

MINISTERE DE LA SANTE ET DES
AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION GENERALE DE LA
SANTE ET DE L'HYGIENE
PUBLIQUE

SOUS-DIRECTION DE LA SANTE
DE LA REPRODUCTION



REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

Procédures en Santé de la Reproduction

COMPOSANTES D'APPUI :

**COMMUNICATION POUR LA PROMOTION DE LA
SANTE DE LA REPRODUCTION**

&

**QUALITE DES SOINS ET SERVICES DE LA SANTE DE
LA REPRODUCTION**

VOLUME 1

❧ *Juin 2019* ❧

PREFACE

Le Mali a élaboré les premiers documents de Politique, Normes et Procédures en Santé Familiale en 1987. En 1995, après la conférence du Caire sur la population et le développement, la quatrième conférence mondiale sur les femmes à Beijing, les documents ont été révisés pour les adapter au concept de la santé de la reproduction y compris la survie de l'enfant. Une autre révision a été faite en 1999 pour prendre en compte l'approche genre et la santé de la reproduction des jeunes adultes.

Pour le Mali, la santé de la reproduction est un aspect fondamental de la vie et concerne chaque individu. Elle est le reflet de la santé au cours de l'enfance et de l'adolescence. Elle est essentielle pendant la période d'activité génitale et conditionne également la santé des hommes et des femmes à un âge plus avancé.

L'objectif final de la santé de la reproduction est de permettre à chacun de vivre une sexualité responsable et aussi une reproduction sans crainte conformément aux réalités socioculturelles du Mali. Cet état de fait requiert un changement d'attitude des prestataires, une meilleure coordination des interventions, une opérationnalisation efficace des activités en vue de l'amélioration de l'accès et la qualité des services.

Dans la pratique, il y a un besoin continu de se mettre à jour. En effet, l'élargissement du nombre des intervenants du fait d'un engagement politique plus fort et surtout l'évolution des connaissances justifient la révision périodique des politiques, normes et procédures en matière de santé de la reproduction dans le but de garantir la qualité des prestations offertes.

De la dernière révision à nos jours, de nouvelles approches et stratégies ont été adoptées par le Mali et elles méritaient d'être intégrées dans les documents.

Le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, garant de la qualité des services, vient de réviser les politiques, normes et procédures avec l'appui de ses partenaires, comme outil de référence pour l'ensemble des prestataires.

Par conséquent, ces documents dynamiques doivent être largement diffusés et utilisés par tous les prestataires et gestionnaires de programme à tous les niveaux d'une manière adéquate afin d'offrir des services de qualité à la population malienne.

LE MINISTRE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES

Michel Hamala Sidibe

Monsieur Michel Hamala SIDIBE
Officier de l'Ordre National du Mali



REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales remercie les partenaires au développement :

- ❖ USAID
- ❖ OMS
- ❖ UNICEF
- ❖ UNFPA

pour leur appui technique, financier et matériel à l'élaboration et à l'utilisation des premiers documents de Normes et Procédures de SMI/PF ainsi qu'à la révision des documents de Politique, Normes et Procédures de Santé de la Reproduction au Mali.

Il remercie particulièrement l'UNICEF et l'OMS pour leur appui financier et technique à cette nouvelle révision des documents de Politique, Normes et Procédures de Santé de la Reproduction.

Il remercie l'USAID à travers IntraHealth, SSGI, PSI Mali, Measure/evaluation, HP+, KJK, HRH 2030 et d'autres partenaires : Marie Stopes Mali (MSI), ASDAP, AMPPF, et Groupe Pivot, pour leur assistance technique lors de la présente révision des documents de Politique, Normes et Procédures de Santé de la Reproduction.

Il remercie aussi toutes les coopérations bilatérales et multilatérales, pour leur appui technique et financier ayant permis l'organisation de l'atelier de validation des PNP/SR révisées.

Les remerciements vont également à toutes les personnes ressources du secteur public et des ONG pour les efforts fournis lors des révisions des dits documents.

Table des matières

PREFACE	I
REMERCIEMENTS	II
ABREVIATIONS	V
INTRODUCTION	VI
GUIDE D'UTILISATION	IX
I. COMMUNICATION POUR LA PROMOTION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION	1
A. GENERALITES SUR LE CONCEPT DE LA COMMUNICATION	2
1. Définitions	2
2. Processus du changement de comportement.....	3
B. COMMUNICATION INTERPERSONNELLE (CIP)	3
1. Causerie éducative	3
2. Counseling	4
3. Visite à domicile	5
4. La négociation.....	7
C. LE PLAIDOYER	8
1. Définition	8
2. Étapes clés d'une intervention de plaidoyer	8
D. MOBILISATION SOCIALE	9
1. Définition	9
2. Etapes de la mobilisation sociale	9
3. Evaluation	9
E. COMMUNICATION DE MASSE	9
1. Définition	9
2. Evaluation	10
F. MARKETING SOCIAL	10
1. Définition	10
2. Acteurs du marketing social et leurs attitudes.....	10
II. QUALITE DES SOINS ET SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION	12
A. GENERALITES	13
1. Définition	13
2. Composantes de la qualité.....	13
3. Description de la démarche d'amélioration de la qualité	19
B. RESOLUTION DES PROBLEMES	19
1. Définition	19
2. Analyse de la situation	19
3. Identification et formulation des problèmes.....	20
4. Analyse des problèmes.....	21
5. Détermination des stratégies	22
6. Elaboration d'un plan de résolution des problèmes	23
7. Mécanisme de résolution des problèmes en équipe	24
C. SUPERVISION	24
D. COORDINATION	25
1. Définition	25
2. Types de coordination	25
3. Niveaux et responsabilités	25
4. Coordination des services de SR.....	25
E. SUIVI & EVALUATION	26
1. Suivi	26
2. Evaluation	27
F. LES INDICATEURS DE QUALITE	28

III.	SURVEILLANCE DES DECES MATERNELS, PERINATALS ET RIPOSTE	29
1.	Définitions Opérationnelles	30
2.	Identification et notification des cas de décès maternels et périnatals	30
3.	Revue/Audit des cas de décès maternels et périnatals	31
3.1.	Préparer l'audit des décès maternels et périnatals	31
3.2.	L'audit proprement dit	31
3.3.	Types d'audits	32
3.4.	Analyse des données agrégées des cas de décès maternels et périnatals qui ont bénéficié d'un audit et perspectives au niveau district, régional et national	33
3.5.	Riposte	33
3.6.	Diffusion des résultats de la SDMPR	33
IV.	PREVENTION DES INFECTIONS	34
A.	DEFINITION OPERATIONNELLE DES TERMES.....	35
B.	TECHNIQUES DE LA PREVENTION DE L'INFECTION	36
1.	Lavage des mains ou hygiène des mains	36
2.	Lavage des zones d'intervention.....	38
3.	Utilisation des barrières physiques	39
4.	Traitement du matériel	39
5.	Elimination des déchets	40
	FICHES TECHNIQUES.....	47
A.	FICHES TECHNIQUES COMMUNICATION.....	48
	FICHE TECHNIQUE N° 1 : QUALITES D'UN(E) BON(NE) ANIMATEUR(TRICE)	48
	FICHE TECHNIQUE N° 2 : ROLES D'UN(E) BON(NE) ANIMATEUR(TRICE).....	49
	FICHE TECHNIQUE N° 3 : REDI (Rapport, Exploration, Décision et Implémentation).....	50
B.	FICHES TECHNIQUES AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS ET SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION	51
	FICHE TECHNIQUE N° 4 : SUPERVISION DU PERSONNEL	51
	FICHE TECHNIQUE N° 5 : DROITS DU CLIENT	53
	FICHE TECHNIQUE N° 6 : REORGANISATION DES SERVICES DE SR.....	55
	FICHE TECHNIQUE N° 7 : FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS (FBR)	57
	FICHE TECHNIQUE N° 8 : LE PARTENARIAT PUBLIC - PRIVE	58
	FICHE TECHNIQUE N° 9 : ACCREDITATION	60
	FICHE TECHNIQUE N° 10 : INDICATEURS DE LA QUALITE.....	62
C.	FICHES TECHNIQUES PREVENTION DES INFECTIONS	67
	FICHE TECHNIQUE N° 11 : LAVAGE SIMPLE DES MAINS	67
	FICHE TECHNIQUE N° 12 : LAVAGE CHIRURGICAL.....	68
	FICHE TECHNIQUE N° 13 : TRAITEMENT DES INSTRUMENTS ET AUTRES ARTICLES	70
	FICHE TECHNIQUE N° 14 : NETTOYAGE.....	71
	FICHE TECHNIQUE N° 15 : DESINFECTION A HAUT NIVEAU.....	72
	FICHE TECHNIQUE N° 16 : STERILISATION.....	73
	FICHE TECHNIQUE N° 17 : DECONTAMINATION DU MATERIEL AVEC LES COMPRIMES CHLORES EFFERVESCENTS « BIOSTOP »	74
	FICHE TECHNIQUE N° 18 : POUR LA DESINFECTION ET LA DECONTAMINATION AVEC L'EAU DE JAVEL 75	
	FICHE TECHNIQUE N° 19 : COMMENT PORTER ET RETIRER LES GANTS	76
	FICHE TECHNIQUE N° 20 : ELIMINATION DES DECHETS - CADRE ORGANISATIONNEL	78
	FICHE DE SUIVI DES PROCEDURES DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION	81
	LISTE DES PARTICIPANTS	83
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	87

