

**Ministère de l'Enseignement**

**République du Mali**

**Supérieur et de la Recherche**

**Un Peuple – Un But – Une Foi**

**Scientifique**



**Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T.B.)**

-----

**Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie**

-----v

**DER de Santé Publique et Assimilés**

**Titre**

Evaluation de la qualité de la planification familiale au centre de santé de  
référence de la commune V du District de Bamako

Du 1 juillet au 31 aout 2014

**2<sup>ème</sup> année de Master en Santé Publique**

**Par :**

**Docteur Sidiki Coulibaly**

**2013 – 2014**

**Encadreur : Pr Akory AG IKNANE**

## **Remerciements**

- Allah le tout puissant, le clément et le miséricordieux :

Loué soit Allah le seigneur de l'univers pour m'avoir permis de mener à bien ce travail

- A ma famille pour le soutien
- Aux professeurs en Master pour leur disponibilité
- Aux apprenants en Master I et II pour l'aide mutuelle et les échanges de connaissance, dans le plus grand respect

## **Résumé**

Dans le cadre de l'augmentation de la prévalence de la PF, nous avons mené une étude descriptive transversale, de juillet en août 2014 portant sur la qualité de la planification au CSRef de la CV du District de Bamako. Ceci en nous inspirant des PNP qui définissent la qualité en mettant l'accent sur les mesures individuelles de prévention des infections, le traitement du matériel, des déchets, l'entretien des locaux, de même que le respect des droits des clientes sans oublier les besoins des prestataires. Il en ressort que :

Tous les prestataires portaient régulièrement la blouse dans l'exercice de leur fonction et nettoyaient les mains avant d'effectuer un acte. La majorité des prestataires portaient les gants avant un geste pour le quel il faudrait nécessairement le faire.

Le nettoyage du site d'injection, l'insertion d'un implant et d'un stérilet était toujours effectué. La décontamination du matériel était effective, même si celui-ci était lavé et rincé après utilisation par l'unité de PF.

Afin de minimiser la quantité des agents pathogènes du matériel, l'unité préfère la stérilisation à la désinfection à haut niveau. La majorité des déchets était traitée après décontamination et leur élimination se faisait par incinération. Le sol était régulièrement nettoyé de même que les murs de l'unité de PF.

Tous les prestataires (au nombre de 3) affirmaient disposer d'appui en cas de surcharge de travail. Par contre près de 2/3 des prestataires affirmaient avoir accès aux formations et aux informations relatives à leur fonction. Par ailleurs l'ensemble des prestataires affirmaient être reconnu et respecté pour leur compétence, de même être encouragé de la part de leur supérieur hiérarchique.

Sur la qualité du programme tous les prestataires étaient autorisés à donner leur point de vue. La cliente reçue dans l'unité était principalement une jeune femme entre 20 – 24 ans en union scolarisée (niveau primaire). Elle utilisait les implants comme moyen contraceptif. Les clientes qui sont satisfaites de la prestation constituaient 83% (dont 15,5% très satisfaites) des femmes interviewées.

Des droits des clientes ceux qui sont les plus respectés semblent être ( la réception des informations souhaitées, l'accessibilité physique et financière, le choix de la méthode , le

Au vu de ses résultats et partant du fait que la qualité d'un service est fortement influencée par les conditions de travail des prestataires, et l'image que ceux-ci renvoient à travers leur prestation aux clientes. Nous pensons pouvoir affirmer que la qualité des services offerts dans l'unité de PF du CSRef de la commune V est au dessus de la moyenne [19].

**Mots clés :** Planification familiale, Evaluation, Qualité des services, Prestataires, Clientes

## Summary

From July to August 2014, we conducted a transversal descriptive study on the quality of PF unit of CSRef the district. We inspired ourselves from the PNP that define quality while putting an emphasis on individual measures that are taken for the prevention of infection, the treatment of the material, wasted, the maintenance of the premises, as well as the respect of the rights of the clients not to mention the need of the provider. The following has been brought out

The service a provider does regularly their blouse white in service and observed clean their hands before doing an act. The service provider does gloves before a gesture that necessitates it. The cleaning of the skin or the area before an injection or the insertion of an implant, and the insertion of the IUD is always done. The decontamination of the material used is always done as well as all over even if the latter is washed and rinsed after use of the unit of PF.

In order to minimize the quality of pathogenic agents of the material, the PF unit of the CSRef prefers sterilization to high level disinfection. The treatment of waste is always done after the decontamination and the elimination make for incineration. The ground of the unit is regularly cleaned and the walls.

The service providers state that they do have support in case they are overworked. More than 2/3 of the service providers state that they have access to formation und to information in relation to their functions.

One the other hand 100% of the service providers stated to have been recognized and respect for their competence, and receive engorgements from their hierarchical supervisor.

As to the quality of the programs the service providers are authorized to provide their opinion on the latter.

The user (client) of the unit is in majority young women 20-24 years in a union schooled. She mainly used implant (jadel) as a mean for contraception. The users (clients) who are at least satisfied with the services constitute 83% (of which 15, 5% very satisfied) for women interviewed. The rights of the clients that are the most respected are the following (The reception of information hoped for, the physical and financial accessibility, The choice of the methods they wish for, Respect, Follow up since, Respect for their intimacy, Their own security, Their comfort) . Given these results and due to the fact that the quality of service is greatly influence by working conditions of the services providers and the image that the latter send back through the services provided to the users [19].

We think to be able to state that the quality of the FP services offered by the CSRef unit is great slightly below average.

## SOMMAIRE

---

|  |    |
|--|----|
| 1. Introduction.....   | 1  |
| 2. Objectifs .....   | 2  |
| 2.1. Objectif général.....                                   | 3  |
| 2.2. Objectifs spécifiques.....                              | 3  |
| 3. Méthodologie.....   | 4  |
| 3.1. Type d'étude.....                                       | 4  |
| 3.2. Cadre et lieu d'étude.....                              | 4  |
| 3.3. Population d'étude.....                                 | 7  |
| 3.4. Critères d'inclusion et non inclusion.....              | 7  |
| 3.5. Durée d'étude.....                                      | 8  |
| 3.6. Echantillonnage.....                                    | 8  |
| 3.7. Plan de collecte des données.....                       | 8  |
| 3.8. Saisie et analyse des données.....                      | 8  |
| 3.9. Aspect éthique.....                                     | 9  |
| 3.10. Limites de notre étude.....                            | 9  |
| 4. Résultats.....  | 9  |
| 4.1. Prévention des infections.....                          | 10 |
| 4.2. Couverture des besoins des prestataires.....            | 16 |
| 4.3. Respect des droits et la satisfaction des clientes..... | 22 |
| 5. Commentaires et discussion.....                           | 30 |
| 5.2. Mesures individuelles de prévention des infections..... | 30 |
| 5.3. Mesures collectives de prévention des infections.....   | 31 |
| 5.4. Couverture des besoins.....                             | 32 |
| 5.5. Respect des droits des clientes.....                    | 34 |
| 6. Conclusion.....   | 37 |
| 7. Recommandations.....                                      | 39 |
| Références.....  | 40 |
| Annexes  |    |
| i. Questionnaires  |    |

## **Glossaire**

**APHRC:** African Population and Health Research Center

**COC :** Contraceptif Oral Combine

**C V :** Commune V

**CSRef :** Centre de Santé de Référence

**DIU :** Dispositif Intra Utérin

**DSFC :** Division Santé Familiale et Communautaire

**DSR :** Division Santé de la Reproduction

**EDSM :** Enquête Démographique et de Santé du Mali

**RGPH :** Recensement General de population humaine

**IC :** Intervalle de Confiance

**IPPF:** International Planned Parenthood Fédération

**ISF:** Indice Synthétique de Fécondité

**MAMA :** Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

**OMS :** Organisation Mondiale de la Santé

**ONG :** Organisation Non Gouvernemental

**PF :** Planification Familiale

**PFN :** Planification Familiale Naturelle

**PNP :** Politiques Normes et Procédures

**PPS :** Pilule de Progestatif Seul

**SR :** Santé de la Reproduction

**VIH-SIDA :** Virus de l'Immunodéficience Humaine- Syndrome Immunitaire Déficitaire Acquis

## 1. Introduction

Le concept de planification familiale (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 [1]. La qualité étant l'élément fondamental pour l'amélioration des services de planification, elle est reconnue comme étant la manière d'être de quelque chose [2]. La bonne qualité d'un acte fait donc référence dans sa forme la plus fondamentale au fait que « bien faire les choses qu'il faut faire » [3]. De nombreuses définitions de la qualité des soins ont été proposées sans avoir un caractère totalement systématique pour s'appliquer à toutes les situations [4]. En effet, l'on peut considérer que c'est la mesure dans laquelle les ressources disponibles répondent à des normes préétablies dont l'application est généralement censée permettre d'obtenir les résultats souhaités [5]. Dans la perspective de la santé publique la qualité est synonyme d'un maximum d'avantages sanitaire d'un minimum de risque des soins pour le plus grand nombre possible de personnes en tenant compte des ressources disponibles [6] pour les clientes. Elle dépend largement du contact avec les prestataires prenant en compte des aspects tels que le caractère privé de la visite, l'accès facile et en dernière analyse le fait d'obtenir les services qu'elles souhaitent [6]. Du point de vue des prestataires elle se réfère d'abord à la qualité clinique des soins à savoir des soins efficaces dispensés avec des techniques sans risque contribuant au bien être de l'individu mais aussi et surtout en couvrant leurs besoins [7]. Aux yeux des décideurs et des bailleurs de fond, les autres éléments clés de la qualité concernent le coût, l'efficacité et des résultats pour la population prise dans son ensemble [7]. Selon l'OMS, la qualité « consiste à exécuter correctement (en fonction des normes) des interventions dont on sait qu'elles sont sans risques, d'un coût abordable pour la société en question et susceptible d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, les inégalités et la malnutrition [8].

Dans les politiques, normes et procédures (PNP) la qualité se réfère aux éléments suivants : L'application des mesures de protection individuelle, le traitement du matériel et des locaux, l'audit des décès maternels, l'élimination des déchets, les droits des clients, les besoins des prestataires, et les références.

