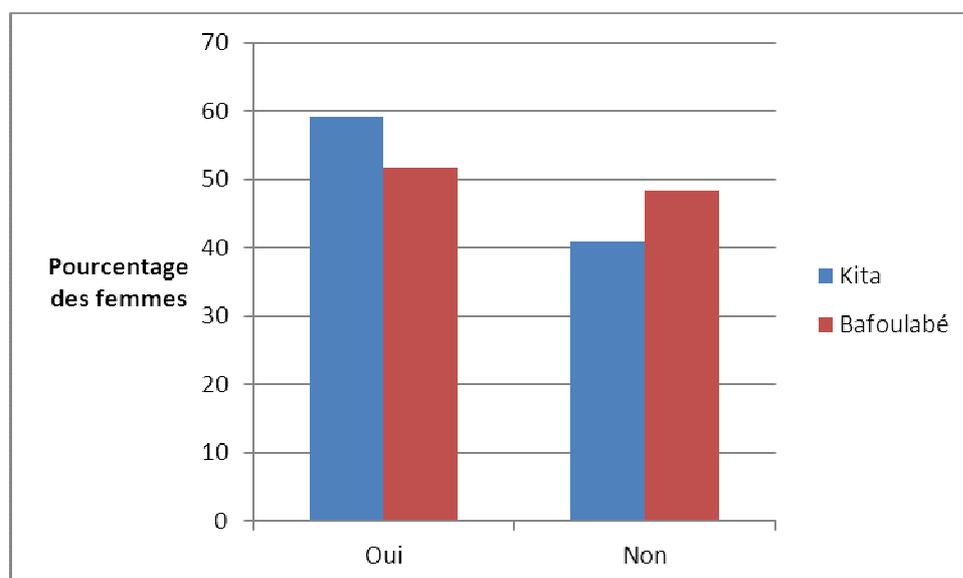
La quasi-totalité des femmes (95,7%) ont dormi sous MIILDA la dernière nuit précédant l'enquête à Bafoulabé. Cette fréquence était de 89,2% à Kita.



**Figure 10 :** Répartition des nombres de VAT reçus par les femmes en fonction des districts sanitaires

En moyenne 81,6% des femmes ont eu au moins 2 doses de VAT.

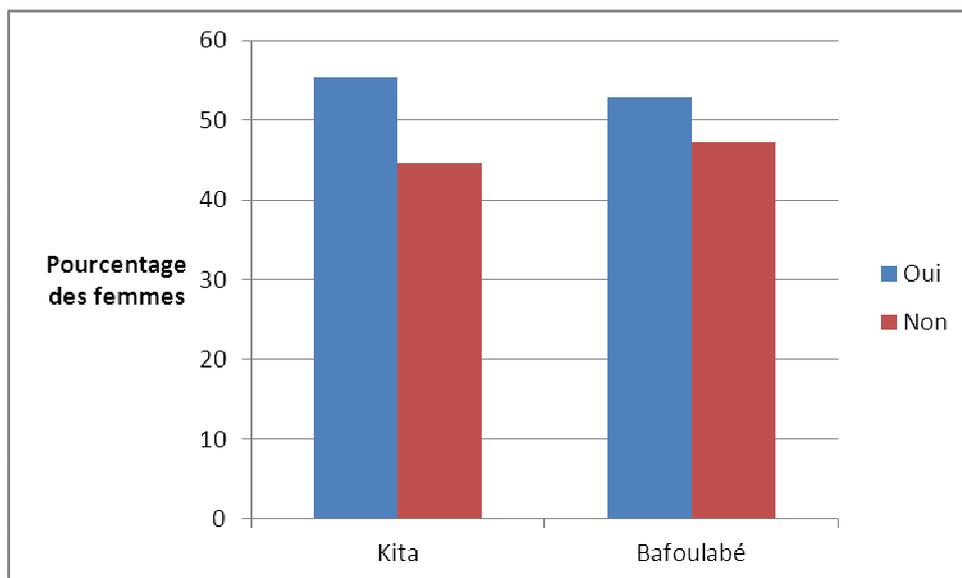
### 2.2.3 Utilisations des services de CPoN



**Figure 11:** Répartition des femmes ayant effectué les CPoN selon la présentation des méthodes contraceptives

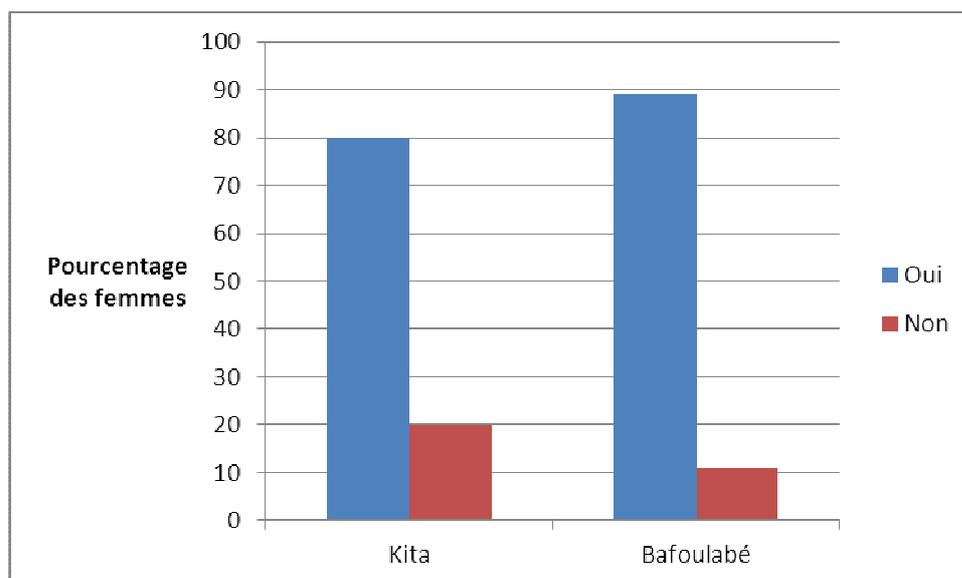
La présentation la plus fréquente à été faite à Kita avec (59,2%), contre 51,7% à Bafoulabé.

### 2.2.4 Utilisation des services de PF



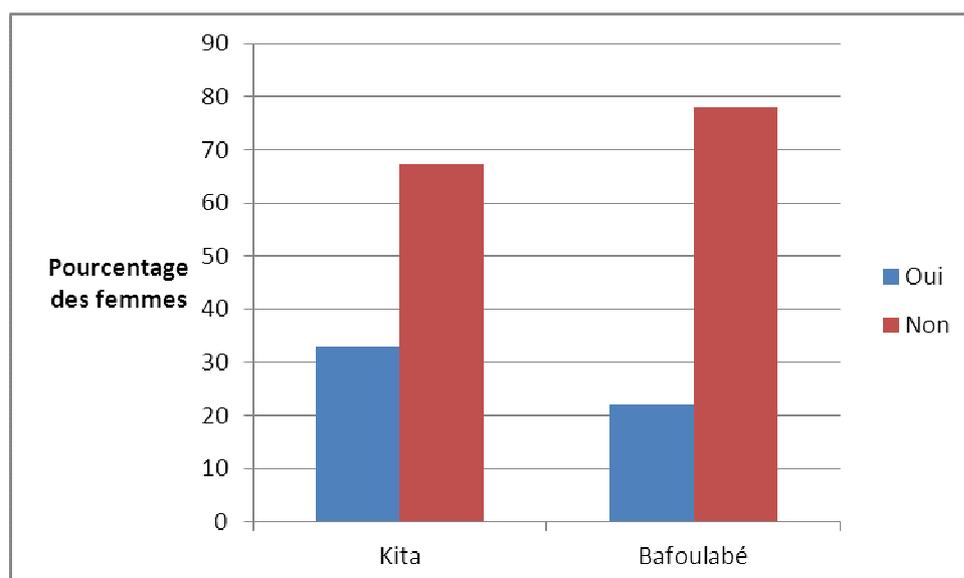
**Figure 12 :** Répartition des femmes ayant bénéficié de la présentation des méthodes contraceptives selon l'acceptation de l'adoption

Après la présentation des méthodes contraceptives lors des CPN, 55,4% des femmes ont déclaré avoir accepté de l'adopter à Kita, et 52,8% à Bafoulabé.



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

Plus des deux tiers des femmes (84,6%) ont dit qu'elles sont informées des méthodes de PF. Cette information a été encore meilleure à Bafoulabé soit 89,2%.

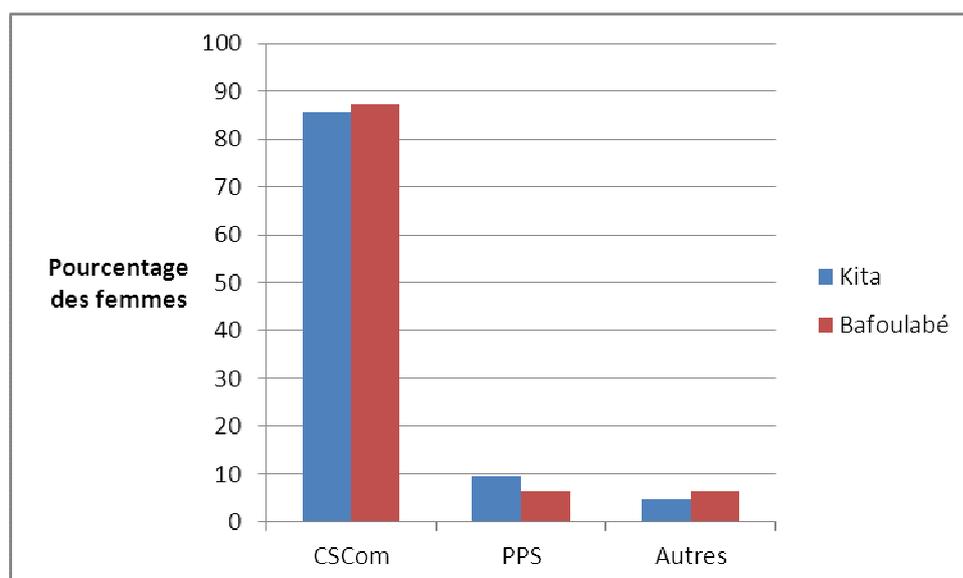


**Figure 14 :** Répartition des femmes selon l'utilisation des méthodes de PF  
 Dans l'ensemble 52,54% des femmes utilisaient une méthode de contraception.  
 Ce taux était faible à Bafoulabé (22%).