ABREVIATIONS

ASC	Agent de santé communautaire
CAP	Couple année protection
CCC	Communication pour le changement de comportement
CCSC	Communication pour le changement social de comportement
CGD	Coordination de la gestion des déchets
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIP	Communication inter personnelle
CPD/C4D	Communication pour le développement
CPN	Consultation prénatale
CPON	Consultation post natale
CSCom	Centre de santé communautaire
DGSHP	Direction générale de la santé et de l'hygiène publique
DHN	Désinfection de haut niveau
DIU	Dispositif intra utérine
DNS/CSLS/MSHP	Direction nationale de la santé/Cellule sectorielle de lutte contre le Sida/Ministère de la santé et de l'hygiène publique
EAQS	Equipe d'amélioration de la qualité des services
EDSM V	Enquête démographique et de santé du Mali (Cinquième Edition).
EPHR	Etablissement public hospitalier régional
FBR	Financement base sur les résultats
FELASCOM	Fédération locale des associations de santé communautaire
FO	Fistule obstétricale
GIE	Groupement d'intérêt économique
IEC	Information, éducation communication
IO	Infirmière obstétricienne
IST	Infections sexuellement transmissibles
IV	Intra veineuse
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PANB	Plan d'action national budgétisé
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PF	Planification familiale
PI	Prévention de l'infection
PPP	Partenariat public et privé
PTF	Partenaire technique et financier
PTME	Prévention de l'infection mère – enfant du VIH/Sida
RDV	Rendez de vous
REDI	Rapport, Exploration, Décision et Implémentation
RMA	Rapport mensuel d'activité
SAA	Soins après avortement
SAJ	Santé des adolescents et des jeunes
SDMPR	Surveillance des décès maternels, périnataux et riposte
SONU	Soins obstétricaux d'urgence
SR	Santé de la reproduction
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine.

INTRODUCTION

Au Mali, la situation sanitaire et sociale est caractérisée par des niveaux de morbidité et de mortalité élevés. Il en résulte des implications et conséquences très lourdes pour les femmes, les adolescents(es)/jeunes et les enfants à cause de leur vulnérabilité et de l'insuffisance des mesures concrètes prises à leur endroit.

Selon l'EDSM-V : 2012 - 2013, le taux de mortalité maternelle est de 368 pour 100 000 naissances vivantes ; le taux de mortalité infantile est de 56 pour 1000 naissances vivantes ; le taux de mortalité néonatale est de 34 pour 1 000 naissances vivantes.

Le taux de séroprévalence du VIH est de 1,1% dans la population générale. De façon générale, les femmes sont plus touchées que les hommes. La tranche d'âge la plus touchée est de 25 à 40 ans. Le taux de séroprévalence du VIH chez les femmes de 15 à 49 ans est de 1,4% (EDSM-V : 2012 - 2013). Le taux de prévalence chez les femmes enceintes vues en CPN au niveau des sites PTME est de 0,52% (Rapport 2017 DNS/CSLS/MSHP). La couverture sanitaire est à 76% dans un rayon de 15 km (annuaire du système local d'information sanitaire 2017).

Cet état de fait est lié essentiellement à :

- ☞ l'insuffisance de couverture en infrastructures socio-sanitaires dotées de moyens adéquats ;
- ☞ la faible accessibilité aux services de santé de qualité ;
- ☞ l'insuffisance d'accès aux médicaments essentiels y compris les contraceptifs ;
- ☞ l'inadéquation de la gestion des ressources humaines et son insuffisance à couvrir les besoins ;
- ☞ des pratiques socioculturelles et des comportements néfastes à la santé des groupes vulnérables.

Aussi pour améliorer la situation sanitaire et sociale, le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales tenant compte des importants acquis de la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population procédera désormais à une approche globale du développement sanitaire et social dite approche programme dans le cadre de son nouveau plan décennal de développement sanitaire et social 2012 - 2023.

Dans le souci de fournir des prestations de qualité correspondant aux besoins prioritaires des populations, les documents de Politique, Normes et Procédures en santé de la reproduction ont été révisés et doivent servir de cadre de référence pour l'ensemble des intervenants.

Ils doivent servir également de guide opérationnel au personnel socio-sanitaire dans l'offre du paquet minimum d'activités. Ils comprennent essentiellement deux parties :

- la Politique et les Normes de services ;
- les Procédures.

La Politique et les normes de services

La politique définit les missions de la santé de la reproduction, indique les bénéficiaires, décrit les activités, les prestataires et les responsabilités pour l'offre des services de qualité.

Les normes précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables de performance et les qualifications requises exigées pour chaque service offert.

Les documents de Politique et Normes sont destinés principalement aux décideurs, aux gestionnaires de services, aux superviseurs, aux responsables des ONG et associations intervenant dans le secteur public, para public, communautaire et privé pour leur permettre de mieux définir et organiser leurs interventions en matière de santé de la reproduction à différents niveaux.

Les Procédures

Elles décrivent les gestes logiques et chronologiques nécessaires et indispensables à l'offre des services de qualité par les prestataires.

Le but principal des procédures est d'aider les prestataires à offrir des services de qualité. Elles doivent alors être largement diffusées et constamment utilisées pour résoudre les problèmes de santé de la reproduction.

Les documents de procédures sont destinés à **tous les prestataires** des services de Santé de la Reproduction (relais, ASC, matrones, infirmiers, sages-femmes, techniciens d'hygiène, techniciens de laboratoire, techniciens et administrateurs sociaux, ingénieurs sanitaires et médecins). Ils seront également utilisés par les **formateurs, les superviseurs**, et ceux qui sont chargés de gérer et d'évaluer les programmes de santé de la reproduction.

Ces documents intègrent les éléments de la santé de la reproduction traduisant ainsi le souci de promouvoir la santé de la femme, de l'enfant, de l'adolescent(e)/ jeune, de l'adulte et les droits en matière de santé de la reproduction, notamment à travers les approches novatrices.

Les procédures doivent être régulièrement « adaptées et mises à jour » afin qu'elles soient toujours utiles. Ces procédures sont élaborées pour préciser les activités, les tâches logiques et chronologiques requises pour l'exécution des services de santé de la reproduction à chaque niveau de la pyramide sanitaire en tenant compte des droits des clients.

Pour s'assurer que les procédures seront utilisées de manière efficace et pour faciliter leur accès aux prestataires, elles ont été élaborées en cinq (5) volumes selon les composantes des activités menées en SR :

- **VOLUME 1 : Composantes d'appui**
 - Communication pour la promotion de la santé de la reproduction ;
 - Qualité des soins et services de la santé de la reproduction ;
 - Surveillance des décès maternels, périnataux et riposte ;
 - Prévention des infections.

- **VOLUME 2 : Composantes communes**
 - Planification familiale ;
 - IST/VIH et Sida/PTME ;
 - Genre et santé ;
 - Pathologies génitales et dysfonctionnements sexuels chez la femme.

- **VOLUME 3 : Gravidité-puerpéralité**
 - Soins prénatals ;
 - Soins périnataux ;
 - Soins postnatals.

- **VOLUME 4 : Survie de l'enfant de 0 - 5 ans**
 - Soins préventifs ;
 - Soins curatifs : PCIME.

- **VOLUME 5 : Santé des adolescent(e)s et des jeunes et santé sexuelle des hommes**
 - Santé des adolescents(es) et des jeunes (SAJ) ;
 - Santé sexuelle des hommes.

Dans ce volume ont été intégrées de nouvelles approches et initiatives, notamment les informations sur :

- ✓ La Communication pour le développement (CPD/C4D) ;
- ✓ L'amélioration de la qualité des soins ;
- ✓ La surveillance des décès maternels, périnataux et riposte (SDMPR) ;
- ✓ La décontamination du matériel avec les comprimés chlorés effervescents « BIOSTOP » ;

GUIDE D'UTILISATION

Ces **procédures** indiquent les étapes et les gestes cliniques nécessaires à suivre pour l'offre des services de qualité en matière de santé de la reproduction au Mali. Elles découlent de la politique et des normes des services définis par le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.

Chaque volume comprend :

- Une introduction ;
- Un guide d'utilisation ;
- Les procédures de santé de la reproduction et ses différentes sections ;
- Les annexes ;
- Un glossaire.

Les différentes parties des procédures sont rédigées sous forme de :

- **Succession de gestes logiques à suivre** par le prestataire de service dans la prise en charge des patients ;
- **Description de la prise en charge** des pathologies ou complications par niveau ;
- **Fiches techniques** ;
- **Algorithmes**.

L'application de ces procédures doit tenir compte du niveau de compétence du prestataire et du niveau de la structure socio sanitaire où celui-ci exerce.

La prise en charge des pathologies et de leurs complications est décrite par niveau de structure.

Certaines parties de ces procédures sont élaborées sous forme d'algorithmes ou d'arbres de décision ou encore d'ordinogrammes.

L'algorithme est la représentation graphique d'un raisonnement systématique, étape par étape, à partir d'un problème donné, jusqu'à l'aboutissement à une ou plusieurs solutions et ce, dans le but de standardiser le diagnostic et le traitement des patients pour toutes sortes d'affections.