À l'échelle mondiale, plus précisément au Sommet Mondial des Nations Unies (ONU) de 2010, environ 62 % des femmes en âge de procréer, qu'elles soient mariées ou en couple, utilisent des contraceptifs, ce qui représente environ 720 millions de femmes [9]. Si 75 % des femmes en Europe du Nord, 73 % en Amérique du Nord, 70 % en Asie et 69 % en Amérique du Sud ont recours aux méthodes de contraception modernes, seulement 23 % des femmes en Afrique utilisent de telles méthodes des faits et des taux de mortalité maternelle plus élevés [9]. Dans plus de 40 pays moins développés, plus de 20 % des femmes mariées en âge de procréer ont des besoins contraceptifs insatisfaits[9] Lors de la conférence internationale sur la population et le Développement tenue en 1994 au Caire il a été reconnu qu'il existe souvent un rapport direct entre la qualité des programmes de planification d'une part, et l'utilisation de contraceptifs et la continuité des recours aux méthodes ainsi que l'accroissement de la demande de services d'autre part [10].

Au Mali, la prévalence contraceptive varie entre 4,5% à 9,2% de 1995-2010[11].Le niveau d'utilisation des méthodes modernes est passé de 4,5 en 1996 à 17% en 2006[12], dépassant à peine un point et cela du fait que le niveau de connaissance de la contraception dans la population générale soit estimé à 77,8%[12] aussi 20,6% des femmes affirment avoir déjà utilisée au moins une méthode contraceptive (moderne ou populaire) [12].

La valeur de L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) reste élevée au Mali depuis près de quinze ans contrairement au reste de l'Afrique subsaharienne où l'on constate un mouvement significatif de baisse de cette valeur [15-16]. En effet, les différentes Enquêtes Démographiques et de Santé du Mali (EDSM) I, II, IV, V révèlent des indices synthétiques de fécondité respectivement de 6,9, 6,7, 6,6, 6,1[17] traduisant une tendance à la stagnation de cet indice depuis 1987.

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

En 2006 on estime que l'ensemble des besoins non couverts en matière de contraception est de 31% [12] parmi les quelles, bon nombre de clients sont septiques et préoccupés par la qualité des services [12].

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

Il apparaît donc que l'interaction entre la qualité et l'acceptabilité des programmes de planification familiale est importante.



Dans le centre de référence de la commune V du district de Bamako, la prévalence de la planification familiale est faible (12,69%)[18], c'est pour cette raison que la présente étude est réalisée dans le but d'apprécier la qualité des services de planification familiale au centre de santé de référence de la commune V en 2014.

➤ **Question de recherche**

La qualité des services offerts peut-elle améliorer la planification familiale au sein du centre de santé de référence de la commune v entre juillet et aout 2014.

➤ **Hypothèse**

La qualité des services offerts améliore la planification familiale au sein du centre de santé de référence de la commune v entre juillet et aout 2014

## **2. Objectifs**

### **2.1. Objectif general**

- Evaluer la qualité des services offerts par l'unité de planification familiale dans le centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako entre juillet et aout 2014

### **2.2. Objectifs spécifiques**

- Déterminer le degré de satisfaction des clientes par rapport aux prestations reçues au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako entre juillet et aout 2014
- Déterminer le niveau de respect des droits des clientes en planification familiale au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako entre juillet et aout 2014
- Déterminer le niveau de couverture des besoins des prestataires en matière de planification familiale au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako entre juillet et aout 2014
- Déterminer le niveau de prévention des mesures collectives des infections en rapport avec la PF au CSRef de la commune V du District de Bamako entre juillet et aout 2014.
- Déterminer le niveau de prévention des mesures individuelles des infections en rapport avec la PF au CSRef de la commune V du District de Bamako entre juillet et aout 2014.

### **3. Méthodologie:**

#### **3.1. Type d'étude:**

Il s'agira d'une étude transversale descriptive qui portera sur :

- L'observation non participante des prestataires en matière de prévention des infections
- L'appréciation de la couverture des besoins des prestataires (médecins, sage femmes, infirmiers) selon eux même en matière de PF
- L'appréciation de la satisfaction des clientes et le respect de leur droit en matière de PF

#### **3.2. Cadre et lieu d'étude**

L'étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la CV du district de Bamako

#### **3.2.1. Présentation générale de la commune V**

##### **3.2.1.1. Aperçu general:**

Créée en même temps que les autres Communes de Bamako qui en comptent 6 (six) par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978, la Commune V est régie par les textes officiels suivants :

- l'ordonnance N°78-34/CMLN du 28 Août 1978 fixant les limites et le nombre des Communes ;
- la loi N°95-008 du 11 Février 1995 déterminant les conditions de la libre administration des Collectivités Territoriales ;
- la loi N°95-034 du 12 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales.

##### **3.2.1.2. Situation des quartiers**

La Commune V est constituée de huit quartiers dont 4 lotis et viabilisés (Badalabougou, Sema II, Quartier Mali, Torokorobougou), 3 lotis non viabilisés (Kalaban-coura, Daoudabougou, Sabalibougou), 1 partiellement loti (Bacodjicoroni).

Pendant la saison sèche on note une forte migration de la population rurale vers Bamako notamment la commune V à la recherche d'emploi, de traitement médical ou de soutien financier.

##### **3.2.1.3. Données socio – démographiques**

La Commune V couvre une superficie de 41,59 km<sup>2</sup> (EDS III DNSI 98) pour une population de 494409 habitants en 2014 (RGPH 2009), avec un taux d'accroissement de 5,1 La densité de la population est de 7057 habitants au Km<sup>2</sup>.

Située sur la rive droite du Niger, elle est limitée, au Nord par le fleuve Niger, au Sud par Ouest Kalabancoro (Kati), et à l'Est par la commune VI.

Les ethnies dominantes sont Constituées les Bambara, les Soninké et les Peulh.

Le quartier le plus peuplé est Bacodjicoroni et le moins peuplé est la SEMA II. Les quartiers sont dirigés par les chefs de quartier regroupés au sein d'une coordination avec à sa tête un coordinateur.

#### **3.2.1.4. Centre de santé de référence de la commune V**

Le centre de santé (service socio sanitaire) de la Commune a été construit en 1982 avec, un plateau technique minimal pour assurer les activités courantes de santé.

Ce n'est qu'en 1993 en réponse à la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population du gouvernement de la République du Mali que le centre de santé a été érigé en centre de santé de Référence.

Ce centre comprend actuellement plusieurs services et unités qui sont:

- L'administration,
- **L'unité de Planning Familial (PF),**
- Le service de gynéco obstétrique et de chirurgie générale,
- Le service de Médecine,
- Le service d'Ophtalmologie,
- Le service d'ORL,
- Le service d'odontostomatologie,
- Le service de pédiatrie,
- Le service social,
- L'unité d'Imagerie Médicale (ECHOGRAPHIE),
- L'unité de Programme Elargi de Vaccination(P.E.V),
- L'unité de labo pharmacie,
- L'unité de Consultation Externe et Soins,
- L'unité de Recherche et de Formation,
- L'unité de Tuberculose,
- Une Brigade d'Hygiène domiciliée à la mairie,
- L'unité de Consultation prénatale (CPN),
- La Morgue.

### **3.3. Population d'étude**

La population d'étude comprenait les clientes ayant bénéficiée d'une prestation des services de planification familiale, les prestataires de service et de l'unité de planification.

### **3.4. Critères d'inclusion et non inclusion**

#### **3.4.1. Critères d'inclusion**

Etaient inclus dans notre étude :

- Les prestataires de l'unité de planification familiale du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako
- Les clientes ayant bénéficiées d'une prestation des services dans l'unité de planification du centre pendant la période de l'enquête.

#### **3.4.2. Critères de non inclusion**

N'étaient pas inclus dans notre étude

- Les clientes ayant bénéficiées les services dans l'unité de planification, mais non interviewées pour des raisons de refus, malade ou d'incapacité de répondre aux questions
- Les prestataires de l'unité de planification familiale, mais non interviewés pour d'autres raisons : refus, malade, incapable de répondre aux questions

### **3.5. Durée d'étude :**

L'étude s'est déroulée sur une période allant du 01 juillet 31 aout 2014.

### **3.6. Echantillonnage**

.Tous les prestataires de service de l'unité de planification du centre de santé de référence de la commune V et toutes les clientes de cette unité ayant bénéficié de prestation durant la Période de l'étude ont été inclus dans l'échantillon étudié.

- **Population cible:** correspond à l'ensemble des femmes en âge de procréer de la commune V du District de Bamako.
- **Population source:** correspond à l'ensemble des clientes ayant bénéficiée d'une prestation des services de planification familiale, des prestataires de service du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

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

#### **3.7.1. Variables mesurées**

- **Variables dépendantes mesurées**
  - Qualité des services au sein de l'unité de planification familiale. Cette qualité avait été comparée à une étude précédente réalisée par A GUINDO en 2005.

- **Variables indépendentes**
- ✓ **En rapport avec les clientes**
- **Caractéristiques des clientes :** âge, sexe, niveau d'instruction, situation matrimoniale, nombre d'enfants vivants
- Niveau de satisfaction quant à la prestation
- **Respect des droits de la cliente :** réception, informations recherchées, accessibilité de l'unité, droit à la méthode de son choix, respect de l'intimité, droit au respect, au confort,
- ✓ **En rapport avec les prestataires**
- **Mesures individuelles de prévention des infections :** port de blouse, lavage des mains, port des gants, préparation de la peau, et des muqueuses
- **Couverture des besoins des prestataires :** accès à la formation, aux informations, les infrastructures adéquates, réception des directives claires, de produits fiables, d'appui, le respect dans le travail,
- ✓ **En rapport avec l'unité de planification familiale**
- **Mesures collectives de prévention des infections :** traitement du matériel, des déchets, entretien des locaux

Tous ces éléments avaient été comparés à une étude précédente réalisée par A GUINDO en 2005 dans les centres de santé de référence du District de Bamako.