**Tableau XII :** Répartition des femmes qui utilisent la PF selon les méthodes de préférence

Méthode de préférence	Kita		Bafoulabé		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Injectable, Depo</b>	<b>52</b>	<b>82,5</b>	<b>28</b>	<b>59,6</b>	<b>80</b>	<b>73</b>
Pilplan	8	12,7	17	36,2	25	23
Norplan	0	0	0	0	0	0
Collier	3	4,8	2	4,3	5	4
Ovrette	0	0	0	0	0	0
MAMA	0	0	0	0	0	0
Condom	0	0	0	0	0	0
Ligature trompe	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>47</b>	<b>100</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié des utilisatrices de PF ont affirmé préférer les injectables soit 73% suivi des Pilplan 23%. Seulement 4% d'entre elles utilisaient le collier.



**Figure 15 :** Répartition des femmes qui utilisent la PF selon le lieu fréquenté pour les méthodes

Les CSCoM ont été majoritairement cités comme lieu d’approvisionnement des femmes pour les méthodes de PF à Kita 85,7% et à Bafoulabé 87,2%.

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

Difficultés	Kita		Bafoulabé		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Absence de difficulté	15	23,8	35	74,5	50	45
<b>Effets secondaires</b>	<b>10</b>	<b>15,9</b>	<b>11</b>	<b>23,4</b>	<b>21</b>	<b>19</b>
Manque d'argent	11	17,5	0	0	11	10
Manque d'information adéquate	14	22,2	1	2,1	15	14
Refus du mari	7	11,1	0	0	7	6
Manque de moyen de transport	4	6,3	0	0	4	4
Risque d'erreur	2	3,2	0	0	2	2
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>47</b>	<b>100</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Les difficultés majeures citées sont surtout relatives aux effets secondaires 19%, au manque d’information adéquate 14 % et le manque d’argent 10% des cas.

**Tableau XIV : Répartition des mères qui utilisent la PF selon leurs solutions proposées pour la rendre meilleure**

Solutions proposées	Kita		Bafoulabé		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>CCC</b>	<b>39</b>	<b>61,9</b>	<b>36</b>	<b>76,6</b>	<b>75</b>	<b>68</b>
Rendre produits PF disponible	2	3,2	1	2,1	3	3
Produits PF gratuit	3	4,8	5	10,6	8	7
Produits sans effets 2nd, Eliminer effets 2nd	4	6,3	1	2,1	5	4
Impliquer les hommes	2	3,2	0	0,0	2	2
RAS	2	3,2	0	0,0	2	2
Autres	11	17,5	4	8,5	15	14
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>47</b>	<b>100</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Les deux tiers des utilisatrices de PF ont proposé de renforcer la CCC (68%).

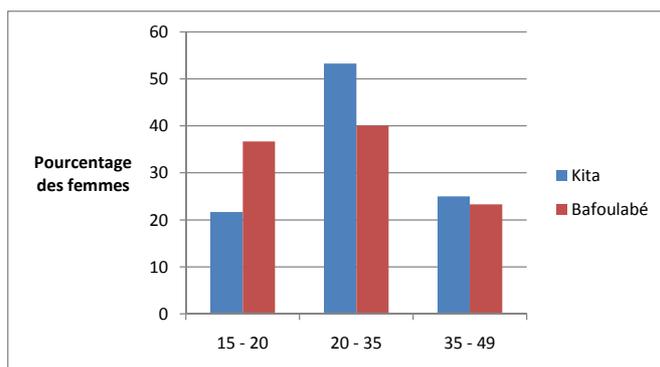
### **3. Opinions des femmes et des prestataires sur les points de prestation des services de la SR**

#### **3.1 Opinion des femmes sur les points de prestation des services de la SR**

**Tableau XV: Répartition des femmes enquêtées à la sortie des Centre de Santé par Aire de santé et par district sanitaire**

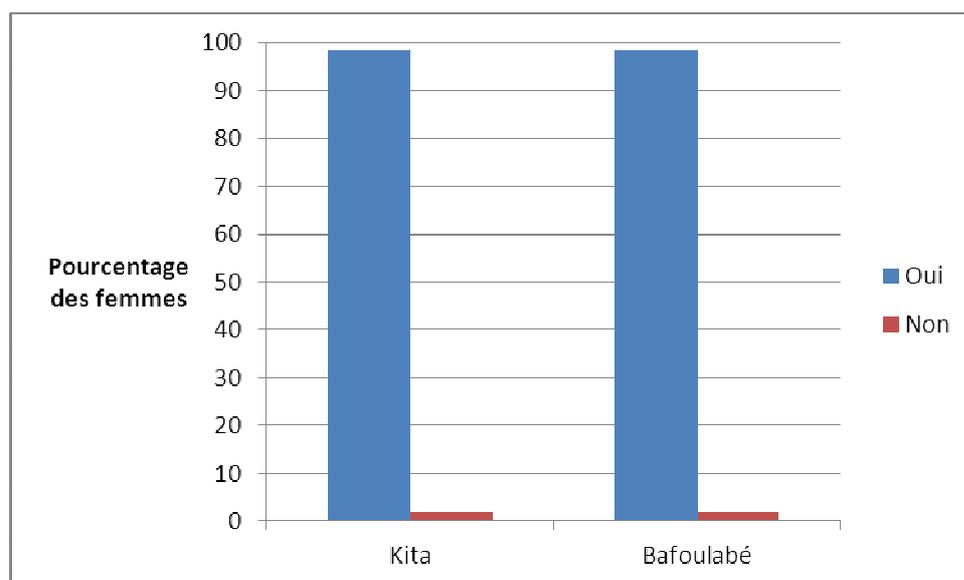
Cercle	Kita		Bafoulabé	
	Djidian	Kofeba	Ouassala	Mahina
Nombre	30	30	30	30
Sous total Cercle	60		60	
<b>Total</b>	<b>120</b>			

Au total, 120 femmes en âge de procréer ont été interrogées à leur sortie des centres de sante.



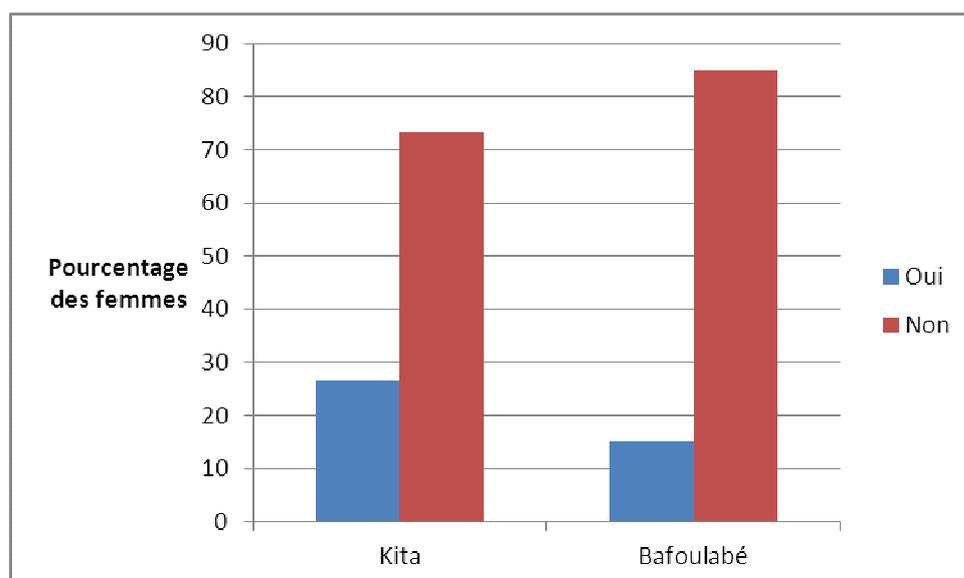
**Figure 16 :** Répartition des femmes interviewées à la sortie du centre de santé en fonction de l'âge par district sanitaire

Presque la moitié des femmes interviewées à la sortie des centres de santé avaient un âge entre 20-35ans soit 53,9% à Kita et 40% à Bafoulabé.



**Figure 17 :** Répartition des femmes selon le respect de l'ordre de passage

En moyenne, 98,6% des femmes ont déclaré avoir reçu les services recherchés et ont trouvé que l'ordre de passage avait été respecté.