Le principe des algorithmes est fonctionnel surtout lorsque les problèmes abordés sont simples ou lorsque les moyens d'action sont limités par manque de ressources : manque de temps, manque d'infrastructure ou de compétences.

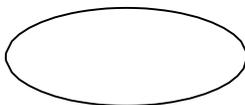
A chaque étape, un éventail d'options est proposé et les niveaux de décision sont identifiés.

Les algorithmes ont été conçus pour être clairs, faciles à comprendre et faciles à utiliser. C'est pourquoi ils se composent de figures géométriques.

Ces figures géométriques varient selon qu'elles représentent un problème clinique identifié, des signes et symptômes, une prise de décision ou une action à adopter.

Chaque algorithme fonctionne selon les étapes suivantes :

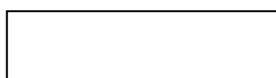
- L'**identification du problème clinique** représentée par une ELLIPSE.



- La **recherche des signes et/ou symptômes qui se manifestent chez le patient**, représentés par un PRISME.



- La **prise de décision et l'adoption d'une action thérapeutique**, représentées par un RECTANGLE.



N.B : Les algorithmes doivent être lus de haut en bas et généralement de gauche à droite.

L'utilisateur devra lire attentivement ces procédures afin de se familiariser avec les différents gestes et procédés cliniques qui y sont décrits. Ces documents permettront aux prestataires, aux formateurs, aux superviseurs d'harmoniser leurs prestations et d'améliorer la qualité des services.

Les procédures seront mises à jour périodiquement, afin que les étapes et gestes décrits soient toujours valides. Les utilisateurs devront signaler aux superviseurs et aux autorités médicales régionales et nationales les procédés à réviser.

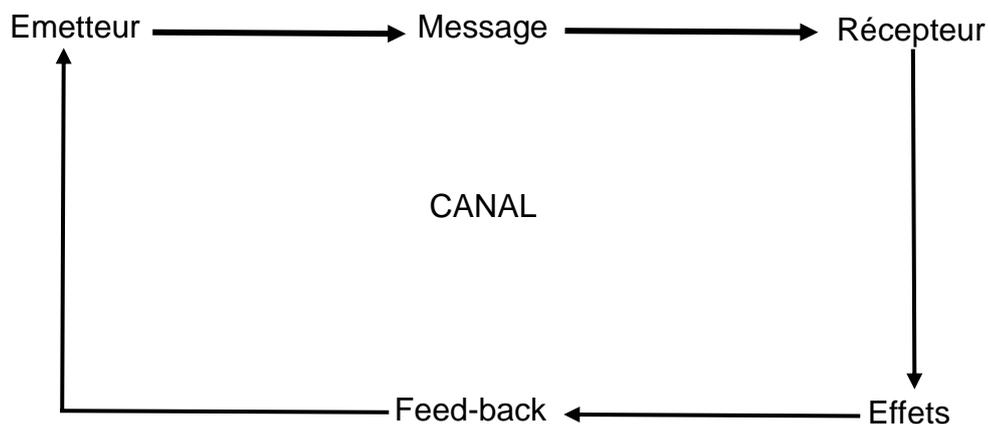
I. COMMUNICATION POUR LA PROMOTION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION

A. GENERALITES SUR LE CONCEPT DE LA COMMUNICATION

1. Définitions

➤ La communication :

- ☞ La communication est un processus qui consiste à échanger des idées ou des informations avec une ou plusieurs personnes, afin d'apporter le savoir (avoir des connaissances), le savoir-faire (capacité de pratiquer), le savoir être (comportement, attitude) nécessaires pour le changement de comportement souhaité. C'est une discipline transversale à tous les programmes et projets de développement.
- ☞ C'est un échange d'information entre un émetteur et un récepteur à travers un canal pour passer un message dans le but de convaincre, persuader, motiver, rassurer en vue d'un changement de comportement à travers l'effet du message sur le récepteur.



- **La communication pour le changement de comportement (CCC)** vise à faire adopter par la population-cible un nouveau comportement qui contribuera à améliorer sa condition de vie, sa santé (comportement souhaité) par le renforcement des connaissances, l'amélioration des attitudes et le changement positif des pratiques individuelles et collectives.
- **La Communication pour le changement social et de comportement (CCSC)** cherche à comprendre et faire évoluer positivement les normes socioculturelles qui influencent les personnes et les communautés.
- **La Communication pour le développement (CPD/C4D)** est un processus s'appuyant sur les données réelles pour promouvoir un changement de comportement mesurable. Elle prend en compte les us et coutumes, les normes sociales et culturelles qui façonnent la vie des personnes et des communautés. Elle vise à engager les communautés et les groupes marginalisés pour qu'ils identifient eux-mêmes leurs problèmes et trouvent des solutions.

Les principaux éléments sont :

- Information : transmission d'une nouvelle, message à sens unique (savoir).
- Éducation : transmission de nouvelles compétences (savoir-faire).
- Communication : un processus d'échange d'idées, de faits, d'opinions ou de sentiments qui se produit entre deux ou plusieurs individus.
- Comportement : la manière d'être, l'habitude, l'attitude.
- Sensibilisation : démarche pour éveiller sur un enjeu.

2. Processus du changement de comportement

Le changement de comportement est un processus long. Chaque individu a son rythme qui lui est propre pour adopter un comportement donné.

Pour adopter un comportement précis, l'individu passe par les étapes suivantes :

Etape 1 : Connaissance

Etape 2 : Approbation

Etape 3 : Intention

Etape 4 : Pratique

Etape 5 : Plaidoyer

A noter que le processus de changement se fait dans la continuité, il est complexe, non linéaire et basé sur les connaissances/croyances, attitudes, persuasion et décision/intention d'agir.

B. COMMUNICATION INTERPERSONNELLE (CIP)

C'est un entretien face à face, un échange d'informations, de sentiments et d'attitudes (verbal ou non verbal) entre individus ou groupe d'individus qui peuvent se voir et s'entendre. Les techniques de CIP couramment utilisées en SR sont la causerie éducative, le counseling et la visite à domicile.

1. Causerie éducative

1.1. Définition

La causerie éducative est une technique d'animation de groupe qui consiste en un entretien entre un animateur et un groupe de personnes en vue d'apporter des messages précis à ce groupe pour un changement ou renforcement de comportement.

Elle vise toujours un changement de comportement. Dans une séance de causerie, l'animateur utilise souvent des supports visuels ou audiovisuels.

1.2. Etapes

a. Phase préparatoire

- Prendre rendez-vous en accord avec la population cible ;
- Informer les autorités locales ;
- Repérer un lieu disponible : espace suffisant, bien aéré calme, loin des distractions ;
- Planifier des heures convenables ;

- Choisir un thème simple et unique en fonction des besoins du groupe cible et des priorités sanitaires du moment ;
- Formuler les objectifs de la causerie ;
- Se documenter sur le thème choisi ;
- Ecrire le contenu de la causerie en choisissant des mots simples (fiches techniques) ;
- Préparer la traduction des mots clés en langue locale ;
- Préparer tout le matériel nécessaire à l'avance (fiches techniques, affiches, dépliants, échantillons, appareils...) ;
- Vérifier la fonctionnalité de tous les matériels ;
- Préparer le lieu pour la séance de causerie.

b. Phase d'exécution

- Accueillir et installer l'auditoire ;
- Saluer l'assistance ;
- Se présenter et demander à l'auditoire de se présenter ;
- Mettre l'auditoire à l'aise ;
- Annoncer le thème du jour ;
- Annoncer les objectifs de la causerie ;
- Evaluer les connaissances de l'auditoire sur le sujet, en posant des questions simples ;
- Développer le thème à voix assez haute sans parler de trop de choses à la fois selon la méthodologie choisie ;
- Dissiper les rumeurs ;
- Soutenir les informations par les supports audio-visuels ;
- Inviter le groupe à poser des questions sur le sujet ;
- Evaluer la causerie à partir des objectifs fixés ;
- Faire le résumé de la causerie.

c. Phase de clôture

- Remercier l'auditoire ;
- Fixer le prochain rendez-vous ;
- Négocier ou annoncer le prochain thème et le lieu ;
- Compter le nombre de participants en précisant le sexe ;
- Remplir les supports de causerie ;
- Ranger le matériel.

N.B :

- **Les mêmes étapes sont valables pour toutes les composantes de la santé de la reproduction.**
- **Une séance de causerie ne doit pas dépasser 20 minutes.**
- **Ne pas s'engager à traiter plusieurs thèmes à la fois.**
- **Le nombre de participants ne devrait pas dépasser 20 personnes.**

2. Counseling

2.1. Définition

C'est un processus au cours duquel une personne aide une autre à identifier et à choisir une solution à son problème.

Le counseling est un entretien conseil, un tête-à-tête qui a lieu dans un endroit calme et discret.