### **3.7.2. Outils de collecte des données:**

Etaient porté sur des questionnaires entre autre :

- Un questionnaire pour les mesures individuelles de prévention des infections
- Un questionnaire pour les mesures collectives de prévention des infections
- Un questionnaire pour les besoins des prestataires
- Un questionnaire pour le respect des droits des clientes

### **3.7.3. Technique et mode de collecte des données**

La collecte des donnés consistait dans un premier temps en une observation non participante des prestataires de santé acteurs au sein de l'unité, ceci se faisait dans la plus grande discrétion en notant si oui ou non la régularité de la réalisation des gestes indiqués par les normes (politiques normes et procédures du Ministère de la santé en matière de SR).

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

Ensuite nous nous sommes entretenus avec les clientes ayant bénéficiées d'une prestation de service au sein de l'unité. après l'information des participants, l'accord de leur consentement libre, éclairé et signature. Tout ceux-ci a été consigné par écrit sur une fiche de consentement.

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

Les données ont été saisies sur le logiciel Epi info version 3.5.3 et analysées sur le logiciel SPSS 12.0. Le traitement de texte et les tableaux ont été réalisés sur le Microsoft Word 2003. Les tests statistiques de Khi<sup>2</sup> et du t-test d'indépendance ont été utilisés respectivement pour les comparaisons des variables qualitatives et quantitatives avec un risque alpha à 0,05(5%) Les graphiques (diagramme et histogramme) ont été réalisés à partir de Microsoft Excel 2003.

### **3.9. Aspects éthiques**

Hors mis le volet de l'étude portant sur l'observation des respects des mesures de prévention des infections, nous avons clairement expliqué aux prestataires et aux clientes les motivations et les objectifs de notre étude. Leur consentement a d'abord été observé avant que leur inclusion dans cette étude ne soit effective. Seul le Médecin chef du centre avait connaissance de notre protocole et donc du caractère discret de notre observation de l'unité et des prestataires. Tous ceux-ci seront consignés sur une fiche de consentement.

### **3.10. Limites de notre étude :**

Portaient d'abord sur celles inhérentes aux études transversales car celles-ci ne permettent pas de suivre l'évolution de la prestation dans le temps et le nombre limité des prestataires( au nombre de 3) au sein de l'unité. En outre, l'observation des prestataires se faisait selon la régularité de l'application des gestes et non sur la qualité des gestes effectués en rapport avec eux même qui ne l'était pas. Si un geste n'était pas appliqué une fois, il remettait en cause tous ceux qui étaient précédemment effectués. Nous avons par ailleurs constaté une modification des attitudes des prestataires dans le sens de l'amélioration. En outre nous n'avons pas utilisé d'indice synthétique de fécondité résumant tous les aspects de la qualité car nous voulions cerner les déficits portant sur les différentes composantes.

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

## 4. Résultats

### 4.1. Prévention des infections

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

| Mesures   | Constats   | Observations                          |
|---|--|---------------------------------------|
| Port de blouse  | Tous les prestataires portaient régulièrement la blouse  | Respect prévention des infections     |
| Sort de la formation sanitaire avec la blouse   | Tous les prestataires lavaient les mains   | Respect prévention des infections     |
| Lavage des mains avant et après un acte   | Tous les prestataires lavaient les mains   | Respect prévention des infections     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de chaque cliente</li> <li>•</li> <li>• Manipulation d'instruments</li> </ul> | Tous les prestataires lavaient les mains   | Respect prévention des infections     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen les muqueuses</li> </ul>  | Tous les prestataires lavaient les mains   | Respect prévention des infections     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rinçage et séchage des mains avec une serviette individuelle</li> </ul>              | 1/3 des prestataires ne se rinçaient pas ni séchaient les mains avec une serviette individuelle propre | Non Respect prévention des infections |
| Port des gants avant l'examen   |  |                                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avant le contact avec le sang</li> </ul>   | Tous les prestataires portaient les gants avant le contact avec le sang                                | Respect prévention des infections     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avant le contact avec les muqueuses</li> </ul>                                       | Tous les prestataires portaient les gants avant le contact avec les muqueuses                          | Respect prévention des infections     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avant de toucher le matériel stérile</li> </ul>                                      | Tous les prestataires portaient les gants avant de toucher le matériel stérile                         | Respect prévention des infections     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Port de nouvelle paire de gants pour l'examen de chaque cliente</li> </ul>           | Tous les prestataires portaient une nouvelle paire de gants pour l'examen de chaque cliente            | Respect prévention des infections     |

| Mesures (suite)   | Constats   | Observations                            |
|---|--|---|
| Nettoyage du site d'injection avec un désinfectant avant l'acte                       | Tous les prestataires nettoyaient le site d'injection avant l'acte                                 | Respect de la prévention des infections |
| Nettoyage de l'avant bras avec un désinfectant avant l'insertion des implants (jadel) | Tous les prestataires nettoyaient l'avant bras avec un désinfectant avant l'insertion des implants | Respect de la prévention des infections |
| Nettoyage du col avec un désinfectant avant l'insertion du DIU (stérilet)             | Tous les prestataires nettoyaient le col avec un désinfectant avant l'insertion du DIU             | Respect de la prévention des infections |

#### **4.1.2. Mesures collectives de prévention des infections :**

##### **4.1.2.1. Traitement du matériel**

Lors de notre période d'enquête, tous les matériels étaient d'abord décontaminés puis stérilisés après usage..

##### **4.1.2.2. Traitement des déchets**

Au cours de notre période d'enquête les déchets étaient décontaminés à la source puis transportés pour l'incinération. Les poubelles étaient vidées et lavés de façon régulière. Par ailleurs, tous les objets pointus et tranchants étaient rangés dans les boites à sécurité. Les liquides étaient évacués selon les normes, établi par la politique nationale en matière de gestion des déchets biomédicaux.

##### **4.1.2. 3. Entretien des locaux :**

Au cours de notre période d'étude, le sol était nettoyé de façon biquotidienne par le manœuvre. Le manœuvre chargé utilisait une serpillère, un désinfectant et des gants de ménage. Par ailleurs les murs étaient nettoyés de façon biquotidienne.



## 4.2. Couverture des besoins des prestataires

### 4.2.1. Formations

**Tableau I** : Proportion des prestataires estimant avoir accès aux formations nécessaire pour effectuer les taches qui leurs sont demandés.

| Accès aux formations | Effectif  | Pourcentage% |
|----------------------|-----------|--------------|
| <b>oui</b>           | <b>02</b> | <b>67</b>    |
| non                  | 01        | 00           |
| Total                | 03        | 100          |

- Près de deux prestataires sur trois (67%) des estimaient avoir accès aux formations nécessaire pour effectuer les taches qui leurs sont demandés.

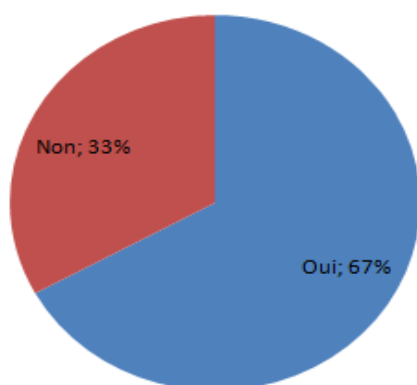
### 4.2.2. Informations

**Tableau II** : Proportion des prestataires estimant avoir accès aux informations concernant leurs fonctions.

| Accès aux informations | Effectif  | Pourcentage% |
|------------------------|-----------|--------------|
| <b>oui</b>             | <b>02</b> | <b>67</b>    |
| non                    | 01        | 00           |
| Total                  | 03        | 100          |

- Les 2/3 des prestataires interrogés estimaient avoir accès aux informations concernant leurs fonctions

### 4.2.3. Produits



**Graphique I** : Proportion des prestataires estimant recevoir continuellement des produits fiables

- Deux sur trois (67%) des prestataires avaient affirmé recevoir continuellement des produits fiables et du matériel qui leur permet de fournir des services de qualité.

#### **4.2.4. Infrastructure**

- Tous les prestataires estimaient avoir disposé du local adapté pour fournir des services acceptables.

#### **4.2.5. Nombre de clientes reçues**

- Tous les prestataires estimaient que le nombre moyen (au nombre de 8) de clientes reçues quotidiennement leur permettait d'offrir une prestation de qualité.

#### **4.2.6. Directives**

- Tous les prestataires estimaient avoir des directives claires de la part de leurs hiérarchies

#### **4.2.7. Appui**

- 'Ensemble des prestataires estimaient avoir d'un appui de la part d'autres prestataires ou unités en cas de surcharge de travail.

#### **4.2.8. Respect**

- Tous les prestataires estimaient être reconnus pour leurs compétences et respectés pour leurs besoins humains.

#### **4.2.9. Encouragement**

- Tous les prestataires estimaient recevoir des encouragements ou être poussé à développer leur créativité et leur potentiel.

- **4.2.10. Feed-back :**

- Tous les prestataires estiment recevoir un feed-back.

- **4.2.11. Opinion personnelle :**

- Tous les prestataires estimaient être autorisés à exprimer leurs points de vue sur le programme..

- **4.2.12. Connaissance de l'existence des PNP**

- Tous les prestataires avaient une connaissance à l'existence des PNP.