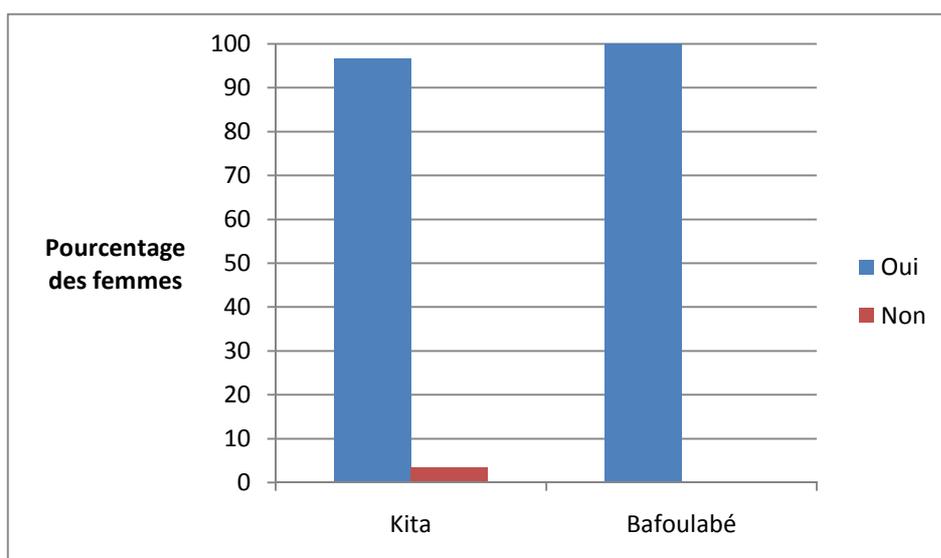
**Figure 18 :** Répartition des femmes selon l’appréciation de l’attente longue par district sanitaire

Au total, 26,7% des femmes avaient trouvé l’attente longue à Kita, contre seulement 15% à Bafoulabe.

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

Attitude de l’agent	Kita		Bafoulabé		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Attentive	58	96,7	60	100	118	98
Indifférente	2	3,3	0	0	2	2
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Le personnel sanitaire était attentif pour 98% des femmes.



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

La totalité des femmes étaient à l’aise par rapport au genre du personnel de santé à Bafoulabe soit 100%. Cependant, c’est à Kita que 3,3% des femmes n’étaient pas à l’aise.

**Tableau XVII :** Répartition des femmes selon leur satisfaction de l’accueil par district sanitaire

Satisfaction	Kita		Bafoulabé		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Pas satisfaite	0	0	1	1,7	1	1
Peu satisfaite	1	1,7	2	3,3	3	2
<b>Satisfaite</b>	<b>58</b>	<b>96,7</b>	<b>56</b>	<b>93,3</b>	<b>114</b>	<b>95</b>
Très satisfaite	1	1,7	1	1,7	2	2
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Au total, 95% les femmes étaient satisfaites de l’accueil.

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

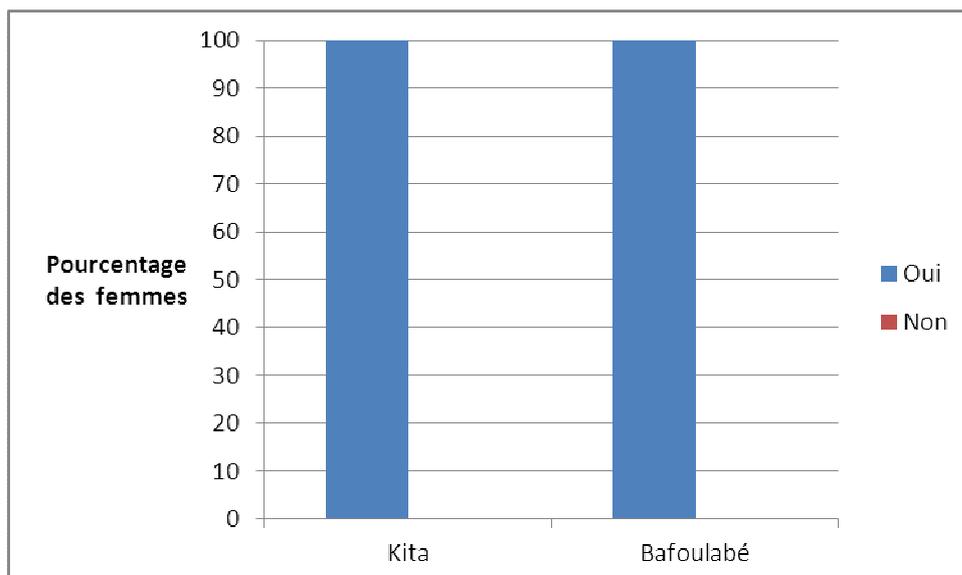
Motif de satisfaction	Kita		Bafoulabé		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Courtois/gentil/ jovial	13	21,7	18	30	31	26
Bien reçu	26	43,3	6	10	32	27
<b>Accueil chaleureux</b>	<b>7</b>	<b>11,7</b>	<b>31</b>	<b>51,7</b>	<b>38</b>	<b>32</b>
Respectable	2	3,3	1	1,7	3	2
A la disposition des patients	2	3,3	1	1,7	3	2
Conseillent les patients	9	15	1	1,7	10	8
Soins adéquats	1	1,7	0	0	1	1
Négligence du personnel	0	0	2	3,3	2	2
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

L'accueil chaleureux, la bonne réception et la courtoisie du personnel ont été les principaux motifs de satisfaction pour les femmes respectivement 32%, 27% et 26%.

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

Installé pendant l'attente	Kita		Bafoulabé		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Inconfortablement	0	0	2	3,3	2	2
<b>Assez confortablement</b>	<b>46</b>	<b>76,7</b>	<b>44</b>	<b>73,3</b>	<b>90</b>	<b>75</b>
Très confortablement	14	23,3	14	23,3	28	23
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

La majorité des femmes étaient assez confortablement installées dans la salle d'attente dans 75% des cas.



**Figure 20:** Répartition des femmes en fonction de leur appréciation sur l'état de propriété des latrines des CSCom par district sanitaire

Les femmes ont trouvé que les latrines étaient propres dans les deux localités.

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

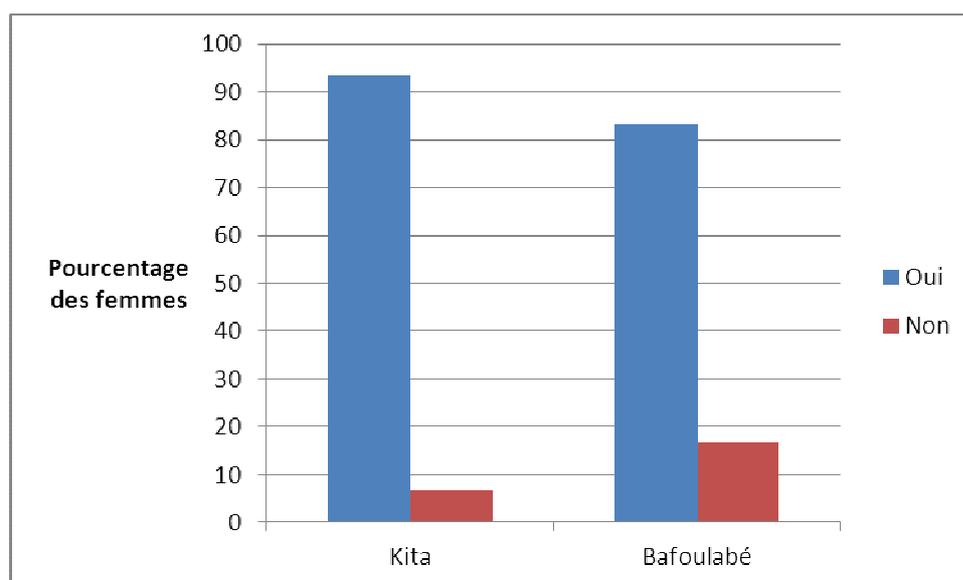
Disponibilité heures de service	aux	Kita		Bafoulabé		Total	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Toujours		59	98,3	60	100	119	99
Ne sait pas		1	1,7	0	0	1	1
<b>Total</b>		<b>60</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

La disponibilité du personnel sanitaire aux heures de service a été affirmée par 99% des femmes.

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

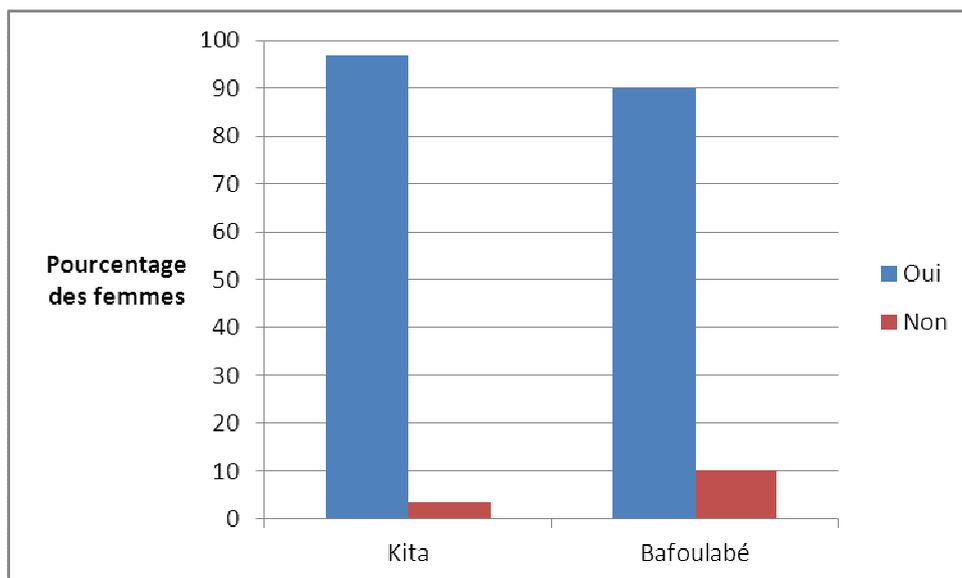
Disponibilité hors heures de service	Kita		Bafoulabé		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Toujours	50	83,3	27	45	77	64
Souvent	4	6,7	8	13,3	12	10
Rarement	0	0	2	3,3	2	2
Autres	1	1,7	7	11,7	8	7
Ne sait pas	5	8,3	16	26,7	21	17
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Au total, 64% des femmes ont affirmé que la disponibilité du personnel était assurée en dehors des heures de services.