2.2. Etapes

a. Souhaiter la bienvenue

Accueillir chaleureusement le ou la client(e) :

- Saluer le ou la client(e) ;
- Offrir un siège au ou à la client(e) ;
- Se présenter et demander le nom du ou de la client(e) ;
- Mettre le (la) client(e) en confiance et à l'aise ;
- Demander ce que vous pouvez faire pour lui (elle) ;
- Assurer la confidentialité ;
- Rassurer le (la) client(e) que l'entretien sera privé et confidentiel.

b. S'entretenir avec le (la) client(e)

- Montrer sa disponibilité par une écoute attentive ;
- Laisser le ou la cliente exprimer entièrement son problème ;
- Demander des informations si nécessaires ;
- Poser des questions pouvant aider le (la) client(e) à se rappeler de certaines informations qu'il (elle) avait oubliées ;
- Faire un résumé de l'ensemble des informations données.

c. Présenter les alternatives de solutions possibles (les solutions sont en rapport avec le problème posé):

- Proposer les solutions possibles ;
- Discuter avec le (la) client(e) des avantages et des limites des solutions possibles.

d. Aider le (la) client(e) à prendre une décision

- Explorer avec le (la) client(e) les conséquences de sa décision.

e. Donner un rendez-vous

- Donner le rendez-vous au (à la) client(e) selon son cas.

N.B :

Les étapes du counseling sont identiques pour les autres composantes de la santé de la reproduction sauf pour la planification familiale ([Fiche Technique n°3](#)), les IST/VIH/sida/PTME ([cf. volume 2](#)).

3. Visite à domicile

3.1. Définition

La visite à domicile est une activité de la communication interpersonnelle qui consiste à rendre visite à un homme et/ou à une femme à domicile en vue de résoudre un problème précis ou prodiguer des conseils. Ceci pour :

- bien comprendre les situations qui sont à l'origine des problèmes de la personne ou des personnes visitées ;
- partager avec les personnes tout ce qu'elles doivent connaître ;
- s'assurer que les personnes ont compris les conseils et peuvent les mettre en pratique.

3.2. Etapes de la visite à domicile

a. Préparer la visite à domicile :

- identifier la personne ou la famille ;
- établir le but ;
- réfléchir à la question ;
- revoir ses connaissances en fonction du but de la visite à domicile (se documenter) ;
- choisir et préparer le matériel qui pourrait être utilisé lors de la visite à domicile (cahiers, affiches, brochures, dépliants, contraceptifs, etc.) ;
- consulter si possible le dossier familial des clients pour aider à fixer avec plus de précision les buts de la visite à domicile et aborder les problèmes par ordre de priorité ;
- informer la famille ou la personne.

b. Exécuter la visite à domicile :

- procéder aux salutations d'usage ;
- se présenter si nécessaire ;
- échanger des propos sur un sujet autre que celui qui motive la visite pour mettre l'interlocuteur en confiance ;
- introduire le sujet de la visite ;
- poser le problème avec calme ;
- écouter attentivement l'interlocuteur sans répondre lors de son intervention ;
- éviter d'écrire si possible ;
- poser des questions de clarification ;
- prodiguer des conseils sans se substituer aux clients ;
- montrer les aides visuelles si nécessaire ;
- référer au centre de santé les cas qui le nécessitent.

c. Clôturer la visite à domicile :

- fixer le prochain rendez-vous ;
- remercier et prendre congé ;
- au retour, tenir à jour les supports et faire une auto-évaluation.

Conseils à Domicile :

Ce qu'il ne faut pas faire	Ce qu'il faut faire
<ul style="list-style-type: none"> • donner l'information à sens unique ; • critiquer et rejeter les opinions ; • interrompre ; • se sous-estimer ; • se donner trop d'importance ; • avoir une attitude méprisante ; • être trop autoritaire et vouloir avoir raison à tout prix ; • avoir des idées toutes faites ; • camper sur ses positions ; • être indiscret. 	<ul style="list-style-type: none"> • échanger les informations ; • respecter et valoriser les opinions ; • laisser les gens s'exprimer ; • avoir confiance en son engagement ; • rester humble ; • respecter les personnes ; • être tolérant et respecter les différences ; • être à l'écoute et observer pour apprendre ; • savoir reconnaître ses erreurs et s'améliorer ; • être honnête ; • être discret ; • avoir de l'humour pour décontracter les autres. • répondre aux besoins, aux préférences et aux questions de la personne avec une attitude positive.

4. La négociation

4.1. Définition

La négociation permet d'inciter la prise de conscience, la motivation et l'adoption de changements de comportements. Elle vise plutôt les leaders d'opinion et les représentants de réseaux communautaires qui ont une grande influence sur leur entourage. Il s'agit de négocier avec eux/elles pour les convaincre d'être les avocats des changements à adopter au sein de la communauté.

4.2. Comment conduire une négociation

a. Avant la négociation

- identifier les leaders à qui l'on souhaite s'adresser ;
- chercher à connaître la personnalité du leader ;
- avertir l'intéressé/e et convenir d'un rendez-vous à son domicile ou à un lieu de son choix ;
- rassembler les supports de communication et revoir les arguments par rapport au sujet à discuter ou au problème à gérer.

b. Pendant la négociation

- Faire les salutations d'usage ;
- Ecouter attentivement son/ses interlocuteurs et interlocutrices ;
- Féliciter les leaders des efforts fournis jusque-là pour leur communauté ;
- Donner les arguments en faveur de la communauté (sur le sujet ou sur le problème) ;
- Echanger et convenir d'une solution appropriée pour la famille et/ou la collectivité (si problème) ;

- Rassurer le/les interlocuteurs de sa disponibilité (il faudra revenir voir le leader) ;
- Remercier ;
- Remplir les supports.

c. Après la négociation

- Suivre l'évolution du sujet discuté ou du problème avec le/les leaders ;
- Retourner le/les voir après avoir pris rendez-vous.

4.3. Ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire pendant la négociation

Ce qu'il ne faut pas faire	Ce qu'il faut faire
<ul style="list-style-type: none"> • S'adresser aux leaders communautaires sans connaître et respecter les coutumes ; • Ne pas respecter l'autorité des leaders coutumiers et traditionnels. 	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les coutumes en ce qui concerne la prise de parole ; • Montrer du respect aux autorités coutumières et administratives.

N.B : Tous les conseils donnés pour la technique de communication interpersonnelle, conseils à domicile s'appliquent à la négociation.

C. LE PLAIDOYER

1. Définition

Le plaidoyer est un ensemble d'actions cohérentes menées dans **un domaine d'intérêt public**. Il consiste à l'utilisation d'un modèle élaboré sur la base de données probantes.

Le plaidoyer est mené auprès d'un ou de plusieurs décideurs afin de les inciter à soutenir une prise de décision suivie par une action voulue.

2. Étapes clés d'une intervention de plaidoyer

Étape 1 : Identifier clairement les aspects du problème qui nécessitent des interventions de type plaidoyer et les appuyer par des données de recherche ;

Étape 2 : Identifier les solutions possibles du point de vue plaidoyer et les étayer par des données fiables ;

Étape 3 : Identifier les décideurs qui peuvent contribuer à résoudre le problème ;

Étape 4 : Identifier les actions concrètes que ces décideurs doivent faire ;

Étape 5 : Choisir les stratégies et interventions, les canaux les plus appropriés, les mécanismes de suivi et d'évaluation à mettre en place ;

Étape 6 : Elaborer vos messages et former vos champions ;

Etape 7 : Identifier les réseaux, partenariats ou des groupes professionnels qui pourront appuyer votre intervention de plaidoyer ;

Etape 8 : Mettre en œuvre (exécuter) ;

Etape 9 : Suivre et évaluer.

D. MOBILISATION SOCIALE

1. Définition

La mobilisation sociale consiste à l'organisation de séries d'activités de communication autour d'un thème prioritaire pendant une période donnée afin d'emmener les communautés à adopter des attitudes positives en faveur dudit thème.

2. Etapes de la mobilisation sociale

- **Etape 1** : Identification du thème.
- **Etape 2** : Identification de la période.
- **Etape 3** : Identification et information des acteurs.
- **Etape 4** : Identification des activités.
- **Etape 5** : Mobilisation des ressources.
- **Etape 6** : Organisation des activités.

3. Evaluation

- Evaluation du processus.
- Evaluation du résultat des différentes activités.
- Appréciation de quelques changements de comportement positifs.
- Elaboration de rapport.
- Restitution des résultats.

E. COMMUNICATION DE MASSE

1. Définition

La communication de masse est un échange d'informations avec un grand public, à une très large échelle, par l'intermédiaire des mass médias qui peuvent atteindre des populations très éloignées.

Exemples :

- Conférence-débat à la radio et/ou à la télé ;
- Articles dans les journaux ;
- Conférence call (téléphone) ;
- Conférence virtuelle (internet, écran géant) ;
- Film éducatif, sketch, chants etc.

2. Evaluation

- Evaluation du processus ;
- Appréciation de quelques contributions positives ;
- Evaluation du résultat des différentes activités ;
- Elaboration de rapport.

F. MARKETING SOCIAL

1. Définition

Le marketing social est utilisé dans le domaine de la santé de la reproduction pour la promotion des produits et services tout en utilisant des techniques de marketing traditionnelles pour atteindre certains objectifs au niveau des comportements.

Les spécialistes du marketing social combinent les quatre P à savoir : le Produit, le Prix, le Point de distribution et la Promotion (les « 4P » ou la « logistique commerciale » du marketing social) afin de maximiser l'utilisation de produits de santé spécifiques dans des catégories de populations ciblées.

2. Acteurs du marketing social et leurs attitudes

Le marketing social se fait à l'aide de promoteurs et de vendeurs qui doivent adopter des attitudes/aptitudes pour la promotion des produits et services en matière de santé.