### 4.3. Respects des droits et la satisfaction des clientes

#### 4.3.1. Tranche d'âge

**Tableau III** : Répartition des clients par tranche d'âge

| Tranche d'âge | Effectif  | Pourcentage% |
|---------------|-----------|--------------|
| 15-19         | 19        | 09,5         |
| <b>20-24</b>  | <b>51</b> | <b>25,5</b>  |
| 25-29         | 47        | 23,5         |
| 30-34         | 46        | 23,0         |
| 35-39         | 25        | 12,5         |
| 40-44         | 08        | 04,0         |
| 45-49         | 04        | 02,0         |
| Total         | 200       | 100,0        |

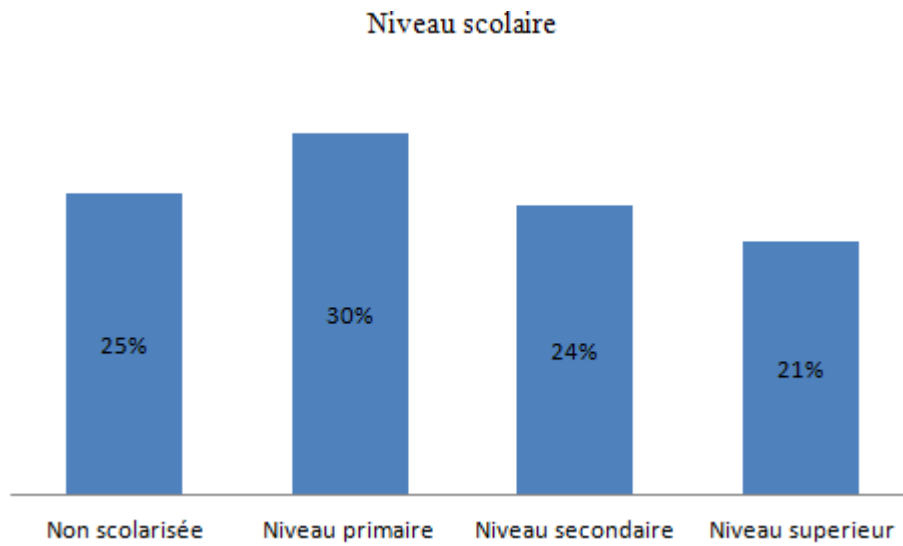
- La tranche d'âge 20-24 ans était la plus représentée avec 25,5% .

**Tableau IV** : Répartition de l'âge moyen des clientes en fonction de leur statut matrimonial

| Statut                  | Effectif | Moyenne | Intervalle de confiance 95% |
|-------------------------|----------|---------|-----------------------------|
| matrimonial             |          |         |                             |
| âgé (en mariées années) | 184      | 28,17   | [27,19; 29,15]              |
| célibataires            | 16       | 23,38   | [20,75; 26,00]              |

- L'âge moyen des mariées était de 28,17 ans et celui des célibataires 23,38 ans
- Le T-test= 2,753, P=0,006 (p<0,05)

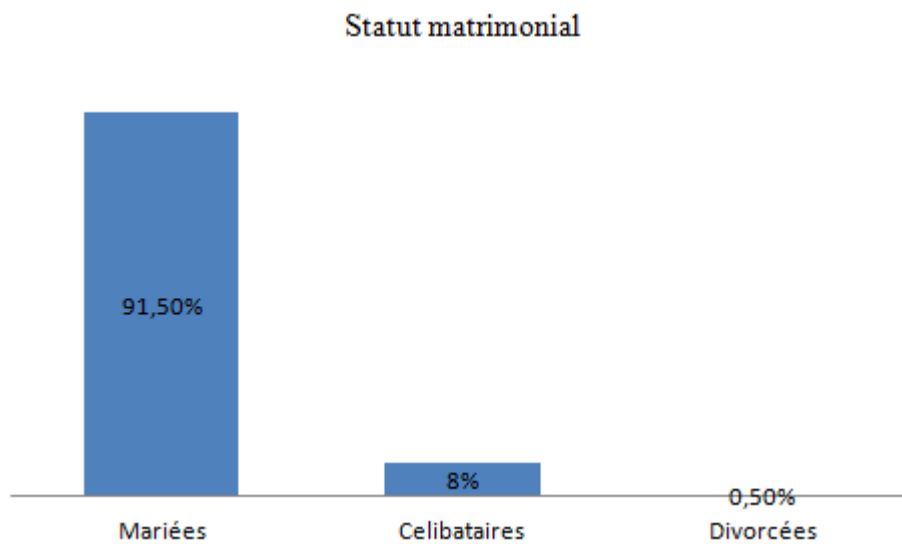
### 4.3.2. Niveau scolaire



**Graphique II :** Proportion du niveau scolaire des clientes interviewées

- Le niveau supérieur était moins représenté avec **21%**

### 4.3.3. Statut matrimonial



**Graphique III :** Proportion du statut matrimonial des clientes interviewées

- **91,5%** des clientes interviewées étaient mariées

#### 4.3.4. Informations reçues

**Tableau V** : Proportion des clientes par rapport aux informations reçues

| Informations reçues | Effectif  | Pourcentage% |
|---------------------|-----------|--------------|
| <b>oui</b>          | 193       | 96,5         |
| <b>non</b>          | <b>07</b> | <b>3,5</b>   |
| Total               | 200       | 100          |

- Près de **3,5%** seulement des clientes ont estimé ne pas avoir reçu les informations qu'elles souhaitaient recevoir des prestataires.

**Tableau VI** Répartition des clientes ayant posé des questions ou non en fonction des informations reçues (souhaitées).

|              | Questions posées       |                        | Total      |
|--------------|------------------------|------------------------|------------|
|              | <b>oui</b><br>effectif | <b>non</b><br>effectif |            |
| info reçues  | <b>oui</b> <b>106</b>  | <b>87</b>              | <b>193</b> |
|              | non <b>06</b>          | <b>01</b>              | <b>07</b>  |
| <b>Total</b> | <b>112</b>             | <b>88</b>              | <b>200</b> |

- 106 clientes ayant posé des questions, ont reçues des informations (souhaitées).

Yates corrigé =2,600 P=0,221 (P>0,20) effectif théorique minimale 3,08

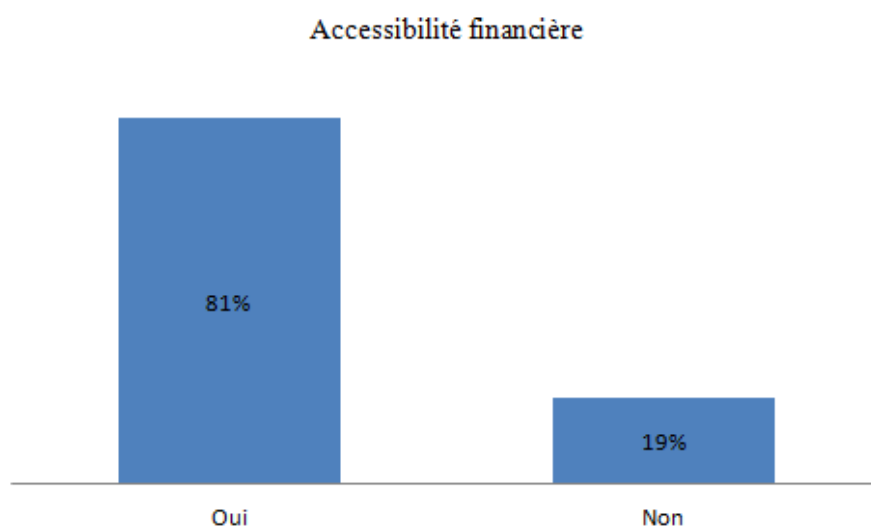
#### 4.3.5. Temps d'attente

**Tableau VII** : Proportion d'intervalle de temps fait par les femmes avant d'avoir accès au service de PF.

| Intervalle de temps en munîtes | Effectif  | Pourcentage% |
|--------------------------------|-----------|--------------|
| 1-9                            | 59        | 29,5         |
| 10-19                          | 24        | 12,0         |
| <b>20-29</b>                   | <b>60</b> | <b>30,0</b>  |
| 30-39                          | 04        | 02,0         |
| 40-49                          | 03        | 01,5         |
| 50-59                          | 40        | 20,0         |
| 60-69                          | 00        | 00,0         |
| 70-79                          | 00        | 00,0         |
| 80-89                          | 02        | 01,0         |
| 90-99                          | 00        | 00,0         |
| 100-109                        | 00        | 00,0         |
| 110-120                        | 08        | 04,0         |
| Total                          | 200       | 100,0        |

- Près de 30%.des femmes avaient fait entre 20 à 29 munîtes pour avoir accès au service de PF.

#### 4.3.6. Accessibilité financière



**Graphique IV** : Proportion des clientes estimant que les services leurs sont financièrement accessibles

- Près de **81%** des clientes avaient estimé que les services leurs étaient financièrement accessibles.

#### 4.3.7. Choix des méthodes contraceptives

**Tableau VIII.** Proportion des clientes par rapport au choix des méthodes contraceptives

| Choix de la méthode | Effectif   | Pourcentage% |
|---------------------|------------|--------------|
| oui                 | 199        | 95,5         |
| <b>non</b>          | <b>001</b> | <b>0,5</b>   |
| Total               | 200        | 100,0        |

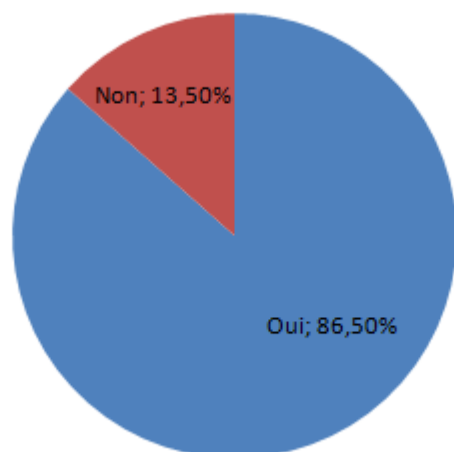
- **Seul 0,5%** des clientes avaient estimé n'avoir pas eu le droit de choisir la méthode contraceptive qu'elles souhaitaient.