**Figure 21 : Répartition des femmes selon la disponibilité des médicaments**

Concernant la disponibilité des médicaments, 93,3% des femmes trouvaient que les médicaments étaient toujours disponibles à Kita. Contrairement à celle de Bafoulabé où les médicaments n'étaient pas disponibles pour 16,7% des femmes.



**Figure 22 :** Répartition des femmes selon la prescription de médicaments par district sanitaire

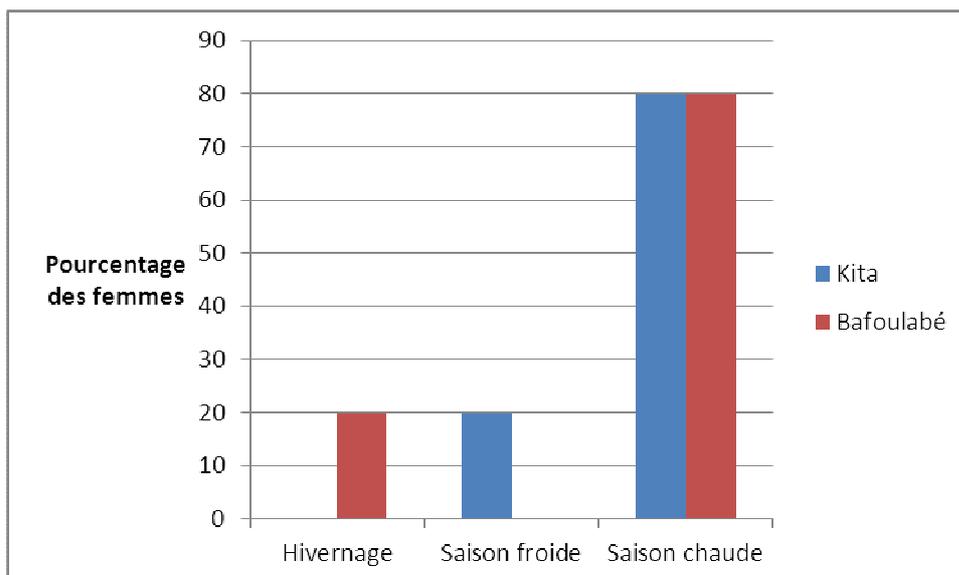
Pratiquement la totalité des femmes ont bénéficié de prescription de médicaments lors de leurs visites soit 96,7% à Kita, et 90% à Bafoulabé.

### 3.2. Opinion du personnel de santé sur l'utilisation des services de santé de la reproduction

**Tableau XXII :** Répartition du personnel des CSCom enquêtés par district sanitaire

Cercle	Kita		Bafoulabé	
	Djidian	Kofeba	Ouassala	Mahina
Nombre	3	2	2	3
Sous total Cercle	5		5	
<b>Total</b>	<b>10</b>			

Des entretiens structurés ont eu lieu avec 10 personnels de la SR. Les interviews ont porté sur la fréquentation des services de SR et les raisons de la faible fréquentation de certains services SR.



**Figure 23 :** Répartition du personnel des CSCom selon leur avis sur la période de l'année où la fréquentation est la plus basse par district sanitaire

La saison chaude est considérée comme la période où la fréquentation est plus faible selon 80% des agents interrogés dans les deux localités.

**Tableau XXIII :** Répartition du personnel des CSCom selon l'activité la plus concernée par la mauvaise fréquentation par district sanitaire

Activité mal fréquentée	Kita		Bafoulabé		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
CPON	1	20	2	40	3	30
CPN	1	20	1	20	2	20
Accouchement	1	20	1	20	2	20
SPE	0	0	1	20	1	10
Vaccination	2	40	0	0	2	20
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

L'activité la plus concernée par la mauvaise fréquentation la CPON (30%). Elle est suivie de la CPN, la vaccination et l'accouchement qui représentent 20% chacun.

**Tableau XXIV : Répartition du personnel des CSCom selon les Raisons de sous fréquentation des CPoN par district sanitaire**

Raisons sous fréquentation CPoN	Kita		Bafoulabé		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Femmes pensent que ce n'est pas nécessaire	0	0	5	100	5	50
Les mères pensent que se n'est pas utile	5	100	0	0	5	50
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Les raisons de la mauvaise fréquentation des CPoN sont surtout : l'absence de nécessité (50%).

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

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

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

Solutions	Kita		Bafoulabé		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>CCC</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>60</b>	<b>8</b>	<b>80</b>
Formation agent	0	0	1	20	1	10
Stratégie avancée	0	0	1	20	1	10
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Au total, 80% des personnels ont proposé le CCC pour améliorer les sous fréquentations avec la plus grande proposition à Kita (100%)

➤ **Répartition des CSCoM selon les difficultés et les propositions de solutions dans la réalisation des CPN**

Pour la plupart des DTC (41,7%) le problème d'argent a constitué le gros handicap pour la réalisation des CPN. Aux vus de l'ensemble des problèmes, la grande majorité a proposé d'intensifier les CCC (66,7%).

➤ **Répartition des CSCoM selon les difficultés et propositions de solutions dans la réalisation de la PF par Cercle**

Concernant la PF, les grandes difficultés ont tourné autour du refus des femmes (25%) et des hommes (25%) d'où aussi des propositions de CCC (75%).

➤ **Répartition des CSCoM selon les difficultés et propositions de solutions dans la réalisation de la CMF par Cercle**

Les plus grandes difficultés citées par les DTC concernant la réalisation des CMF étaient le problème d'argent (33,3% des CSCoM) et l'automédication (25%). Les solutions ont été entre autres la CCC (66,7% des CSCoM).

➤ **Répartition des CSCoM selon les difficultés et propositions de solutions dans la réalisation de la CME par Cercle**

Les plus grandes difficultés citées par les DTC concernant la réalisation des CME étaient la pauvreté (25% des CSCoM) et le recours en premier lieu aux guérisseurs (16,7%) et Désintérêt des parents (16,7%). Les solutions ont été entre autres la CCC (58,3% des CSCoM).

➤ **Répartition des CSCoM selon les difficultés et propositions de solutions dans la réalisation de la vaccination par Cercle**

La plus grande difficulté citée par les DTC concernant la réalisation des vaccinations était l'accessibilité (33,3% des CSCoM). Les solutions ont été entre autres la CCC (33,3% des CSCoM) et l'amélioration de l'accessibilité géographique (16,7% des CSCoM).

**Tableau XXVI : Répartition des CSCCom selon la disponibilité de médicaments par district sanitaire (0 = Rupture 1 = Présence)**

Cercle Aire de santé	Kita		Bafoulabé		Total
	Asacodji	Kofeba	Asacowa	Mahina	
<b>Rupture de stock médicament</b>					
aas500cp	0	0	0	0	3
Hydalmg	0	0	0	0	1
amoxi500	0	0	0	0	1
Spcp	0	0	0	0	4
Mebenda	0	0	0	0	2
Metro	0	0	0	0	1
Peni V	0	1	1	0	7
CTA	1	1	0	1	9
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>28</b>
<b>Rupture vaccin</b>					
BCG	0	0	0	0	3
Polio	0	0	0	0	3
DTC	0	0	0	0	3
VAR	0	0	0	0	1
VAA	1	1	0	0	3
VAT	0	0	0	1	2
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>15</b>

Les causes de rupture dans les 4 CSCCom étaient la rupture au DRC.

Seul les CTA n'avaient connu de rupture pendant l'enquête que dans un CSCCom ; VAR, BCG, Polio et DTC étaient en rupture dans tous les CSCCom.