2.1. Promoteurs

- Saluer le vendeur avec cordialité ;
- Se présenter ;
- Exposer les produits ;
- Informer sur le prix des produits ;
- Expliquer les conditions de stockage ;
- Expliquer les modes d'utilisation ;
- Inciter le vendeur à constituer un stock ;
- S'assurer que le vendeur a bien compris les explications ;
- Vendre les produits ;
- Relever le lieu d'exercice du vendeur ;

- Donner des gadgets relatifs au produit (affiches, tee-shirt, casquette, ...)
- Expliquer au vendeur d'exposer les produits de façon à être visible ;
- Remplir la fiche de visite et le rapport journalier ;
- Fixer la date de la prochaine visite ;
- Remettre les fiches et rapport de visite au superviseur.

2.2. Vendeurs/détaillants

- Exposer et ranger les produits de façon visible ;
- Echanger les salutations avec les clients(es) ;
- Demander l'objet de la visite ou interpréter les gestes des clients(es);
- Expliquer les modes d'utilisation des produits et services ;
- Expliquer les conditions de conservation et de stockage des produits ;
- Vendre le produit ;
- Rassurer le (la) client(e) de la disponibilité constante des produits et services ;
- Remercier le (la) client(e).

N.B : La CCSC est une activité transversale pour toutes les composantes de la santé de la reproduction.

Les activités de CCSC requièrent des qualités d'un bon animateur ([cf. Fiche technique n° 1](#)) et du respect des rôles ([cf. Fiche technique n° 2](#)).

II. QUALITE DES SOINS ET SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION

A. GENERALITES

1. Définition

L'OMS définit la qualité des soins et services de santé comme la capacité des services de santé fournis aux individus et aux populations afin d'améliorer les résultats de santé souhaités. Pour atteindre cet objectif, les soins doivent être sûrs, efficaces, rapides, efficaces, équitables et centrés sur la personne.

La qualité est multidimensionnelle et prend en compte :

- L'accessibilité et la disponibilité des services qui font référence à l'existence au sein de l'établissement de soins d'une gamme complète de services par rapport à la demande, à leur intégration et à l'assurance de leur continuité ;
- La qualité technique des prestations qui fait référence à la compétence du personnel de santé et de la nature des moyens techniques et technologiques utilisés pour restaurer l'état de santé du client ;
- Les relations interpersonnelles entre les prestataires et les usagers qui font référence à la qualité de l'accueil, au respect, à la compréhension et à l'information sur la santé ;
- La qualité de l'environnement du travail faisant référence à la qualité de l'organisation du travail, notamment la prise de décision, la résolution des problèmes, les possibilités d'apprentissage et d'avancement et les relations entre les travailleurs. Il s'agit essentiellement des questions de management institutionnel ;
- le coût et l'innocuité se référant aux soins offerts, en assurant la satisfaction psychologique et physique du/de la client(e) à des coûts économiquement accessibles autant que possible.

2. Composantes de la qualité

Les composantes de la qualité ci-dessous citées s'appliquent à tous les niveaux du système de santé :

Le tableau ci-dessous développe le contenu de chaque composante :

Tableau 1 : Composantes de la qualité

COMPOSANTES DE LA QUALITE	CONTENU DES COMPOSANTES
<p>1. Compétence technique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Existence de plateau technique suffisant, fonctionnel et adéquat par rapport aux services offerts : <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de matériel technique et équipement ; • Existence/disponibilité d'un service de maintenance fonctionnel pour les équipements ; • Existence d'un plan de maintenance préventive. ❖ Disponibilité en médicaments et consommables : <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de consommables et médicaments essentiels ; • Conditions de stockage ; • Ruptures de stocks minimisées ; • Outils de gestion des médicaments tenus à jour. ❖ Existence de personnel qualifié pour les services offerts : <ul style="list-style-type: none"> • Personnel suffisant ; • Personnel formé sur le paquet minimum d'activité par niveau ; • Plan de formation continue du personnel ; • Tenue régulière de réunion technique de staff ; • Supervisions régulières interne et externe (<i>cf. Fiche technique n°4</i>) ; • Existence/disponibilité de documentation de référence. ❖ Soutien et contrôle des prestations : <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de politique, normes et protocoles des services ; • Utilisation des protocoles des services ; • Conformité des pratiques aux normes. ❖ Motivation du personnel : <ul style="list-style-type: none"> • Participation du personnel aux prises de décision ; • Responsabilisation du personnel ; • Satisfaction du personnel sur les conditions matérielles de travail ; • Formations continues, • Existence de description de poste ; • Répartition des tâches ; • Paiement des salaires, primes et indemnités aux travailleurs ; • Valorisation du personnel.

COMPOSANTES DE LA QUALITE	CONTENU DES COMPOSANTES
<p>2. Accès aux services</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Accessibilité géographique- Distance – Temps – Moyens de transport utilisés. ❖ Utilisation des services : <ul style="list-style-type: none"> • Gamme variée de services/choix ; • Disponibilité du personnel ; • Système de référence-contre référence fonctionnel ; • Intégration des services (circuit du client au sein des services) ; • Accès temporel et organisationnel des services (permanence du service, temps d’attente réduit, système de RDV, ...) ; • Durée de séjour d’hospitalisation adéquate ; • Existence de mécanisme de prise en charge rapide des urgences. ❖ Accessibilité financière : <ul style="list-style-type: none"> • Coût abordable des prestations, • Respect des tarifs en vigueur, • Prise en charge des indigents, • Prise en charge des groupes vulnérables, • Participation à la promotion du système mutualiste. ❖ Accessibilité socio-culturelle : <ul style="list-style-type: none"> • les mœurs ; • les us et les coutumes
<p>3. Relations interpersonnelles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacités de communication interpersonnelle ; • Relation entre personnel/esprit d’équipe ; • Relations prestataires clients/valorisation du client ; • Orientation du client ; • Respect de l’ordre d’arrivée ; • Respect des droits des clients (<u>cf. Fiche technique n°5</u>) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Information, ○ Choix, ○ Confidentialité, ○ Intimité, ○ Opinion.

COMPOSANTES DE LA QUALITE	CONTENU DES COMPOSANTES
<p>4. Efficacité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des services ; • Réorganisation des services de santé (cf. Fiche technique n° 6) ; • Utilisation des protocoles de services/ordinogrammes ; • Financement basé sur le résultat (cf. Fiche technique n° 7) ; • Partenariat public/privé (cf. Fiche technique n° 8) ; • Partenariat communauté/prestataires ; • Accréditation des établissements de santé (cf. Fiche technique n° 9).
<p>5. Efficience</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration des services (offre d'un paquet de service en un seul passage) ; • Tarifs abordables et affichés ; • Coût des médicaments et autres produits de l'établissement de santé par rapport aux officines extérieures ; • Conformité des prescriptions par rapport aux ordinogrammes ; • Non utilisation de procédures inutiles ou coûteuses pour le/la client(e).
<p>6. Sécurité/ Innocuité/ Prévention des infections (Cf. Document de gestion des déchets biomédicaux).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • sécurité des pratiques médicales ; • respect des mesures de prévention des infections ; <ul style="list-style-type: none"> ○ disponibilité de points d'eau dans les salles de soins et services ; ○ lavage simple des mains (cf. Fiche technique n° 11) ; ○ lavage chirurgical des mains (cf. Fiche technique n° 12) ; ○ lavage des zones d'intervention ; ○ utilisation des barrières physiques ; ○ traitement du matériel (cf. Fiches techniques n° 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19). • Élimination des déchets hospitaliers (cf. Fiche technique n° 20) ; • existence d'un incinérateur fonctionnel ; • propreté des salles ; • existence d'une source d'eau potable ; • existence de toilettes bien entretenues et propres ; • existence de poubelles code couleur (rouge, jaune et noire) bien entretenues et propres.

COMPOSANTES DE LA QUALITE	CONTENU DES COMPOSANTES
7. Continuité	<ul style="list-style-type: none"> • assurance d'un bon accueil ; • disponibilité de personnel (calendrier annuel des congés, calendrier de garde et permanence) ; • disponibilité temporaire des services (calendrier hebdomadaire des activités) ; • système de référence contre référence fonctionnel ; • recherche active des perdus de vue ; • respect de visites de rendez-vous.
8. Environnement/ Agréments	<ul style="list-style-type: none"> • hygiène et salubrité (journée de salubrité hebdomadaire) ; • horaires des services (heures d'ouverture et de fermeture des services) ; • tenue vestimentaire correcte ; • comportement et attitudes exemplaires des prestataires ; • attentes agrémentées : salle d'attente, audio-visuel, siège confortable, toilettes séparées, panneau d'orientation et fontaine.
9. Satisfaction des clients	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Satisfaction et confiance des clients : <ul style="list-style-type: none"> • information des clients sur les prestations et les tarifs ; • respect des droits des clients ; • gestion des plaintes des clients ; • existence d'un mécanisme régulier de mesure de la satisfaction/point de vue des clients (boite à suggestions par exemple) ; • valorisation/prise en compte de l'opinion des clients ; • tarification affichée ; • orientation des clients ; • respect de l'ordre d'arrivée.