**Tableau IX;** : Proportion des méthodes contraceptives utilisées.

| Méthodes utilisées | oui          |             | non      |       | Total      |            |
|--------------------|--------------|-------------|----------|-------|------------|------------|
|                    | effectif     | %           | effectif | %     | effectif   | %          |
| Implants (jadel)   | <b>112</b>   | <b>56,0</b> | 88       | 44,0  | 200        | 100        |
| Injectables        | <b>34</b>    | <b>17,0</b> | 166      | 83,0  | 200        | 100        |
| <b>Comprimés</b>   | <b>32</b>    | <b>16,0</b> | 168      | 84,0  | 200        | 100        |
| <b>DIU</b>         | <b>23</b>    | <b>11,5</b> | 177      | 88,5  | 200        | 100        |
| Total              | <b>50,25</b> | 25,13       | 149,75   | 74,87 | <b>200</b> | <b>100</b> |

- 56% de jadel utilisés

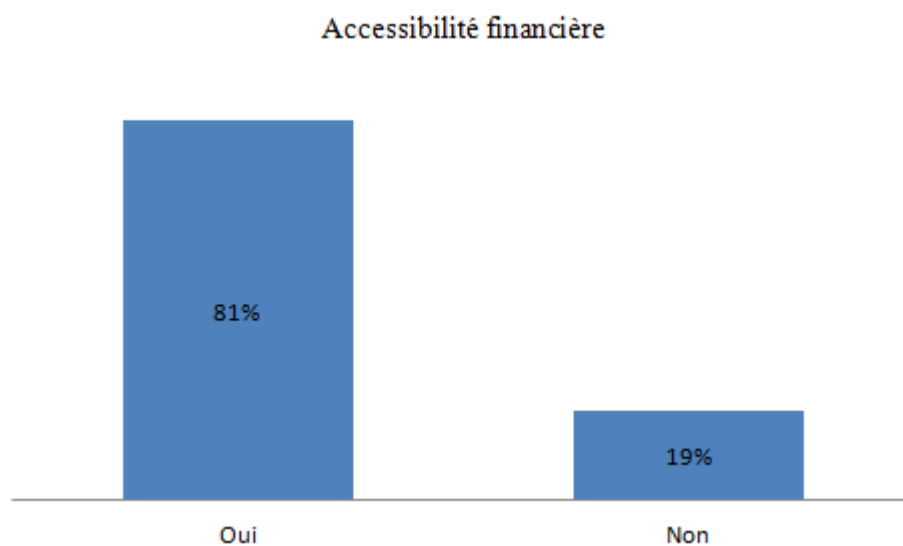
#### 4.3.8. Respect du droit à la sécurité



**Graphique :V :** Proportion des clientes estimant que pendant un moment de la prestation elles étaient en insécurité

- **Seul 13,5%** des clientes avaient estimé que pendant au moins un moment de la prestation de service, elles ont été inquiétées quant à leur propre sécurité.

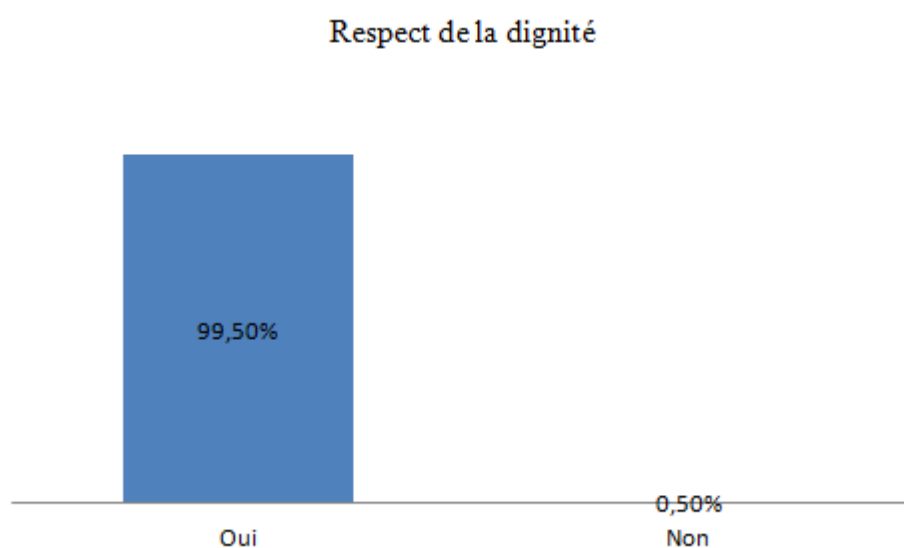
#### 4.3.9. Respect du droit à l'intimité des clientes



**Graphique VI: Proportion au respect du droit des clientes**

- Près de **93 %** des clientes estimaient que l'entretien avec les prestataires s'était effectué dans l'intimité.

#### 4.3.10. Respect du droit à la dignité des clientes



**Graphique VII ; Proportion des clientes estimant avoir été traité dignement**

- Près de **99,5 %** des clientes estimaient avoir été traitées dignement par les prestataires.



#### 4.3.11. Respect du droit au confort des clientes

**Tableau X :** proportions des clientes ayant estimé l'entretien confortable

| Respect du droit au confort | Effectif   | Pourcentage% |
|-----------------------------|------------|--------------|
| oui                         | 196        | 98,0         |
| <b>non</b>                  | <b>004</b> | <b>02,0</b>  |
| Total                       | 200        | 100,0        |

- Seulement **2 %** des clientes estimaient que l'entretien avec les prestataires n'était pas confortable..

#### 4.3.12. Suivi des clientes

**Tableau XI :** Proportion des clientes ayant bénéficié un suivi.

| Respect du droit au suivi | Effectif   | Pourcentage% |
|---------------------------|------------|--------------|
| <b>oui</b>                | <b>171</b> | <b>85,5</b>  |
| non                       | 029        | 14,5         |
| Total                     | 200        | 100          |

- Près de **85,5%** des clientes avaient bénéficié un suivi.

**Tableau XII :** Répartition des clientes ayant posé des questions ou non en fonction du suivi.

|       | Questions posées |                 | Total      |
|-------|------------------|-----------------|------------|
|       | oui<br>effectif  | non<br>effectif |            |
| Suivi | oui              | 70              | 171        |
|       | non              | 18              | 29         |
|       | <b>Total</b>     | <b>88</b>       | <b>200</b> |

- Près de 101 clientes suivies avaient posé des questions

Khi –deux de Pearson=4,494 P=0,03 (P<0,05)

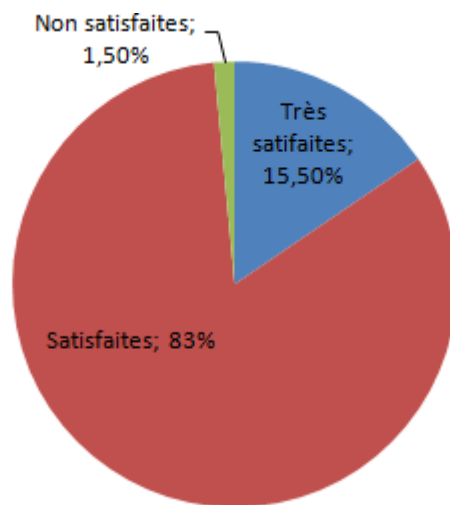
### 4.3.13. Respect du droit de poser des questions

Tableau XIII : proportions des clientes ayant posé des questions aux prestataires.

| Respect du droit de poser des questions | Effectif   | Pourcentage% |
|---|------------|--------------|
| <b>oui</b>                              | <b>112</b> | <b>56,0</b>  |
| non                                     | 088        | 44,0         |
| Total                                   | 200        | 100,0        |

- Près de **56%** des clientes avaient posé des questions aux prestataires.

### 4.3.14. Satisfaction des clientes



Graphique VIII : Niveau de satisfaction des clientes

- La presque totalité des clientes interrogées étaient satisfaites des prestations reçues soit 98,5%.

## 5. Commentaires et discussion

Les discussions des résultats obtenus à l'issue de l'étude avaient concerné les points suivants :

- Les mesures individuelles de prévention des infections
- Les mesures collectives de prévention des infections
- L'appréciation de la satisfaction et le respect du droit des clientes
- Les besoins des prestataires.

## **5.1. Les mesures individuelles de prévention des infections**

### **5.1.1. Port de blouse**

Dans notre étude tous les prestataires portaient régulièrement la blouse et 1/3 (25%) d'entre eux sortaient avec celle-ci de la formation sanitaire.

Nos résultats sont comparables à ceux obtenus par GUINDO A en 2005 dans les CSRef du District de Bamako ; respectivement 100% et **6,7%** [19]. Si une grande proportion de notre échantillon portait régulièrement la blouse, c'est plutôt l'état de celle-ci que l'on devait remettre en cause. Car peu de prestataires ont paru soucieux de son entretien. Il semblerait que le fait de ne pas mettre la blouse a une incidence sur certaines mesures individuelles de prévention des infections.

### **5.1.2. Lavage des mains avant un acte :**

Dans notre étude la proportion des prestataires qui se lavaient les mains avant un acte (examen de la patiente, manipulation d'instruments, examen des muqueuses, rinçage et séchage des mains avec une serviette individuelle propre) sont respectivement 100% (3/3) 100% (3/3), 100% (3/3) et 67% (2/3). Nos résultats sont supérieurs à ceux obtenus par GUINDO A en 2005 dans les CSRef du District de Bamako , respectivement 26% , 46% , 83% , et 4% [19]. La majorité des prestataires se lavaient les mains , cela du fait de la présence de source d'eau potable et protégée, tandis que moins de prestataires ne se rinçaient , ni se séchaient les mains avec une serviette individuelle .Ceci pourrait s'expliquer par la faible disponibilité des serviettes individuelles au sein de l'unité.

### **5.1.3. Port des gants :**

Dans notre étude les proportions des prestataires observés mettaient une paire de gants pendant l'examen (contact avec le sang, contact avec les muqueuses, touché le matériel stérile, port de nouvelle paire de gant pour chaque cliente) , sont respectivement **100%** (3/3) , **100%** (3/3) , **100%** (3/3) , **100%** (3/3) . Ces résultats sont supérieurs à ceux observés par GUINDO A, en 2005 dans les CSRef du District de Bamako respectivement **100%, 96,6%, 16%, et 0%** [19] .

Ce taux élevé, pourrait s'expliquer par la disponibilité de cet outil. Contrairement on estime que seul 17% des centres de santé de référence en sont régulièrement dotés en gants 11% [20].