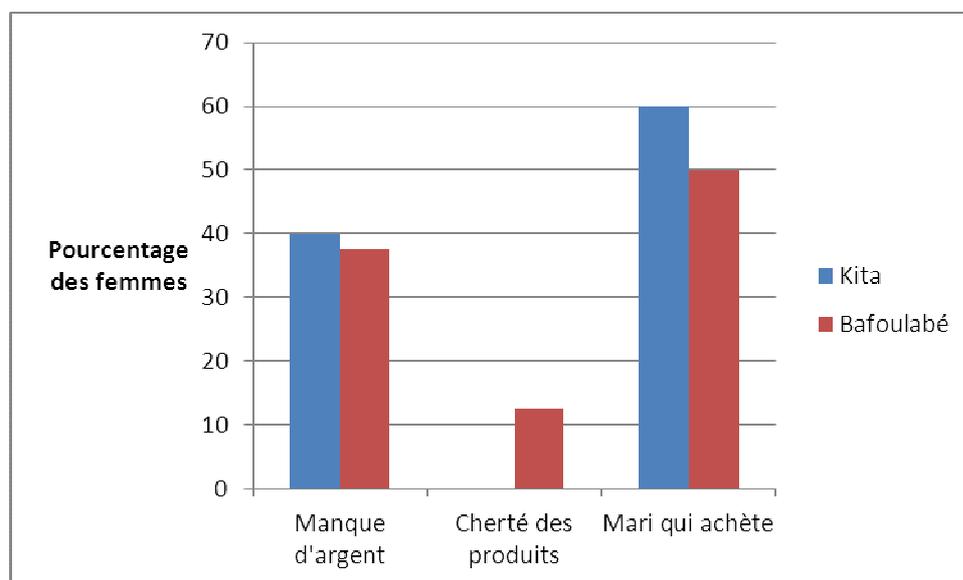
**Tableau XXVII: Répartition des CSCom selon les opinions des DTC sur la fréquentation des services par district sanitaire**

CSCom	Kita		Bafoulabé	
	Asacodji	Kofeba	Asacowa	Mahina
<b>Fréquentation</b>				
Plus élevée	Hivernage	Hivernage	Hivernage	Hivernage
Plus basse	Saison chaude	Saison chaude	Saison chaude	Saison chaude
<b>Activité la moins fréquentée</b>				
<b>Activités</b>	PF	CPON	PF	CPON
<b>Causes</b>	Religieux	Non respect RDV	Refus mari	Mauvaise organisation
<b>Solutions</b>	CCC	CCC	CCC	Responsabilisé un agent

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

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

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



**Figure 24 :** Répartition des femmes selon les raisons du non achat des médicaments par district sanitaire

Les principales raisons étaient que ce sont les maris qui achètent les médicaments pour 60% des femmes à Kita et 50% à Bafoulabé. Le manque d'argent à été évoqué dans 40% à Kita et 37,5% à Bafoulabé.

**Tableau XXVIII: Répartition des femmes selon le moyen utilisé pour se rendre au centre et en fonction des districts sanitaires**

Moyen utilisé	Kita		Bafoulabé		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Pied</b>	<b>109</b>	<b>45,4</b>	<b>143</b>	<b>59,6</b>	<b>252</b>	<b>52</b>
Moto	113	47,1	72	30	185	38
Charrette	2	0,8	11	4,6	13	3
Vélo	11	4,6	8	3,3	19	4
Taxi	3	1,3	0	0	3	1
Véhicule personnel	1	0,4	0	0	1	0
Autres	1	0,4	6	2,5	7	2
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100</b>	<b>240</b>	<b>100</b>	<b>480</b>	<b>100</b>

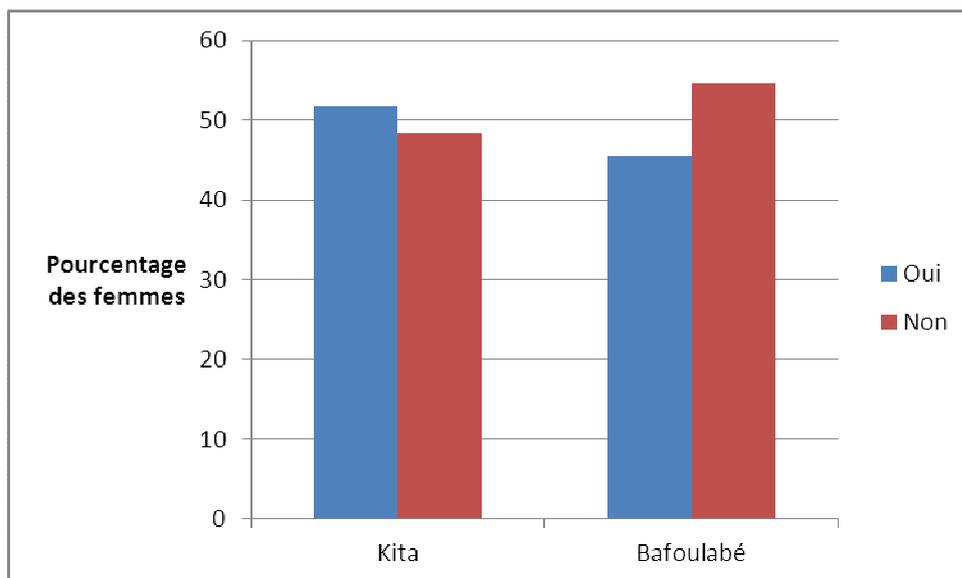
Au total, 52% les femmes ont utilisé le pied pour se rendre au centre de santé. Cela était plus fréquent à Bafoulabé (59,6%).

#### **4.2 Barrières géographiques à l'accès des femmes aux services de santé de la reproduction de qualité**

**Tableau XXIX: Répartition des CSCCom selon l'accessibilité géographique**

Accessibilité géographique	Kita		Bafoulabé		Total
	Asacodji	Kofeba	Asacowa	Mahina	
Population	17466	17137	9269	18780	62652
Nb village	12	21	13	15	61
Moins de 5km	3	5	3	3	14
De 5 à 15km	7	8	3	9	27
Plus 15km	2	8	7	3	20
Obstacle naturels entre villages	Cours d'eau	Cours d'eau	Cours d'eau	Cours d'eau	

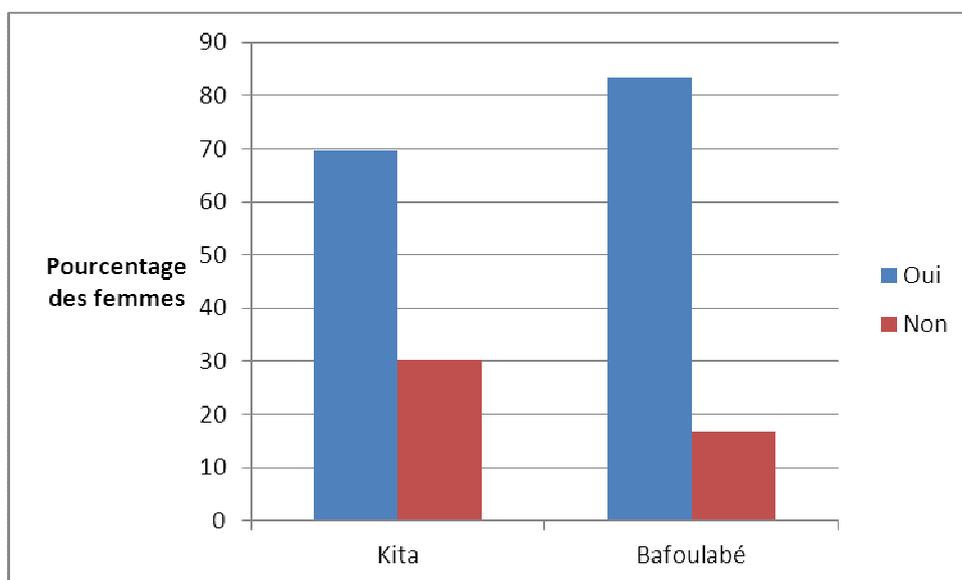
Seulement 3,5 villages étaient en moyenne dans un rayon de 5 km autour d'un CSCCom. Ce qui est relativement très faible en matière d'accessibilité géographique. Aussi il existait d'obstacles naturels (Cours d'eau) dans toutes aires de santé entre les villages et le CSCCom.



**Figure 25 :** Répartition des femmes en fonction de l'éloignement du centre de santé par district sanitaire

L'éloignement du centre de santé à été signalé par 48,5% des femmes enquêtés. Ce chiffre était de 45,4% à Bafoulabé et 51,7% à Kita.

### 4.3 Barrières liées aux services de santé



**Figure 26 :** Répartition des mères ayant accouché au centre de santé en fonction de la disponibilité du Carnet vaccination de l'enfant

Le carnet de vaccination de l'enfant a été présenté à l'enquêteur dans 69,7% des cas à Kita. Ce taux était meilleur à Bafoulabé (83,2%).

**Tableau XXX : Répartition des CSCom en fonction du nombre de personnel**

Personnel CSCom	Kita		Bafoulabé		Total
	Asacodji Effectif	Kofeba Effectif	Asacowa Effectif	Mahina Effectif	
Médecin	0	0	1	1	2
Inf d'Etat	1	0	0	0	1
Infirmier	0	0	0	0	0
Sage femme	0	0	0	1	1
<b>Matrone</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>6</b>
Aide soignant	1	1	0	1	3
Assistant Médical	0	0	0	0	0
TSS	0	1	0	1	2
TS	0	0	1	0	1
Infirmière Obs	2	0	0	0	2
Comptable	0	0	0	0	0
<b>Gérant</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
Manœuvre	0	1	0	0	1
Gardien	1	0	0	0	1
Vendeur de ticket	0	0	0	0	0
Chauffeur	1	0	0	0	1
Technicien Labo	0	0	0	0	0
<b>Nombre total</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>25</b>

Tous les CSCom disposaient de Matrones et de Gérant de dépôt de pharmacie.

Les autres catégories d'agents manquaient dans certains CSCom.

**Tableau XXXI : Répartition des CSCCom selon la disponibilité des services**

Disponibilité des services	Kita		Bafoulabé	
	Asacodji	Kofeba	Asacowa	Mahina
Nb jours ouvrables	5	5	6	5
Nb heures ouvrables	8h00	8h30	8h00	8h00
Heure début	6h00	7h30	8h00	8h00
Heure fin	14h00	16h00	16h00	16h00
Vaccination	1	1	1	1
CPN	1	1	1	1
Distribution Micronutriments	0	0	0	0
Consultation curative	0	0	1	0
CPON	0	0	0	0
CPON SPE	0	0	0	0
CPON SPE PF	0	0	0	0
SPE	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>

Le nombre de jour ouvrables par semaine était 5 dans 3\4 des CSCCom visités avec un travail couvrant 08h00 mn par jour. Dans toutes les aires de santé la vaccination et la CPN étaient réalisées en stratégie avancée.