COMPOSANTES DE LA QUALITE	CONTENU DES COMPOSANTES
<p>10. Gestion de la qualité</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fonctionnalité d'équipes d'amélioration de la qualité des services (EAQS) : <ul style="list-style-type: none"> • existence d'EAQS ; • composition/implication des bénéficiaires ; • organisation de réunions ; • mécanismes de prises de décisions ; • implication/soutien de la hiérarchie ; • utilisation des outils de gestion de l'assurance qualité. ❖ Amélioration continue/Résolution des problèmes : <ul style="list-style-type: none"> • planification des activités ; • mises en œuvre et suivi des plans et recommandations ; • monitorages réguliers/mécanisme d'auto-évaluation des performances ; • supervisions facilitantes interne et externe /coaching, (<i>cf. Fiche technique n°13</i>) ; • gestion des contaminations accidentelles, ... ; • suivi des patients.
<p>11. Cogestion/Participation communautaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fonctionnalité des Organes de gestion: <ul style="list-style-type: none"> • existence des organes de gestion ; • gestion des plaintes des patients ; • organisation de réunions des organes de gestion ; • mise en œuvre des décisions des organes ; • disponibilité des outils de gestion des organes ; • participation des organes à la synthèse du monitoring ; • suivi des recommandations. ❖ Mécanisme d'échanges et d'implication de la communauté : <ul style="list-style-type: none"> • sensibilisation des leaders d'opinions ; • suivi à base communautaire des activités ; • concertation périodique avec les autres partenaires communautaires : ONG, associations... ; • mises en application des résolutions des concertations. ❖ Gestion financière et comptable : <ul style="list-style-type: none"> • existence de procédures de gestion ; • respect des procédures de gestion ; • informatisation du système de gestion ;

3. Description de la démarche d'amélioration de la qualité

C'est un **processus cyclique** au cours duquel les parties prenantes d'un établissement de santé identifient ses points forts et ses points à améliorer en matière d'amélioration **continue de la qualité des soins et services** fournis aux **usagers** dans le respect des normes à travers un mécanisme de **motivation lié à la performance et à la satisfaction des usagers**.

Le processus d'amélioration de la qualité des soins et services du Mali comprend neuf (9) étapes clés à savoir :

- Etape 1 : Identification des standards, politiques, normes et procédures et élaboration/mise à jour des outils ;
- Étape 2 : Plaidoyer à l'endroit des acteurs ;
- Etape 3 : Analyse de la situation ;
- Etape 4 : Formation des prestataires de santé et sélection des superviseurs/coaches ;
- Etape 5 : Mise en place et formation des équipes qualité ;
- Etape 6 : Élaboration des plans d'amélioration de la qualité ;
- Etape 7 : Suivi de la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité ;
- Etape 8 : Évaluation ;
- Etape 9 : Mécanisme de motivation.

B. RESOLUTION DES PROBLEMES

1. Définition

On considère comme problème, toute situation d'insatisfaction représentant un écart entre une situation vécue, réelle et une situation souhaitée ou idéale. Un problème a toujours une solution.

Pour pouvoir contribuer efficacement à la résolution des problèmes et à l'amélioration de la qualité des services, il faut mettre en place une équipe dont chaque membre participe à toutes les étapes du processus.

2. Analyse de la situation

Une analyse de la situation permet de répondre à la question fondamentale :
« **Comment se présente la situation actuellement vécue ?** ».

Elle a pour but d'identifier les problèmes prioritaires à partir du processus de résolution des problèmes et des critères de sélection.

2.1. Les étapes

- choisir les indicateurs qui permettent de décrire le mieux l'état de santé d'une population donnée ;
- recueillir les données ;
- compiler les données ;
- analyser les données ;
- présenter les résultats sous forme tabulaire et graphique ;
- interpréter les données analysées ;
- comparer les résultats obtenus par rapport aux normes préétablies ou aux objectifs déjà fixés ;
- identifier les problèmes ;
- classer les problèmes par ordre de priorité en utilisant les principaux critères de sélection et aussi en fonction des contraintes politiques, institutionnelles, organisationnelles, économiques, sociales ou comportementales.

2.2. Acteurs de l'analyse de la situation

Dans le domaine sanitaire, l'analyse de la situation doit être réalisée de préférence avec les populations concernées par le problème, le responsable de la formation sanitaire, les membres du comité de gestion.

D'autres partenaires tels que les professionnels de santé du secteur privé, les responsables administratifs, la société civile et les partenaires pour le développement doivent être impliqués dans l'analyse de situation.

Ils doivent être **informés tout le long du processus** de planification, **prendre part aux étapes clés du processus**, se sentir plus tard comme partie prenante au processus.

3. Identification et formulation des problèmes

3.1. Identification des problèmes

L'identification d'un problème se fait après avoir comparé les résultats obtenus lors de l'analyse de la situation aux normes préétablies ou aux objectifs déjà fixés.

3.2. Formulation des problèmes

La formulation des problèmes répond à trois caractéristiques essentielles qui sont :

- être précis c'est-à-dire indiquer clairement le nœud de l'insatisfaction ;
- ne pas se confondre automatiquement à un objectif pour pouvoir donner lieu à la recherche de la solution la mieux adaptée à la situation difficile vécue ;
- être à la forme négative ou avoir un sens négatif.

Les exemples donnés dans le tableau ci-dessous illustrent la manière dont les énoncés de problèmes peuvent être reformulés pour indiquer la relation avec la qualité de service.

Tableau 2 : Exemples de formulation des problèmes

Pauvre formulation de problème	Faiblesse dans la formulation du problème	Amélioration de la formulation du problème
<u>Problème n°1</u> : Nous n'avons pas de laboratoire.	L'énoncé du problème ne comprend qu'une cause.	Pour tous les cas d'anémie, il faudrait faire un groupage, rhésus et le taux d'hémoglobine et d'hématocrite (pour le moment l'examen n'est fait que pour 25% des cas).
<u>Problème n°2</u> : Nous avons besoin de plus de personnel.	L'énoncé du problème contient une solution prématurée.	Trente pour cent des patients qui arrivent au centre sont renvoyés chez eux sans avoir été examinés (30% des patients n'ont pas accès à la consultation).
<u>Problème n°3</u> : Nous ne travaillons pas en équipe	L'énoncé du problème est trop vague pour une action concrète.	L'équipe de vaccination ne sort qu'avec celle de la maternité pour mener la stratégie avancée.

4. Analyse des problèmes

L'analyse proprement dite du problème est précédée par le choix des problèmes prioritaires compte tenu des ressources limitées.

4.1. Sélection des problèmes prioritaires

Elle se fait sur la base d'un certain nombre de critères dont par exemple :

- ampleur : l'étendue du problème ;
- gravité : une inaction à cet égard entraînera d'autres problèmes ;
- vulnérabilité : existence de techniques ou de méthodes pour résoudre le problème ;
- population cible touchée : les groupes cibles touchés ;
- perception du problème par la population ;
- perception par l'ensemble du personnel et par la hiérarchie.

Pour faciliter le choix des problèmes prioritaires, l'outil utilisé est la matrice de décision. Elle permet d'évaluer en fonction de critères jugés importants par le groupe pour prendre une décision appropriée.

Matrice de décision

OPTIONS	CRITERES				TOTAL
	C1	C2	C3	C4	
<i>Option 1</i>					
<i>Option 2</i>					
<i>Option 3</i>					
<i>Option 4</i>					

4.2. Outils d'analyse des problèmes

Les outils d'analyse des problèmes les plus utilisés sont :

- l'arbre à problèmes ;
- le diagramme de cause-effet ;
- le diagramme de processus ;
- la formulation des objectifs de résolution des problèmes.

La formulation des objectifs est une étape importante dans le processus de résolution du problème.

Formuler des objectifs clairs et précis permet de :

- mieux dégager les stratégies possibles ;
- préciser les activités à mener ;
- déterminer les ressources nécessaires ;
- répartir les tâches.

L'objectif en outre doit comporter :

- un verbe d'action ;
- des conditions (temps, lieu) ;
- des critères.

Un objectif doit avoir les qualités suivantes :

- pertinent ;
- observable ;
- réalisable ;
- mesurable ;
- précis ;
- logique.

L'objectif est général, intermédiaire ou spécifique selon le niveau où il est exécuté.

5. Détermination des stratégies

Exemple de *Formulation d'une stratégie*

- **Objectif** : renforcer l'aptitude du site de Koumertaou dans la tenue des supports de gestion de contraceptifs.
- **Les stratégies possibles pour atteindre cet objectif sont** :
 - dissémination des supports ;
 - formation sur le site ;
 - mise à niveau ;
 - formation formelle.

6. Elaboration d'un plan de résolution des problèmes

Tableau 3 : Plan de résolution des problèmes

Domaines à améliorer	Score de qualité	Impact potentiel sur la mortalité et la morbidité (Elevé ou Faible)	Recommandations	Faisabilité (élevé ou faible)	Priorité (haute ou faible)	Responsable d'exécution	Responsable de suivi	Chronogramme			
								T1	T2	T3	T4

7. Mécanisme de résolution des problèmes en équipe

7.1. Mise en place de l'équipe de résolution des problèmes

Tous les membres du site doivent constituer une équipe. Selon l'importance du site et en fonction de la compétence de chaque membre, les équipes peuvent se répartir en petits groupes. Le but est que chaque membre de l'équipe soit impliqué dans la résolution des problèmes en suivant tout le processus de la planification, cela renforce les relations entre les membres du personnel concerné.