#### **5.1.4. Préparation de la peau et des muqueuses :**

Lors de notre période d'observation, tous les prestataires nettoyaient régulièrement le site d'injection avec un désinfectant avant l'acte (100%). Il en est de même lorsqu'il s'agissait de l'insertion d'un implant au niveau de l'avant bras (100%). Nos résultats sont comparables ceux observés par GUINDO A, en 2005 dans les CSRef du District de Bamako [19].

Cependant dans notre étude, tous les prestataires nettoyaient régulièrement le col utérin avec un désinfectant avant l'insertion du DIU (100%). Ce résultat est différent de celui observé par GUINDO A, en 2005 dans les CSRef du District de Bamako (0%) , ou aucun des prestataires observés ne nettoient le col uterin avant d'insérer un DIU ( stérilet) [19] .

### **5.2. Les mesures collectives de prévention des infections**

#### **5.2.1. Traitement du matériel :**

Pour traiter le matériel, l'unité effectuait au préalable la décontamination avant le traitement proprement dit. La méthode de traitement préféré était la stérilisation.

Dans notre étude tout le matériel était décontaminé après usage, de même que la stérilisation, avec aucune désinfection à haut niveau au sein de l'unité.

Nos résultats sont comparables à ceux obtenus par GUINDO A, en 2005 dans les CSRef du District de Bamako ou 100% des unités de PF décontaminent et stérilisent le matériel contre 16,7% pour la désinfection à haut niveau qui n'est qu'une méthode dite « acceptable » à la différence de la stérilisation qui est de loin préférable [19]. Les prestataires semblaient recourir à ce moyen (désinfection à haut niveau) lorsque le stérilisateur n'est pas disponible. Lors de notre période d'observation, l'unité effectuait régulièrement le lavage puis rinçage du matériel après utilisation, contre 83% obtenus par GUINDO A en 2005 dans les CSRef du District de Bamako [19].

#### **5.2.2. Traitement des déchets :**

Lors de notre période d'observation la décontamination des déchets se faisait à la source avec le transport interne vers le site d'incinération. Les déchets pointus ou tranchants étaient rangés dans les boites à sécurité. Au cours de notre étude d'observation les déchets solides étaient incinérés avec le lavage régulier des poubelles. Par ailleurs les déchets liquides étaient évacués selon les normes .Nos résultats sont identiques à ceux obtenus par GUINDO A en 2005 dans les CSRef du District de Bamako, hormis la non décontamination des déchets à la source [19].

### **5.2.3. Entretien des locaux :**

Au cours de notre étude d'observation, nous avons constaté un nettoyage biquotidien du sol avec une serpillère en associant un désinfectant. Par ailleurs le manœuvre chargé du nettoyage utilisait les gants de ménage .Les murs étaient nettoyés hebdomadairement. Nos résultats sont conformes à ceux observés par GUINDO A en 2005 dans les CSRef du District de Bamako, hormis le nettoyage hebdomadaire des murs [19].

### **5.3. Couverture des besoins des prestataires :**

Les prestataires observés en matière de mesures individuelles de prévention des infections étaient également ceux qui ont été interviewés afin de connaître la couverture de leurs besoins.

#### **5.3.1. Accès aux formations :**

Au cours de notre étude 67% des prestataires estimaient avoir accès aux formations nécessaire pour effectuer les taches qui leurs étaient demandées. Nos résultats sont inférieurs à ceux trouvés par la Population Council, en 2002 dans les centres de santé fixes du Mali qui fait part d'un accès à la formation portant sur au moins une des méthodes contraceptives atteignant 80% [20]. Dans notre étude cette situation pourrait être liée à la très faible fréquence des formations dans le domaine de la PF.

#### **5.3.2. Accès aux informations :**

Lors de notre étude d'observation, 67% des prestataires estimaient avoir accès aux informations concernant leurs fonctions..Nos résultats sont inférieurs à ceux obtenus par GIUNDO A en 2005 dans les CSRef du District de Bamako atteignant 100% [19].

#### **5.3. 3. Disponibilité et fiabilité des produits :**

Au cours de notre étude 67% des prestataires affirmaient disposer de façon continue des produits fiables. Cette continuité ne semble porter que sur un nombre restreint de produits. En effet seuls les contraceptifs oraux combinés coc, les pilules de progestatifs seul (pps) , les injectables, le DIU, les implants ( jadel) sont les méthodes que l'on retrouvait constamment dans l'unité. Nos résultats sont inférieurs à ceux obtenus par GUINDO A en 2005 dans les CSRef du District de Bamako avec 80% [19].

### **5.3. 4.Nombre de clientes reçues et appui aux prestataires:**

Les prestataires interviewés avaient pour une large part (**100%**) affirmé que le nombre de clientes reçues quotidiennement (en moyenne 8 par jour) leur permettait de fournir des services de qualité acceptable. Nos résultats sont supérieurs à ceux trouvés par GUINDO A en 2005 dans les CSRef du District de Bamako atteignant **63%** [19].

. Cependant dans le cas où ils avaient à faire face à un nombre accru de clientes, 100% des prestataires de notre étude avaient déclaré bénéficier d'un appui de la part d'autres prestataires ou unités contre **6,7%** trouvés par GUINDO A en 2005 dans les CSRef du District de Bamako [19].

### **5.3. 5.Relations entre prestataires :**

Tous les prestataires estimaient que les directives reçues de leurs supérieurs hiérarchiques étaient claires, c'est cette même proportion de prestataires affirmaient d'être respecté et reconnu pour leurs compétences. Ces résultats sont comparables à ceux trouvés par GUINDO A, en 2005 dans les CSRef du District de Bamako [19] de 80%. Cette proportion reste constante (100%) lorsque les prestataires doivent être autorisés à exprimer leur point de vue sur la qualité du programme. Ces résultats sont supérieurs à ceux trouvés par GUINDO A, en 2005 dans les CSRef du District de Bamako de 80% [19]. La proximité des valeurs affichées par ces résultats pourraient être liées au fait que de façon courante, le prestataire que l'on respecte est également celui avec qui l'on communiquera aisément (pour lui transmettre les directives) et que l'on acceptera d'écouter (pour connaître son point de vue sur la qualité du programme). Il n'est donc pas étonnant que 100% des prestataires affirmaient recevoir le feed-back quant à leurs attitudes et que jusqu'à 100% estimaient recevoir des encouragements de la part de leur hiérarchies. Nos résultats sont supérieurs à ceux obtenus par GUINDO A en 2005 dans les CSRef du District de Bamako avec respectivement 66, 6%, e50% [19]. Le respect accordé aux prestataires semble être un déterminant important dans la chaîne de la couverture de ses besoins.

### **5.3. 6.Connaissance de l'existence des PNP :**

Au cours de notre étude 100% de prestataires avaient affirmé avoir connaissance de l'existence de PNP. Ce résultat est supérieur à celui obtenu par GUINDO A en 2005 dans les CSRef du District de Bamako avec 93% [19]. Malgré le taux élevé dans notre étude, le document des PNP n'est disponible que dans seulement 26% des structures sanitaires de niveau 2 selon la Population Council [20]

## **5.4. Respect des droits des clientes :**

### **5.4.1. Profils des clients interviewés :**

#### **5.4.1.1. Age et sexe**

Tous les clients interviewés étaient de sexe féminin (n=200). Les quelques rares hommes qui accompagnant leurs épouses ou conjointes étaient systématiquement invités à attendre hors de la salle de consultation.

Certes la plu part des méthodes contraceptives modernes sont pour les femmes et un grand nombre de prestataires supposent que les femmes ont surtout intérêt à protéger leur propre santé reproductive [20] .

Cependant il est aujourd'hui établi que dans notre contexte le nombre d'enfants du couple est principalement déterminé par la volonté de l'homme. Le succès d'une méthode contraceptive est donc inhérent au couple et non à la seule femme qui semble toute fois porter la responsabilité en cas d'échec.

De ce point de vue, les hommes doivent être des partenaires et des défenseurs éventuels d'une bonne santé reproductive plutôt que de simples témoins ou apparaître comme des obstacles ou des adversaires [20].Cela d'autant plus qu'en 2001, 76% des époux des femmes utilisatrices affirment approuver la contraception [21].

Au cours de notre étude les femmes interviewées (35,5%), avaient un âge compris entre 20 et 24 ans avec une moyenne d'âge de 22ans. Des extrêmes allant de 15 à 49 ans avaient été observées. .Nos résultats sont supérieurs à celui obtenu par GIUNDO A en 2005 dans les CSRef du District de Bamako pour la même tranche d'âge 20,4% [19].

#### **5.4.1.2. Statut matrimonial :**

Les clientes interviewées étaient principalement des femmes mariées (91,5%).Les célibataires représentaient 8%, les divorcées 0,5% Ces chiffres sont comparables à celui trouvé par l'APHRC en 2001 au Mali [22] qui trouve que les femmes mariées utilisatrices de la contraception constituent 82,1% des utilisatrices totales au Mali [22].

#### **5.4.1. 3. Méthodes contraceptives utilisées :**

Les méthodes contraceptives principalement utilisées par les femmes dans notre échantillon étaient les implants ( jadel) 56% et les injectables pour 17%. .Les autres méthodes étaient les COC 16% et le stérilet 11,5%. Cependant aucune des femmes n'avait eu recours au condom, au spermicide et au diaphragme. De même aucune d'entre elle n'utilisait une méthode traditionnelle.

Ces résultats témoignent de la conséquence directe de la faible disponibilité de ces méthodes, mais du très faible intérêt que les prestataires semblaient accorder aux méthodes naturelles et populaires. Certaines méthodes sont socialement acceptables et d'une efficacité atteignant les 98% en cas d'utilisation parfaite et sans aucun frais [23]. La proportion élevée d'utilisatrices d'implant (jadel) constatée pourrait être liée à la nécessité d'intervention des agents de santé. En effet 75,5% des utilisatrices de cette méthode ont recours à un hôpital pour s'approvisionner [24].