#### 4.4 Barrières socio culturelles

L'analyse de contenu des focus groups a identifié les barrières ci dessous:

- **Lié à la croyance :** En ce qui concerne la CPN nombreuses sont des femmes qui ont affirmé que le dénouement de la grossesse est du ressort de **Dieu** et aucun être ne saurait le contrôler. Et, pour cause beaucoup ont avoué que celles qui ont des problèmes gynécologiques sont celles qui sont fréquentes aux séances de CPN
- **Lié à la tradition :**
- la **tradition a priorisé l'homme** plus que la femme à telle enseigne qu'il est maître de décision un fait l'assujettit. Même si la femme a de l'argent, elle

peut ni se faire consulter ni suivre la planification familiale sans l'autorisation du mari. Car les conséquences sont multiples : infidélité, stérilité ou sorcellerie.

*Quelques témoignages :*

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

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

- **Obéissance à la décision de ses parents** : toute femme bien éduquée doit toujours **obéir à la décision de ses parents** même si elle n'est pas toujours la bonne

*Quelques témoignages :*

« Ici c'est le père qui donne sa fille en mariage sans son consentement ni celui de sa mère. J'étais 3<sup>ème</sup> de ma classe au Lycée de Kita 10<sup>ème</sup> lettre et à cause du mariage je suis au village chez mon mari qui ne veut plus que je continue avec mes études et si je m'entête, c'est ma mère qui sera renvoyée de la famille par mon père, car c'est la tradition. Je n'avais autre choix que de l'accepter. » Elle le racontait avec les larmes aux yeux. : **Une ménagère**

- **Liée à la charge de la femme** : La religion demande à la femme d'obéir à son mari et ce principe est souvent associé à la tradition qui font que certains hommes se limitent simplement à tout laisser à la **charge de la femme**, même les prix de condiments et leurs tâches selon eux c'est remplir le grenier de céréales. Et la **rivalité entre coépouse** oblige la femme à subir pour ne pas se faire humilier.
- **Lié à l'opinion de l'influence de l'occident** : certaines femmes pensent que, toute femme qui reste fidèle au suivi de la CPN, veut **se comporter en européenne**.

## VI. DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES

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

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

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

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

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

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

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

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

## **L'analyse des résultats obtenus**

### **1. Par rapport aux caractéristiques sociodémographiques des femmes interviewées dans les ménages**

La tranche d'âge 20-35 ans a été la plus représentée avec 53%. Ce résultat est supérieur à celui trouvé par **Coulibaly F [14]** pour qui 42,4% avaient l'âge compris 25-34ans.

Nous avons enregistré 97,7 % des mariés, résultat similaire a celui de **Almamy Malick Kanté et al [15]** qui a trouvé 96% dans son étude.

La majorité de nos femmes ne savait ni écrire ni lire (67%) Ce chiffre est légèrement inférieur au résultat de **Gbessemalan Agossi Nelly [16]** qui a trouvé 77,8%.

### **2. Utilisation des services de SR par les femmes**

- Dans notre étude, le CSCom a été la première structure fréquentée par les femmes lors de leur maladie les trois dernier mois qui a précédé l'enquête avec 54,8%. Ce résultat est comparable à celui de **Gbessemalan Agossi Nelly [16]** qui a trouvé 40,6%, mais pour ce dernier la notion de trois dernier mois ne ressortait pas dans le questionnaire.

Les femmes ayant accouché dans le CSCom ont été minoritaire avec 36,6%. L'étude réalisée par **Adam en 2009 [17]** a obtenu une proportion de 83,6% des femmes ayant accouché au CSCom de Baco-Djicoroni.

- Les femmes ayant fait au moins une CPN au cours de leur grossesse représentaient 77,1%. Ce résultat se rapproche de ceux enregistrés par **Gbessemalan Agossi Nelly [16]** et **Adam [17]** qui ont trouvé respectivement au cours de leur étude 92,6% et 99,2%.

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

Dans notre étude, 77,1 % des femmes ont déclaré avoir utilisé les services de CPN, 70,8% ont reçu deux doses de SP lors des CPN et 60,4% des gestantes ont effectué au moins trois visites recommandées. Nous constatons que l'utilisation

des services de CPN diminue au fur et à mesure que la grossesse avance. Les raisons sont principalement liées au problème d'argent et à la négligence.

Parmi les femmes ayant suivi régulièrement les CPN, 81,6% avaient bénéficié d'au moins deux doses de VAT. **Malick Kanté et al [15]** ont trouvé 85% mais pour ce dernier la notion d'au moins deux doses ne ressortait pas.

- Quant au suivi postnatal, il a été l'activité la plus concernée par la mauvaise fréquentation pour 30% du personnel des CSCoM. Les raisons évoquées par 50% du personnel étaient que les femmes ne l'ont pas trouvée nécessaire.

Les activités de CPoN se résument à la planification familiale (PF). La multiplication des points de prestation a fait que la CPoN est timide dans les CSCoM. Au Maroc, l'activité de CPoN demeure également très insuffisante dans les vallées où seulement 46 % des femmes ayant accouché entre 2001 et 2006 ont déclaré avoir consulté une structure de santé après la naissance de leur enfant, il s'agit là de la consultation quel que soit le motif c'est à dire pouvant avoir eu pour objet la consultation de la femme elle-même, des soins à l'enfant ou sa vaccination (**Zouni et al ; 2009b**) [18]. Parmi les femmes ayant l'habitude d'effectuer une CPoN, 84,6% d'entre elles ont été informées des méthodes de PF contre 96,72% trouvées par **Traore A [19]** au cours de son étude.

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

- Concernant l'utilisation des méthodes de PF, notre étude a montré que 52,54% des femmes enquêtées dans la communauté utilisaient déjà une méthode de PF parmi lesquelles 73% avaient préféré les formes injectables. L'étude de **Traoré A [19]** réalisée dans la structure de santé a trouvé que 52% des femmes utilisaient les formes injectables, les différences de résultat pourraient s'expliquer par le lieu d'étude.

### **3. Opinion des femmes sur les points de prestation des services de la SR**

- Par rapport à la qualité de l'accueil, il constitue la première phase du traitement car un patient bien accueilli se sent plus à l'aise et place sa confiance au personnel de soin, condition nécessaire pour être réceptif au traitement. L'accueil a été satisfaisant pour 95% des femmes. **Kanta K [20]** dans son étude au niveau de la communauté et **Traore A [19]** l'étude réalisée dans le centre de santé a obtenu respectivement un taux de 73,7% et 64,70% de satisfaction par rapport à l'accueil.

- Les femmes ont affirmé la disponibilité du personnel sanitaire aux heures de service dans 99%, ce résultat est supérieur à celui rapporté par **Traore A [19]** dans son étude qui a trouvé 64,70%.

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

- Par rapport à l'accessibilité géographique des centres de santé, 48,5% des femmes ont trouvé que le centre de santé était éloigné de leur domicile. Par contre 47% de femmes ont affirmé le contraire dans l'étude réalisée par **Wonguem S [21]** à Bamako en 2006.

- Par rapport aux moyens de transport utilisés, une forte proportion des gestantes partait au centre à pied soit 52% contre 38 % qui partaient à moto. Dans l'étude réalisée par **Gbessemalan Agossi Nelly [16]**, 71, 3% s'y rendait à pied, son résultat est probablement dû à la position géographique du centre de santé communautaire qui se situait au milieu du quartier.

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

- Concernant la PF, les difficultés majeures citées ont été surtout relatifs aux effets secondaires (19%) et au manque d'argent (10%) ou de refus du mari (6%). L'étude réalisée par **Traore A [19]** a obtenu comme barrière à l'utilisation de la PF le désir d'avoir des enfants (64,5%), l'interdiction imposée par la religion

(10,60%), la tradition (9,20%), l'influence des maris (7,80%), et les effets secondaires (3,70%).

### **5. Analyse des barrières socioculturelles :**

En ce qui concerne la CPN, l'étude a montré que nombreuses sont des femmes qui ont affirmé que le dénouement de la grossesse est du ressort de Dieu et aucun être ne saurait le contrôler. Dans une étude menée en Mauritanie, 8,3% des femmes pensent que la CPN ne sert à rien [22]. La majorité des femmes ont affirmé que même si la femme a de l'argent, elle peut ni se faire consulter ni suivre la planification familiale sans l'autorisation du mari qui est maître de décision. Ceci est ressorti en d'autre terme au Ghana lors d'une conférence que pour les femmes dans les communautés rurales ou celles qui ne sont pas économiquement indépendantes, l'approbation du partenaire (l'époux) est inévitable [23].