La nature du ou des problèmes peut également déterminer qui doit faire partie de l'équipe de résolution des problèmes.

7.2. Fonctionnement de l'équipe autour d'un problème

- parler du problème pendant un certain temps et discuter de certaines des causes :
 - *comment affecte-t-il le site et/ou la communauté ?*
 - *quelles sont les questions en jeu ?*
 - *que pensent le personnel et la communauté du problème ?*
 - *comment les membres du groupe reconnaissent-ils le problème ?*
- suggérer les solutions ou actions possibles ;
- examiner les options.

Il s'avère utile de :

- consacrer le plus de temps possible à l'examen des options ;
- former de petits groupes pour l'examen des diverses options ;
- consigner ce qui est dit durant ces discussions en vue d'un usage ultérieur.
- faire un choix parmi les options
- formuler un plan d'action : planifier avec précision :
 - ce qui sera fait ;
 - comment les tâches seront réparties ;
 - quand les diverses parties devront être achevées ;
 - comment chaque chose sera faite ;
 - ce que sera le financement nécessaire ;
 - ce qui devra être fait en premier, en second, en troisième et en quatrième lieu ou en même temps qu'une autre activité ;
 - qui sera chargé du suivi des progrès réalisés dans l'application, quand les examens seront faits et les rapports discutés.
- évaluer constamment

C. SUPERVISION

(Cf. [Fiche technique n° 4](#)).

Pour améliorer la qualité des services, il faut :

- Identifier au cours des supervisions, les besoins de formation des prestataires ;
- Privilégier les agents ayant des besoins de formation pour les mises à niveau (supervision formative, formation in situ,...) ;
- Créer un répertoire des prestataires formés sur les différentes thématiques en SR ;

- Actualiser le mapping/cartographie des partenaires intervenant dans les domaines de la SR par niveau ;
- Assurer un leadership affiché de la DGSHP à travers sa sous-direction santé de la reproduction et l'UPFIS.

D. COORDINATION

1. Définition

La coordination est la collaboration planifiée et concertée d'au moins deux personnes, deux départements, deux programmes ou deux organisations qui visent un but commun. Elle permet à chaque partenaire de se concentrer sur ses points forts, à toutes les parties impliquées de fournir une vaste gamme de services de qualité à tous ceux qui en ont besoin et le demandent.

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.

2. Types de coordination

On peut distinguer deux types de coordination :

- la coordination interne, au sein du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales;
- la coordination externe, entre le ministère chargé de la santé et ses partenaires.

3. Niveaux et responsabilités

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

- le niveau central (Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique) coordonne les interventions des différents partenaires au niveau national. Il veille particulièrement à la complémentarité des interventions, à l'harmonisation du système d'interventions et des messages à diffuser ;
- le niveau intermédiaire (Directions Régionales de la Santé) assure la coordination des interventions au niveau régional;
- le niveau opérationnel (Service de santé publique de district) assure la coordination des interventions au niveau district.

4. Coordination des services de SR

Elle consiste à :

- élaborer un tableau d'activités de coordination interne et de responsabilités pour tous les domaines fonctionnels pour chaque structure afin de voir clairement comment améliorer la coordination interne ;
- élaborer un tableau de répartition des fonctions en collaboration avec d'autres structures pour analyser les activités menées par chacune d'entre elles ;

- identifier les cas de double emploi et modifier la répartition des responsabilités ;
- coordonner les efforts de sorte que chacune des structures qui collaborent prenne en charge les activités qui correspondent à ses points forts ;
- développer un système d'échange d'informations au sein de la structure et entre la structure et ses partenaires ;
- mobiliser les ressources autant que possible ;
- développer des normes auxquelles toutes les structures devront se conformer.

E. SUIVI & EVALUATION

1. Suivi

1.1. Définition

Le suivi consiste à vérifier le déroulement des activités depuis le début en tenant compte du processus, des services et de la périodicité. C'est le contrôle de la performance et du progrès des activités réalisées pour atteindre les objectifs des programmes de SR.

1.2. Les outils de collecte des données

- fiche opérationnelle CPN ;
- fiche d'admission PF ;
- fiche collecte PANB ;
- fiche collecte des audits de décès maternel et périnatal ;
- fiche de stock des intrants ;
- registre CPN ;
- registres PF (counseling, consultation) ;
- registre SONU/Gesyre ;
- registre d'accouchement.
- registres PTME (conseil dépistage, suivi des femmes enceintes séropositives, suivi des enfants nés de mères séropositives) ;
- canevas rapportage PF ;
- canevas rapportage VIH ;
- registre de conseil dépistage volontaire ;
- registre CPON ;
- registre PCIME ;
- registre de vaccination ;
- registre suivi enfant sain ;
- registre décès maternels ;
- formulaire notification de décès maternel et périnatal ;
- rapports mensuels PTME ;
- rapport mensuel césarienne ;
- rapport SONU ;
- rapport mensuel d'activités (RMA) ;
- rapports de supervision ;
- rapports de monitoring ;
- dossier obstétrical ;

- registre de référence/évacuations obstétricales;
- registre de décès périnataux (mort-né et décès nouveau-né à 7 jours) ;
- registre de transfusion ;
- registre de compte rendu opératoire ;
- registre SAA ;
- registre d'anesthésie ;
- registre d'accouchement ;
- registre d'admission en salle d'accouchement ;
- partographe ;
- registre de césariennes ;
- registre de déclaration des naissances ;
- registre d'hospitalisation ;
- registre de staff technique ;
- fiches de référence/évacuation;
- fiches de surveillance du post-partum immédiat ;
- fiches d'anesthésie ;
- check-list surveillance du travail d'accouchement au post-partum immédiat ;
- fiche de transfert du nouveau-né ;
- fiche de surveillance de perfusion oxytocine ;
- fiches de surveillance de déclenchement du travail d'accouchement ;
- fiches de retro-information ;
- fiche d'audit des décès maternels et périnataux ;
- formulaire de collecte des décès maternel ;
- formulaire de collecte des décès périnataux ;
- rapport de séance d'audit
- fiche autopsie verbale ou audit communautaire
- fiche de collecte des données de la fistule obstétricale (FO) ;
- fiches d'hospitalisation ;
- fiches de sortie ;
- cahier de bord de l'ambulance ;
- certificat de décès ;
- certificat médical d'agression sexuelle;
- cahier de supervision ;
- cahier de CCSC/IEC ;
- bon de sang.

2. Evaluation

2.1. Définition

L'évaluation est un jugement de valeur sur un programme ou projet en vue de formuler des recommandations sur les objectifs, les stratégies et l'allocation des ressources.

Elle consiste également à vérifier l'impact de la résolution des problèmes, à détecter les contraintes et à mesurer l'efficacité et l'efficience en vue de prendre une décision.

2.2. Types d'évaluation

- évaluation antérieure : se réalise 3 à 6 mois voire un an avant le début du projet, avant le financement.
- évaluation à mi-parcours : Evalue ce qui a été fait afin de réorienter éventuellement le projet.
- évaluation finale : se fait en fin de projet (3 mois avant la fin) ou 3^{ème} mois après. elle permet de faire le bilan, d'apprécier le résultat ou l'effet du projet.
- évaluation rétrospective : S'effectue quelques années après la fin du projet (3 à 5 ans). Elle apprécie l'impact et vérifie si les effets continuent toujours après la fin du projet.

2.3. Evaluation du programme de santé de la reproduction

Planifier l'évaluation consiste à prévoir dès la conception du programme, ce qu'il faut mesurer pour apprécier l'atteinte des objectifs ou des résultats.

Les domaines utiles d'évaluation du programme de santé de la reproduction sont entre autres :

- l'atteinte des objectifs du programme ;
- l'utilisation des ressources ;
- la satisfaction des bénéficiaires des prestations.

Il est donc important de définir des indicateurs pertinents qui permettront d'apprécier les progrès accomplis dans le sens des objectifs.

Les indicateurs sont des variables qui permettent de mesurer le niveau d'atteinte des réalisations. On peut avoir :

- des **indicateurs d'efficacité** qui mesurent l'efficacité ;
- des **indicateurs de rendement** qui mesurent l'utilisation des ressources ;
- des **indicateurs de performance** qui permettent d'apprécier si la tâche a été accomplie comme décrite ;
- des **indicateurs d'impact** qui permettent de mesurer les changements.

Les méthodes d'évaluation de la qualité :

Il existe plusieurs méthodes d'évaluation de la qualité, qui peuvent varier selon les composantes à mesurer. Il s'agit entre autres de :

- enquêtes ;
- audit ;
- monitoring ;
- contrôles ;
- supervision ;
- auto évaluation ;
- client mystérieux, caméra cachée, témoignage, etc. ;
- benchmarking (évaluation par comparaison) ;
- évaluation par processus.

F. LES INDICATEURS DE QUALITE

(Cf. [Fiche technique n°10](#)).