Nos résultats sont supérieurs aux moyennes nationales qui sont de 2,7% pour les pilules, 0,2% pour les DIU, 2,0% pour les injectables et 0,1% pour les implants (jadel) [24]. Population Council en 2002 dans les centres de santé fixes au Mali fait cependant état de 65% de prestataires fournissant la MAMA et 37% pour la PFN [25].

#### **5.4.1. 4.Niveau de satisfaction :**

Près de 96,5% des femmes interviewées avaient affirmé avoir reçu les informations qu'elles souhaitaient en se rendant à l'unité de PF. C'est donc logiquement qu'une grande proportion (83%) des clientes interviewées après avoir bénéficié d'une prestation de service avaient affirmé être « satisfaites » de la prestation reçue, mais 1,5% d'entre elles ne l'étaient pas. contre 15,5% « très satisfaites ». Ces résultats correspondent à ceux trouvés par KOM MOGTO M, en 2004 à l'Hôpital Gabriel Touré (HGT) [4] dans un service de santé de la reproduction de 90,5% de satisfaction.

Cependant Population Report estime que la satisfaction des clientes telle qu'exprimée lors des interviews ou des enquêtes ne signifie pas forcément que la qualité est bonne, car ce sont peut être eux qui ne s'attendent pas à plus. Aussi les clients affirment souvent qu'ils sont satisfaits, car voulant faire plaisir à l'enquêteur (26, 27, 28) ou craignant de se voir refuser les soins à l'avenir [29].

#### **5.4.1. 5.Accessibilité au service de prestation (physique et financière):**

Globalement les services de l'unité PF semblaient être accessibles aux clientes. En effet 30% des femmes estimaient avoir fait entre 20 à 30 minutes pour avoir accès au service.

En plus de l'accessibilité physique, 81% avaient estimé que le coût des services leurs étaient accessibles.

Nos résultats sont supérieurs à ceux trouvés par M. KOM MOGTO en 2004 à l'Hôpital Gabriel Touré (HGT) [4] qui rapporte un niveau d'accessibilité financière de en 2004 à l'Hôpital Gabriel Touré (HGT) [4] 22,9% [4].



#### **5.4.1. 6.Droit à la sécurité :**

Lors de notre étude d'observation **13,5%** des clientes avaient estimé que pendant au moins un moment de la prestation de service, elles avaient été inquiétées quant à leur propre sécurité. Il faut noter que la question de la sécurité se posait surtout lorsque la femme se voyait prescrire une méthode autre que la contraception orale (DIU, injectables, implants), car dans cette situation comme nous avons pu le constater, l'entretien se limite au bureau d'accueil. Alors qu'un examen pelvien est fortement recommandé notamment chez les adolescents surtout qu'il constitue un aspect important des soins gynécologiques de dépistage [30]. Nos résultats sont inférieurs à ceux obtenus par GUINDO A en 2005 dans les CSRef du District de Bamako avec 22,3% inquiétant de leur sécurité en un moment de la prestation de service[19].

#### **5.4.1. 7.Respect de l'intimité et droit au confort :**

Lors de notre étude 93% des clientes avaient estimé avoir bénéficié de leur droit à l'intimité. Près 98% d'entre elles affirmaient être dans le confort lors de l'entretien avec le prestataire. L'intimité fait référence à ce qui a un caractère privé donc ici à la possibilité pour les clientes et le prestataire de s'entretenir dans un lieu à l'abri des regards et de l'écoute des autres clients ou prestataires [2]. Le confort lui se rattache au bien être, à ce qui est agréable (à vivre) [2]. Ces proportions pourraient être dues à un local bien adapté et à la disponibilité des prestataires.

Nos résultats sont supérieurs à ceux obtenus respectivement par GUINDO A en 2005 dans les CSRef du District de Bamako avec 54,5% et 62,6% [19], et comparables à celui obtenu par KOM MOGTO M en 2004 à l'Hôpital Gabriel Touré (HGT) [4] qui trouve un taux de 98,6%.

#### **5.4.1. 8.Droit au respect et suivi des clientes :**

Une très grande proportion des clientes reçues (99,5%) avaient affirmé avoir été traitée dignement par les prestataires et 85,5% d'entre elles affirmaient que le suivi était régulièrement effectué.

Nos résultats sont comparables à ceux trouvés respectivement par GUINDO A en 2005 dans les CSRef du District de Bamako 83,4% et 90% [19]. Pour qu'il y ait suivi, il faudrait que la femme accepte de revenir au centre de santé. Or il nous apparaît que l'on a plus de facilité à revenir auprès d'un prestataire qui nous accorde de l'importance et du respect, ce qui pourrait expliquer la proximité de ces chiffres élevés, qui sont à l'actif des agents de santé.

#### **5.4.1.9. Droit au respect d'auto-expression :**

Parmi les clientes 56% avaient souhaité poser des questions aux prestataires contre 44% qui n'ont pas posé des questions. Nos résultats sont comparables à ceux obtenus respectivement par GUINDO A en 2005 dans les CSRef de 74% et 36%. Ceci pourrait résider dans le fait que la plupart des entretiens menés avec les clientes nous ont paru extrêmement directif, le prestataire monopolisant quasiment la parole, et cela quelque soit le niveau de scolarisation de la cliente.

#### **6. Conclusion :**

Il ressort de cette étude que tous les prestataires et leurs clientes sont de sexe féminin. La majorité des prestataires respectaient les directives des normes et procédures en matière des mesures d'hygiène individuelle et collectives de lutte contre l'infection.

Quant à la couverture des besoins des prestataires au moins deux tiers de prestataires estimaient que huit de chacun de leurs douze besoins sont couverts à savoir : le nombre moyen de clientes reçues par jour, les directives claires des hiérarchies, les appuis d'autres prestataires ou unités, le respect accordé aux prestataires, les encouragements, le feed-back, les opinions personnelle, et la connaissance des prestataires à l'existence des PNP en matière de PF.

Quant aux clientes reçues dans l'unité de PF, neuf des douze droits des clients étaient reconnus et respectés par au moins deux tiers des clientes à savoir : la réception des informations souhaitées, l'accessibilité financière, le choix de la méthode qu'elles souhaitaient, le respect du droit à la dignité, à l'intimité, au confort, la sécurité, le suivi et la satisfaction..

Par ailleurs quant à la couverture des besoins des prestataires certains aspects méritaient d'être améliorés comme la formation, les informations, et la disponibilité des produits contraceptifs courants..

Par rapport aux clientes reçues dans l'unité les aspects qui méritaient des critiques sont : l'accessibilité physique et le respect de droit de poser des questions (auto-expression)..

Au vu de ses résultats et partant du fait que la qualité d'un service est fortement influencée par les conditions de travail des prestataires, et l'image que ceux-ci renvoient à travers leur prestation aux clientes. Nous pensons pouvoir affirmer que la qualité des services offerts dans l'unité de PF du CSRef de la commune V est au dessus de la moyenne par comparaison à l'étude réalisée par GUINDO A[19].

## **7. Recommandations :**

Au regard de notre étude nous avons formulé les recommandations suivantes :

Mettre les prestataires dans les conditions optimales de travail par :

- Renforcer la formation des prestataires en matière de PF ;
- Renforcer l'information des prestataires par leurs hiérarchies en matière de PF
- Améliorer la disponibilité des produits contraceptifs courants ;
- Rendre plus accessible aux clientes les services de PF ;
- Renforcer le respect de droit à l'auto-expression des clientes ;

## **Bibliographie**

### **1- MINITERE de la SANTE**

Politique, normes et procédures en santé de la reproduction **du** Ministère de la Sante volume1 et 3, 1995, pp : (49-50,21)

### **2-ANONYMES**

Petit Larousse 100<sup>eme</sup> édition, 2005 , pp :(254, 547, 817)

### **3- BLUMENFELD S.N**

Quality assurance in transition,papus New Guines Medical journal 36(2):June 1993 pp :(81-89) .

### **4- KOM MOGTOM,**

Evaluation de la qualité des services au bloc opératoire du service de gynéco-obstétrique de L'Hôpital Gabriel Toure de janvier – juin 2004, thèse de doctorat en médecine Bamako/Mali , 2005, numéro 56,p :129

### **5- KAMISSOKO M**

Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Kalabancoro zone périurbaine de Bamako, thèse de doctorat en médecine Bamako/Mali 2003, pp :(53 -56)

### **6- HUBER, D.**

Proposed approach for medical quality of care in family planning reproductive health service supported by pathfinder International 9 septembre 1994 11p

### **7- DIPRETE B ; FRANCO L ;Mand HATZELLT L.**

Quality assurance of health care in developing countries,Bethesda , Maryland .quality assurance project, carter for human services,1993, 27p

### **8- POEMER M.I ; MONTOYA-AGURLAR C**

Quality assessment and assurance in primary health care, Geneva, wold health organization (who), 1985, (who offset publication, numéro105) 82p

### **9- ANONYMES**

Importance de la planification familiale volontaire et la prestation de services de nos membres Déclaration de consensus Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique (FIGO), Confédération Internationale des Sages-femmes (ICM) et Conseil International des Infirmières (ICN)(consensus statement on family planning, [/fi http://w.w.w.cngolf.asso.fr/d-tele go](http://w.w.w.cngolf.asso.fr/d-tele go), consulté 02-06-2014

## **10- PROGRAMME D’ACTION DU CAIRE**

Conférence internationale sur la population et le développement, septembre 1994  
United Nations 53p

## **11- Mali**

Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social 2014-2024, Ministère de la Santé  
2014, pp :(2-14)

## **12- MINISTERE de SANTE**

Enquête Démographique et de santé du Mali en 2006 (EDSMIV 2006) , CPS santé,  
DNSI, Macro, Inc. Décembre 2007 , 497p

## **13- KOLS A.J, SHERMAN J.E et al**

L’importance de la qualité document électronique.