## VII. CONCLUSION

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20 à 35ans ; Tranche d'âge la plus active sexuellement au sein de la population. Les agricultrices et les ménagères étaient majoritaires

Au moment de l'enquête, la quasi-totalité des femmes avaient au moins un à deux enfants de moins de 5 ans. La majorité de ces mères d'enfant de moins de 5 ans ont déclaré que leurs enfants sont tombés malades dans les trois premiers mois précédents l'enquête et le paludisme était l'affection la plus déclarée. Parmi les femmes ayant déclaré avoir eu une maladie les derniers précédant l'enquête, seulement la moitié ont eu recours à un centre de santé et une bonne partie continue à consulter les tradithérapeutes. Plus de la moitié des femmes ont réalisé au moins trois CPN lors leurs dernières grossesses mais seulement un tiers d'entre elles ont accouché aux CSCOM. Les services de CPON ont été fréquentés par la moitié des femmes dans les deux districts sanitaires et les activités se résument à la Planification familiale. Cette dernière est timidement utilisée à Bafoulabé. De façon générale, plus de la moitié des utilisatrices ont affirmé préférer les injectables. Les femmes étaient satisfaites des points de prestation des services SR avec des motifs comme : l'accueil chaleureux, la bonne réception et la courtoisie du personnel. Les barrières à l'accès des femmes aux services de santé de la reproduction étaient liées à l'éloignement des structures de santé, au manque d'autonomie financière, à l'obéissance de la décision des parents et du mari.

## VIII. RECOMMANDATIONS

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

1. La communication pour le changement de comportement en santé de la reproduction (CCC) en ciblant les femmes elles même et les maris ainsi que la communication de masse ;
2. Promotion de la scolarisation et de l'alphabétisation des filles en milieu rural ;
3. Promouvoir les Points de Prestations de Services (PPS) pour la PF à travers la nouvelle stratégie des agents de santé communautaires ;
4. L'initiation des femmes aux activités régénératrices de revenu ; pour qu'elles puissent subvenir à leur besoin ;
5. le développement de la mutualité dans les CSCom pour alléger le cout des prestations aux femmes ;
6. La supervision suivi / Evaluation des services de santé de la reproduction surtout la CPON pour rehausser sa fréquentation.

## **IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES (SELON VANCOUVER)**

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

Enquête démographique et de santé. 4<sup>ème</sup> édition. Bamako: MS; 2006.

### **2. Donabedian A.**

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

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

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

### **4. Rougemont A, Brunet J, et Jailey.**

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

### **5. Hart M.A, et Coll.**

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

### **6. Définition de la santé selon l'O.M.S.**

[http://www.bioenergeteque.com/crbst\\_3.html](http://www.bioenergeteque.com/crbst_3.html) consulté 2012-10-29.

### **7. Boubacar Barry.**

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

### **8. Division Santé de la Reproduction (DSR).**

Politique et normes des services de santé de la reproduction. juin 2005.

### **9. Institut National de la Statistique.**

4<sup>ème</sup> Recensement général de la population du MALI (RGPH) tome 2 : série habitat Novembre 2011.

### **10. [http://fr.wikipedia.org/wiki/Région\\_de\\_Kayes](http://fr.wikipedia.org/wiki/Région_de_Kayes)**

Site consulté le 22 Juillet 2012.

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

Liste fonctionnelle des aires de santé 2011.

**12. Microsoft Encarta junior 2009.**

Atlas interactif de Microsoft consulté le 12 Août 2012.

**13. Direction Nationale de la Santé.**

Rapport annuel statistique sanitaire année 2010.

**14. Coulibaly F.**

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

**15. Kanté A M, Guyavarch E, Pison G.**

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

Choc des cultures ou mauvaise organisation sanitaire ?

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

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

**16. Agossi Nelly G.**

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

**17. Adam Baba Body A.H.**

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

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

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

**19. Traoré A. I.**

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

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

**21. Wonguem S.S.**

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

**22. Ministère de la Santé et des Affaires Sociales**

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

**23. Ministère de la Santé du GHANA**

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

## **X. ANNEXE**

## QUESTIONNAIRES

FICHE 1

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

Nom enquêteur : ..... Date : ..... / ..... / 201...  
Nom du superviseur : .....  
Région : ..... Cercle : ..... Commune : .....  
Aire de santé ..... Nom du CSCOM : ..... Village/Quartier : .....  
N° Enquêté / \_\_\_\_\_ /

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

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

#### 1.A. Identification

- 1.1. Prénom et Nom: .....
- 1.2. Age : /\_\_\_/\_\_\_/ (année)
- 1.3. Ethnie : .....
- 1.4. Statut marital : /\_\_\_/ 1- célibataire 2- Mariée 3- Veuve
- 1.5. Niveau d'instruction : /\_\_\_/ 1-Ne sait ni lire ni écrire 2-  
Primaire 3. Secondaire 4. Supérieur 5-Alphabétisée
- 1.6. Profession : /\_\_\_/ 1- Salariée 2- Commerçante 3- Agricultrice  
4- Eleveuse 5- Opératrice du secteur privé 6- Transporteuse  
7- Ménagère 8-Retraîtée 9-Artisane 10- Autres
- 1.7. Taille ménage /\_\_\_/\_\_\_/
- 1.8. Adhérent au CSCOM ? /\_\_\_/ 1. Oui 2.Non

#### 1.B. Antécédents de grossesse

Mme TOURE Mouneïssa SOUMARE

L'accès des femmes aux services de sante de la reproduction dans la région de Kayes au Mali

A

- 1.9. Combien de grossesses avez-vous eu ? /\_\_\_/\_\_\_/
- 1.10. Combien d'avortements avez-vous eu ? /\_\_\_/\_\_\_/
- 1.11. Combien d'enfants avez-vous eu ? /\_\_\_/\_\_\_/
- 1.12. Combien sont-ils vivants ? /\_\_\_/\_\_\_/
- 1.13. Combien sont-ils décédés ? /\_\_\_/\_\_\_/
- 1.14. Y a-t-il eu des cas de morts nés? /\_\_\_/\_\_\_/
- 1.15. Avez-vous fait des CPN au cours de votre dernière grossesse ? /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
- 1.16. Si oui combien ? /\_\_\_/ Ne sait pas /\_\_\_/
- 1.17. Avez-vous reçu le VAT au cours de cette grossesse ? /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
- 1.18. Si oui combien de dose ? /\_\_\_/ Ne sait pas /\_\_\_/

### **1.C. Recours au CSCOM**

- 1.19. Etes-vous tombé malade ces trois derniers mois ? /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
- 1.20. Etes-vous partie pour cette maladie au centre de santé ? /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
- 1.21. Si non où êtes vous partie? /\_\_\_/
1. Nulle part 2. Automédication 3. Guérisseurs 4. Autres (précisez).....
- 1.22. Pourquoi ce choix ?.....
- 1.23. Avez-vous dormi sous MIILDA la nuit dernière ? /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
- 1.24. Combien avez-vous d'enfants de moins de 5 ans ? /\_\_\_/
- 1.25. Combien d'enfants de moins de 5 ans ont dormi sous MIILDA la nuit dernière ? /\_\_\_/
- 1.26. Combien d'enfants de moins de 5 ans sont correctement vaccinés ? /\_\_\_/
- 1.27. Vos enfants de moins de 5 ans sont-ils tombés malades ces trois derniers mois ? /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
- 1.28. Si oui, combien sont tombés malades ? /\_\_\_/
- « «1» »
- 1.29. Quelle est la dernière maladie de l'enfant de ..... An (s) ?
- .....
- 1.30. Êtes-vous partie pour cette raison au centre de santé ? /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
- 1.31. Si non où êtes vous partie? /\_\_\_/
1. Nulle part 2. Automédication 3. Guérisseurs 4. Autres (précisez).....
- 1.32. Pourquoi ce choix ?.....

« «2» »

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

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

1.35. Si non où êtes vous partie? /\_\_\_/

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

1.36. Pourquoi ce choix ?.....

« «3» »

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

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

1.39. Si non où êtes vous partie? /\_\_\_/

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

1.40. Pourquoi ce choix ?.....

« «4» »

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

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

1.43. Si non où êtes vous partie? /\_\_\_/

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

1.44. Pourquoi ce choix ?.....

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

1.46. Le centre de santé est -il éloigné ? /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

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

1.48. Comment vous êtes vous rendu au centre ? /\_\_\_/ 1. Pied 2. Charrette  
3. Vélo 4. Moto 5. Taxi 6. Véhicule personnel  
7. Autres (précisez).....

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

1.50. Comment étiez vous installée pendant l'attente ? /\_\_\_/ 1. Inconfortablement  
2. Assez confortablement 3. Très confortablement

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

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

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

#### 1.D. Qualité des soins

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.65. Si non pourquoi ?.....

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

- 1.67. Le personnel sanitaire est –il toujours disponible en dehors des heures de service ? /\_\_\_/ 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais 5. Autres 6. Ne sait pas
- 1.68. Vous a t-on dit ce qu'on a trouvé lors de la consultation ? 1. Oui 2. Non
- 1.69. Vous a t-on donné des conseils ? /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
- 1.70. Vous a t-on prescrit des médicaments ? /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
- 1.71. Si oui avez vous acheté ces médicaments ? /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
- 1.72. Où avez vous acheté ces médicaments ? .....
- 1.73. Si oui, vous a t-on expliqué la posologie de ces médicaments ? /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
- 1.74. Si vous n'avez pas acheté ces médicaments quelle en est la raison ? /\_\_\_/  
 1. Manque d'argent 2. Rupture du médicament 3. Cherté des produits  
 4. Autres (précisez).....
- 1.75. Que pensez-vous de l'efficacité du traitement ? /\_\_\_/ 1. Non efficace  
 2. Peu efficace 3. Efficace 4. Très efficace 5. Autres (précisez).....
- 1.76. Si le traitement a été non/peu efficace quelle en est la raison ? /\_\_\_/1.  
 Incompétence du personnel 2. Sévérité de la maladie 3. Autres  
 (précisez).....
- 1.77. Avez-vous effectué des consultations prénatales lors de la dernière grossesse ?  
 /\_\_\_/  
 1. Oui 2. Non
- 1.78. Si oui, Combien de visites CPN ? /\_\_\_/
- 1.79. Si non pourquoi ?.....  
 .....
- 1.80. Avez-vous reçu les 2 doses de SP durant votre grossesse ? /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
- 1.81. Si non pourquoi ?.....
- 1.82. Avez-vous accouché au CSCOM ? /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
- 1.83. Si non, où avez vous accouché ? ..... et
- 1.84. Pourquoi ?.....  
 .....

1.85. L'accouchement a-t-il été assisté par un personnel sanitaire ? /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

1.86. Avez-vous effectué des consultations post natales après l'accouchement? /\_\_\_/  
1. Oui 2. Non

1.87. Si non pourquoi ?.....  
.....

1.88. Vous a-t-on présenté des méthodes contraceptives ? /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

1.89. Si oui avez-vous accepté ? /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

1.90. Pourquoi ?.....  
.....

1.91. L'enfant a-t-il été correctement vacciné ? /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non  
(Demander à voir le carnet de vaccination de l'enfant)

1.92. Carnet vu ? /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

1.93. Vaccination correcte ? /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

1.94. Si non pourquoi ?.....  
.....

1.95. Avez-vous effectué les consultations de suivi pour votre enfant ? /\_\_\_/ 1.Oui  
2.Non

1.96. Si non pourquoi ?.....  
.....

### 1. E. Service de PF

1.97. Etes vous informées des méthodes de PF ? /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

1.98. Si oui par quel moyen ? .....

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

1.100. Pourquoi ? .....

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

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

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

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

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

1.105. Que proposez-vous pour une meilleure PF ?

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

**FICHE SIGNALÉTIQUE :**

**NOM :** Soumaré

**PRENOM :** Mouneïssa

**Tel:** 00223 76306236

**ANNEE DE SOUTENANCE** 2012-2013

**TITRE DE LA THESE :** Accès des femmes aux services de santé de la reproduction dans la région de Kayes au Mali

**VILLE DE SOUTENANCE :** Bamako

**PAYS D'ORIGINE :** MALI

**LIEU DE DEPOT :** Bibliothèque de la faculté de médecine, et d'odontostomatologie

**SECTEURS D'INTERET :** Département de Santé Publique

**OBJET :** Etudier l'accès des femmes à des services de santé de qualité dans la région de Kayes (Mali).

## RESUME

Notre étude a porté sur 480 femmes dans la Région de Kayes. Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive dans la population. L'objectif général était d'étudier l'accès des femmes aux services de santé de la reproduction dans la Région de Kayes.

L'enquête a eu lieu dans 4 aires de santé dans la région de Kayes, celle d'Ouassala, Mahina (district de Bafoulabé) et de Kita (Djidjan, Koféba). Les résultats de l'étude ont montré que : la tranche d'âge 20-35 ans représentait 53% des femmes ; 97,7 % des femmes étaient mariées.

Les femmes fréquentaient le CSCCom lors de leur maladie les trois derniers mois qui ont précédé l'enquête dans 54,8%. Les femmes ont fait au moins une CPN au cours de leur grossesse 77,1%. Celles qui avaient accouché dans le CSCCom occupaient 36,6% et 52,54% des femmes enquêtées dans la communauté utilisaient déjà une méthode de PF.

Les femmes ont été satisfaites de l'accueil 95% et 99% ont affirmé la disponibilité du personnel sanitaire aux heures de service.

Les femmes ayant trouvé que le centre de santé était éloigné de leur domicile représentaient 48,5%.

64% des femmes ont cité le manque d'argent comme barrières à l'utilisation des services en général et particulièrement celles de la CPN.

Certaines femmes ont affirmé que le dénouement de la grossesse est du ressort de Dieu et aucun être ne saurait le contrôler.

Certaines ont affirmé que même si la femme a de l'argent, elle peut ni se faire consulter ni suivre la planification familiale sans l'autorisation du mari qui est maître de décision.

**Les mots clés: accès, femme, sante de la reproduction.**

## Liste des tableaux :

---

- Tableau I** : liste des districts et CSCom retenus pour l'étude
- Tableau II** : Répartition des femmes en fonction des tranches d'âge par district sanitaire
- Tableau III** : Répartition des femmes en fonction de l'ethnie par district sanitaire
- Tableau IV** : Répartition des femmes en fonction du statut matrimonial par district sanitaire
- Tableau V** : Répartition des femmes en fonction du niveau d'instruction par district sanitaire
- Tableau VI** : Répartition des femmes en fonction de la profession par district sanitaire
- Tableau VII** : Répartition des femmes en fonction du nombre d'avortements par district sanitaire
- Tableau VIII** : Répartition des femmes ayant eu des accouchements morts nés en fonction des districts sanitaires
- Tableau IX** : Répartition des femmes en fonction du nombre d'enfants par district sanitaire
- Tableau X** : Répartition des femmes ayant déclaré que leurs enfants sont tombés
- Tableau XI** : Répartition des femmes selon les raisons de l'absence de réalisation de CPN
- Tableau XII** : Répartition des femmes qui utilisent la PF selon les méthodes de préférence
- Tableau XIII** : Répartition des femmes qui utilisent la PF en fonction des difficultés auxquelles elles sont confrontées par district sanitaire
- Tableau XIV** : Répartition des mères qui utilisent la PF selon leurs solutions proposées pour la rendre meilleure
- Tableau XV** : Répartition des femmes enquêtées à la sortie des Centre de Santé par Aire de santé et par district sanitaire
- Tableau XVI** : Répartition des femmes en fonction de leur opinion sur l'attitude de la personne qui les a reçus au CSCom par district sanitaire
- Tableau XVII** : Répartition des femmes selon leur satisfaction de l'accueil par district sanitaire
- Tableau XVIII** : Répartition des femmes selon le motif de leur satisfaction par district sanitaire
- Tableau XIX** : Répartition des femmes selon la façon dont elles étaient installées pendant l'attente par district sanitaire
- Tableau XX** : Répartition des femmes en fonction de la disponibilité du personnel sanitaire aux heures de service par district sanitaire
- Tableau XXI** : Répartition des femmes en fonction de la disponibilité du personnel sanitaire hors des heures de service par district sanitaire
- Tableau XXII** : Répartition du personnel des CSCom enquêtés par district sanitaire
- Tableau XXIII** : Répartition du personnel des CSCom selon l'activité la plus concernée par la mauvaise fréquentation par district sanitaire
- Tableau XXIV** : Répartition du personnel des CSCom selon les Raisons de sous fréquentation des CPoN par district sanitaire
- Tableau XXV** : Répartition du personnel des CSCom selon les solutions proposées pour améliorer les sous fréquentations par district sanitaire
- Tableau XXVI** : Répartition des CSCom selon la disponibilité de médicaments par district sanitaire (0 = Rupture 1 = Présence)
- Tableau XXVII** : Répartition des CSCom selon les opinions des DTC sur la fréquentation des services par district sanitaire
- Tableau XXVIII** : Répartition des femmes selon le moyen utilisé pour se rendre au centre et en fonction des districts sanitaires
- Tableau XXIX** : Répartition des CSCom selon l'accessibilité géographique

**Tableau XXX** : Répartition des CSCCom en fonction du nombre de personnel

**Tableau XXXI** : Répartition des CSCCom selon la disponibilité des services

---

## Listes des figures

---

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

**Figure 2** : Répartition des femmes selon l'accouchement au CSCCom par Cercle

**Figure 3** : Répartition des femmes selon leur maladie au cours des trois derniers mois précédant l'enquête par district sanitaire

**Figure 4**: Répartition des femmes tombées malades selon le recours au centre de santé par district sanitaire

**Figure 5**: Répartition des femmes selon les autres types de recours différents du CSCCom selon les districts sanitaires

**Figure 6** : Répartition des femmes selon la réalisation des consultations prénatales lors de la dernière grossesse

**Figure 7**: Répartition des femmes selon le nombre de CPN réalisées et par district sanitaire

**Figure 8** : Répartition des femmes selon la prise de SP au cours de la grossesse et par district sanitaire

**Figure 9** : Répartition des femmes ayant dormi sous MIILDA la dernière nuit précédant l'interview selon les districts sanitaires

**Figure 10** : Répartition des nombres de VAT reçus par les femmes en fonction des districts sanitaires

**Figure 11**: Répartition des femmes ayant effectué les CPoN selon la présentation des méthodes contraceptives

**Figure 12** : Répartition des femmes ayant bénéficié de la présentation des méthodes contraceptives selon l'acceptation de l'adoption

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

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

**Figure 15** : Répartition des femmes qui utilisent la PF selon le lieu fréquenté pour les méthodes

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

**Figure 17** : Répartition des femmes selon le respect de l'ordre de passage

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

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

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

**Figure 21** : Répartition des femmes selon la disponibilité des médicaments

**Figure 22** : Répartition des femmes selon la prescription de médicaments par district sanitaire

**Figure 23** : Répartition du personnel des CSCCom selon leur avis sur la période de l'année où la fréquentation est la plus basse par district sanitaire

**Figure 24 :** Répartition des femmes selon les raisons du non achat des médicaments par district sanitaire

**Figure 25 :** Répartition des femmes en fonction de l'éloignement du centre de santé par district sanitaire

**Figure 26 :** Répartition des mères ayant accouché au centre de santé en fonction de la disponibilité du Carnet vaccination de l'enfant

## **SERMENT D'HYPOCRATE**

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

**Je le jure**