<http://w.w.winforhealth.org/pr:prf/FJ47edsum.shtml> , consulté le 02-06-2014

## **14- CAMPANA A**

Cours pour les étudiants de médecine family planning Guidelines Reviews document  
électronique [http://w.w.wofmer.ch/cours/index\\_cours\\_4année.html](http://w.w.wofmer.ch/cours/index_cours_4année.html) consulté le 02-  
06-2014

## **15- MINITERE de la SANTE-DIVISION SANTE de la REPRODUCTION**

TDR de la campagne nationale en faveur de la planification familiale 2005, 12p

## **16- MARD P.V, FASSASSI R, TALNAN E**

Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne, congrès Mondial de  
la population Aout 2004, 124p

## **17- MALI**

**Enquête** Démographique et de santé du Mali de 2012-2013(EDSM V 2012-2013) ; CPS  
Santé, INSAT, Macro, Inc , Aout 2014 , 277p

## **18- MINISTERE de SANTE du MALI**

Rapport d’activité annuel de santé du District de Bamako 2013, ---p

## **19- GUINDO A**

Evaluation de la qualité des services offerts dans les six unités de planifications des CSREF

## **MINISTERE de la SANTE- POPULATION COUNCIL/USAID**

Evaluation de l’offre des services de planification dans les points de prestations de services de  
santé fixes Bamako/Mali, mars 2002 pp : (9, 11, 2).

**20- Les Hommes Font l'objet d'une nouvelle attention**

Document électronique <http://w.w.w.inforheath.org/pr/prf/fulltext.shtml> consulté le 02-06-2014 au Mali

**21- P. NGOM P , WAWIRE SN**

Facteurs déterminant la faible prévalence de la contraception moderne au Mali – African population and health Research Canter – Décembre 2001 p19.

**22- MILLER R , HANVEY L**

Consensus canadien sur la contraception chapitre 9 – numéro 143, troisième partie du 03-04-2004 ; 49p.

**23- S. M TRAORE SM , BALLO B**

Planification familiale – Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé(CPS/MS) , Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNI) et ORC Macro 2002 ; Enquête Démographique et de Santé au Mali 2001, Calventon , Maryland , USA : CPS/MS , DNSI , ORC, Macro pp :( 63 , 64, 70, 72 , 98 , 103) .

**24- BARNEA ER**

« Embryo maternal dialogue: from pregnancy recognition to proliferation control « Early pregnancy , vol 5 , 2001 pp:(6-65).

**25- BROWN L, TYANE M, BERTRAND J, LAURO D, ABOU-OUAKIL D ; DEMARIA L**

Quality of care in family services in Morocco studies in family planning 26(3); My/jun 1995 pp: (154-168)

**26- NDHLOVU L**

Quality of care in family planning services delivery in Kenya : clients and providers perspectives Nairobi , Kenya, population council , 2, janvier , 1995; p 84.

**27- WILLIAMS T, SCHUTT-AINE J ; CUCA Y**

Clients satisfaction surveys for improved family planning service quality : A users manual , and discussion of results to date NEW-YORK International planned paventhood Federation , Aug 13 , 1996 ; 125p

**28- S. MAWAJDEH S , AL-OUTOB R , BINRAAD F**

Issues Related to measuring the quality of reproductive health services in selected countries .Proceeding of the Arab Regional Population Conference , Carvo 1996 pp:(127-146).

**29- BLACK A , FLEMING N , PYMAR H , BROWN T, SMITH T**

Consensus canadien sur la contraception – numéro 143 - deuxième partie de trois, mars 2004.49p

## Annexes

### QUESTOINNAIRE N°1

#### Observation des prestataires en matière de prévention des infections

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

###### Centre de santé de référence de la commune V

Date /\_/\_//\_/\_//\_/\_/\_/\_/ (jj/mm/aaaa)

Catégorie de prestataire: Médecin /\_/ Sage-femme /\_/ Infirmière /\_/ Autres-----

Durée au poste: / / / --- Fonction -----

##### 1.1. Port de blouse

1.1.1. Le prestataire port- t-il régulièrement la blouse ?/\_/1= oui ; /\_/ 2=non

1.1.2. Le prestataire sort-il de la formation sanitaire avec la blouse ?

/\_/1=oui /\_/ 2= non

##### 1.2. Lavage des mains

1.2.1. Avant et après avoir examiné chaque cliente /\_/1=oui /\_/ 2= non

1.2.2. Avant et après chaque manipulation d'instruments /\_/1=oui /\_/ 2= non

1.2.3. Après avoir touché les muqueuses, le sang ou les liquides biologiques

/\_/1=oui /\_/ 2= non

1.2.4. Rinçage et séchage des mains avec serviette ou linge propre individuel

/\_/1=oui /\_/ 2= non

##### 1.3. Port des Gants / Doigtiers

1.3.1. Le prestataire porte t-il des gants avant le contact avec le sang ?

/\_/1=oui /\_/ 2= non

1.3.2. Le prestataire porte t-il des gants avant le contact avec le liquide biologique ?

/\_/1=oui /\_/ 2= non

1.3.3. Le prestataire porte t-il des gants avant le contact avec les muqueuses?

/\_/1=oui /\_/ 2= non

1.3.4. Le prestataire porte t-il des gants avant de toucher le matériel stérile?

/\_/1=oui /\_/ 2= non

1.3.5. Le prestataire utilise-t-il une nouvelle paire de gants/doigtier pour chaque cliente ?/\_/1=oui /\_/ 2= non

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

1.4.1. Nettoyage du lieu d'injection ou d'incision avec un tampon d'alcool ou d'antiseptique

/\_/1=oui /\_/ 2= non

1.4.2. Nettoyage avec une solution d'antiseptique du col et du vagin pour l'insertion du DIU

/\_/1=oui /\_/ 2= non

1.4.3. Nettoyage avec une solution d'antiseptique de l'avant bras pour le norplant/\_/1=oui

/\_/ 2= non

#### **2. Mesures collectives de prévention des infections**

##### **Centre de santé de référence de la commune V**

Date /\_/\_/ // /\_/\_/ // /\_/\_/ // /\_/ (jj/mm/aaaa)

Nombre de pièces-----

##### **2.1. Traitement du matériel**

2.1.1. Une décontamination du matériel est-elle effectuée après usage ?

/\_/1=oui /\_/ 2= non

2.1.2. Après utilisation, le matériel est-il lavé puis rincé ? /\_/1=oui /\_/ 2= non

2.1.3. Le matériel est-il stérilisé à l'autoclave ou à la chaleur sèche ?

/\_/1=oui /\_/ 2= non

2.1.4. La désinfection de haut niveau (par produit chimique ou ébullition)

/\_/1=oui /\_/ 2= non

##### **2.2. Traitement des déchets**

2.2.1. Les déchets (aiguilles, gants, placenta, doigtier, liquide biologique) sont-ils décontaminés à la source ? /\_/1=oui /\_/ 2= non

2.2.2. Le transport interne (de la source au lieu d'entreposage dans les 12 heures) /\_/1=oui

/\_/ 2= non

2.2.3. Entreposage : vidange régulière des déchets /\_/1=oui /\_/ 2= non

2.2.4. Elimination des déchets:

2.2.4.1. Les objets pointus sont-ils rangés dans les boites de sécurités ? /\_/1=oui /\_/ 2= non

2.2.4.2. Les liquides sont-ils évacués selon les normes ? /\_/1=oui /\_/ 2= non

2.2.4.3. Les déchets solides sont-ils incinérés ou brulés ou enfouis ?

/\_/1=oui /\_/ 2= non

2.2.4.4. Lavage des poubelles /\_/1=oui /\_/ 2= non

##### **2.3. Entretien des locaux**

2.3.1. Le sol est-il nettoyé chaque jour ? /\_/1=oui /\_/ 2= non



2.3.2. Avec une serpillère mouillée du détergent, de l'eau, et un désinfectant

/\_/1=oui /\_/ 2= non

2.3.3. Le mur est-il nettoyé une fois par semaine ? /\_/1=oui /\_/ 2= non

2.3.4. Les gants de ménagère sont-ils utilisés lors du nettoyage du sol

/\_/1=oui /\_/ 2= non

## QUESTOINNAIRE N°2

### L'appréciation de la satisfaction des clientes et le respect de leur droit

#### 3. Respect des droits des clients

Age /\_/ niveau de scolarisation----- sexe M /\_/ F /\_/

Statut matrimonial : Marié /\_/ célibataire /\_/ divorcé(é) /\_/ veuf(Ve) /\_/

3.1. Dans l'ensemble étiez-vous satisfaites de votre visite d'aujourd'hui dans cette structure sanitaire ou n'étiez-vous pas satisfaites ?

3.1.1. Très satisfaites /\_/

3.1.2. Satisfaites /\_/

3.1.3. Non satisfaites /\_/

3.2. Avez-vous le sentiment qu'aujourd'hui vous avez reçu les informations que vous souhaitiez avoir ? /\_/1=oui /\_/ 2= non

3.3. Combien de temps vous a-t-il fallu pour joindre le service ?

----- (temps en minutes)

3.4. Pensez-vous que les couts des services vous ont été accessibles ?

/\_/1=oui /\_/ 2= non

3.5. Le prestataire vous a-t-il laissé le droit de choisir la méthode de planification familiale que vous souhaitiez ? /\_/1=oui /\_/ 2= non

3.6. Sécurité : estimez-vous que pendant un moment quelconque au cours de votre visite votre santé a été en insécurité ? /\_/1=oui /\_/ 2= non

3.7. A votre avis, y avait-il assez d'intimité pendant l'entretien avec le prestataire ? /\_/1=oui /\_/ 2= non

3.8. Estimez-vous avoir été traité dignement ? /\_/1=oui /\_/ 2= non

3.9. L'entretien avec le prestataire a-t-il été confortable pour vous ?

/\_/1=oui /\_/ 2= non

3.10. Suivi : un prestataire vous a-t-il dit quand est ce qu'il faut venir pour une autre visité ?

/\_/1=oui /\_/ 2= non

3.11. Pendant cette visité avez-vous des questions que voulez-vous poser ?



/\_/1=oui /\_/ 2= non

Existe-t-il des normes et des procédures à suivre dans la prestation des services de planification familiale ? /\_/1=oui /\_/ 2= non