III. SURVEILLANCE DES DECES MATERNELS, PERINATALS ET RIPOSTE

1. Définitions Opérationnelles

- **décès maternel** : décès d'une femme en état de grossesse, ou qui survient dans les 42 jours suivant la fin de grossesse, indépendamment de la durée et de la localisation de cette grossesse, due à des causes liées à, ou aggravées par la grossesse elle-même ou par sa prise en charge, et non à des causes accidentelles ou fortuites (CIM-10).
- **nouveau-né** : il s'agit d'un enfant né vivant et âgé de 0 à 28 jours.
- **période néonatale** : elle va du jour de la naissance au 28^{ème} jour de vie extra utérine. elle est divisée en période néonatale précoce (naissance au 7^{ème} jour de vie) et période néonatale tardive (8^{ème} au 28^{ème} jour de vie).
- **décès néonatal** : il s'agit de décès d'enfants nés vivants et morts avant le 28^{ème} jour de vie. **le décès néonatal** est composé du décès néonatal précoce qui est le décès d'un enfant né vivant puis décédé au cours de la 1^{ère} semaine de vie extra-utérine ; et le décès néonatal tardif qui survient du 8^{ème} jour au 28^{ème} jour de vie extra-utérine.
- **décès périnatal** : toute mort du produit de conception survenant entre la 22^{ème} semaine d'aménorrhée et le 7^{ème} jour de vie extra utérine est définie comme étant un décès périnatal (Directives de l'OMS). Les décès périnatals comprennent les mortinatalités et les décès néonataux précoces.

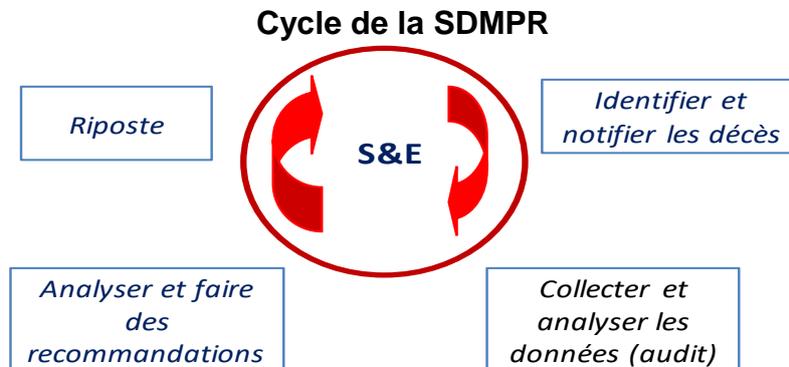


Figure 1 : Le système de surveillance des décès maternels, périnatals et riposte (SDMPR) : Un cycle d'action continu.

2. Identification et notification des cas de décès maternels et périnatals

- **identifier et notifier les cas de décès maternels et périnatals qui surviennent au niveau des établissements de santé** :
Le point focal (médecin ; sage-femme ; infirmière obstétricienne ; matrone responsable de la maternité) doit vérifier quotidiennement les registres de décès et autres documents portant sur les 24 heures précédentes et établir une liste de tous les cas de décès maternels présumés et décès périnatals. Une fiche de notification sera renseignée et transmise au point focal SDMPR du district sanitaire.

- **identifier et notifier les cas de décès maternels et périnataux suspects qui surviennent au niveau de la communauté :**

Ils sont habituellement signalés par des agents de santé communautaires (ASC), ou à défaut, par d'autres représentants de la communauté (relais, leaders communautaires, accoucheuses traditionnelles, ...).

Au Mali, cette période peut être étendue à 2 ou 3 mois, pour s'assurer que tous les décès maternels sont enregistrés. Après notification du décès par l'acteur communautaire, l'agent de santé doit déterminer s'il s'agit d'un décès maternel probable et remplir la fiche de notification qui sera adressée à l'échelon supérieur.

3. Revue/Audit des cas de décès maternels et périnataux

3.1. Préparer l'audit des décès maternels et périnataux

La collecte des données doit être faite par une personne préalablement formée en la matière. La collecte des données doit porter sur :

- le déroulement de la grossesse y compris les soins reçus ;
- l'itinéraire thérapeutique ;
- les problèmes rencontrés.

Les résumés de cas doivent présenter des informations médicales, non médicales, démographiques, objectives et anonymes (c'est-à-dire ne permettant pas d'identifier le cas, les soignants ou les formations sanitaires).

Au besoin compléter les informations de l'audit par des entretiens avec la famille, la communauté et l'établissement de transfert.

N.B : Pour les décès périnataux, en raison de leur nombre encore très important, l'audit sera fait pour un échantillon de 5 cas par séance au maximum en raison de 30 à 45 minutes par cas.

3.2. L'audit proprement dit

Chaque décès maternel et/ou périnatal doit être analysé par les comités d'audit au niveau des districts (Hôpital du district) et les niveaux supérieurs (EPHR et CHU). Après avoir reçu le rapport de synthèse du décès, le comité d'audit du district entreprend l'analyse préliminaire.

- au cours de la séance d'audit :
 - identifier la cause médicale du décès ;
 - déterminer les facteurs médicaux conduisant au décès ;
 - évaluer la qualité des soins cliniques ;
 - déterminer les facteurs non médicaux conduisant au décès ;
 - déterminer si les décès étaient évitables ou non ;
 - déterminer le caractère évitable ;
 - formuler les recommandations.

- après l'audit :
Les fichiers de données, les instruments et les sommaires d'analyse rendus anonymes sont conservés au niveau du district dans les armoires fermées à clefs. Les conclusions et les recommandations issues de chaque processus d'audit doivent faire l'objet de rapport et être envoyées périodiquement aux niveaux régional et national.

3.3. Types d'audits

Il existe plusieurs méthodes ou approches pour réaliser un audit sur les études des cas de décès maternels et périnataux. Ces approches peuvent être utilisées :

- au niveau communautaire : autopsie verbale ;
- au niveau des établissements de soins : audit des cas de décès maternels et périnataux ; l'audit des cas de morbidité grave (les échappées belles ou near miss) ; l'audit clinique basé sur les critères (ACBC) ;
- au niveau régional ou national : enquête confidentielle sur les décès maternels et périnataux.

Tableau 1 : Résumé des différents types d'approche

Type d'audit et endroit de réalisation	Définition	Avantages	Désavantages
Autopsie verbale = Communauté	Une méthode de recherche visant à élucider les causes médicales du décès et à mettre à jour les facteurs susceptibles d'avoir contribué au décès d'une femme survenu en dehors d'un établissement médical	<ul style="list-style-type: none"> - Explore les facteurs médicaux et non médicaux donc plus complet - Tient compte de la famille et des communautés 	<ul style="list-style-type: none"> - Causes médicales pas absolues - Facteurs évitables identifiés sont subjectifs - Causes identifiées pas toujours en accord avec celles des certificats : risque de sous-notification ou sur-notification
Revue des cas de Décès Maternels = Etablissement de soins	Une méthode de recherche approfondie sur les causes et les circonstances entourant le décès de la mère	<ul style="list-style-type: none"> - Donne un tableau plus complet du décès - Pas onéreux - Bon apprentissage - Stimule à établir des normes 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas aussi systématique que les audits cliniques - Difficile de retracer les facteurs liés à la communauté - Pas de donnée de populations
Revue des 'échappé belle' = Etablissement de soins	Identification et investigations des cas de femmes enceintes ayant survécu à des complications obstétricales	<ul style="list-style-type: none"> - Cas plus nombreux et permet une quantification - Moins inquiétant pour les prestataires - La patiente peut-être interviewée - Fournit une feedback direct 	<ul style="list-style-type: none"> - Ignore la communauté - Nécessite des outils sophistiqués et des définitions claires - La vérification des cas peut nécessiter l'examen d'un grand nombre de registres et dossiers
Audit Clinique Basé sur les Critères = Etablissement de soins	Revue systématique des soins prodigués par rapport à des critères précis en vue d'améliorer la qualité des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Moins inquiétant pour les prestataires - Fournit une feedback direct - Evaluation moins subjective - Fait ressortir les insuffisances dans la tenue des dossiers 	<ul style="list-style-type: none"> - Limité à l'établissement de soin - Ne donne pas une vue d'ensemble de tous les décès maternels - Exige d'avoir ou de préparer les séries de critères
Enquête confidentielle sur les décès maternels = Niveau Régional/ National	Une méthode de recherche pluridisciplinaire et anonyme portant sur la totalité ou sur un échantillon des décès maternels survenus au niveau régional ou national, qui permet de recenser leur nombre, leurs causes et les facteurs évitables	<ul style="list-style-type: none"> - Permet de formuler des recommandations plus générales - Donne une image plus complète de la mortalité maternelle - Peut servir à faire pression pour avoir plus de moyens - Le nombre absolu n'est pas souvent élevé → recherche approfondie 	<ul style="list-style-type: none"> - Donne uniquement des renseignements sur les décès - Peut y avoir risque de perte en intérêt si ne se concentre que sur les aspects médicaux - Exige un engagement de tous les participants et peut nécessiter beaucoup de ressources

3.4. Analyse des données agrégées des cas de décès maternels et périnataux qui ont bénéficié d'un audit et perspectives au niveau district, régional et national

- enregistrement, qualité et exhaustivité des données ;
- types d'analyse retenue :
 - l'analyse descriptive de la mortalité maternelle et périnatale ;
 - l'analyse des causes cliniques des décès maternels et périnataux ;
 - l'analyse des facteurs sous-jacents aux décès maternels et périnataux ;
 - l'analyse des tendances ;
 - les analyses plus complexes ;
 - l'analyse automatisée.
- interprétation des données.

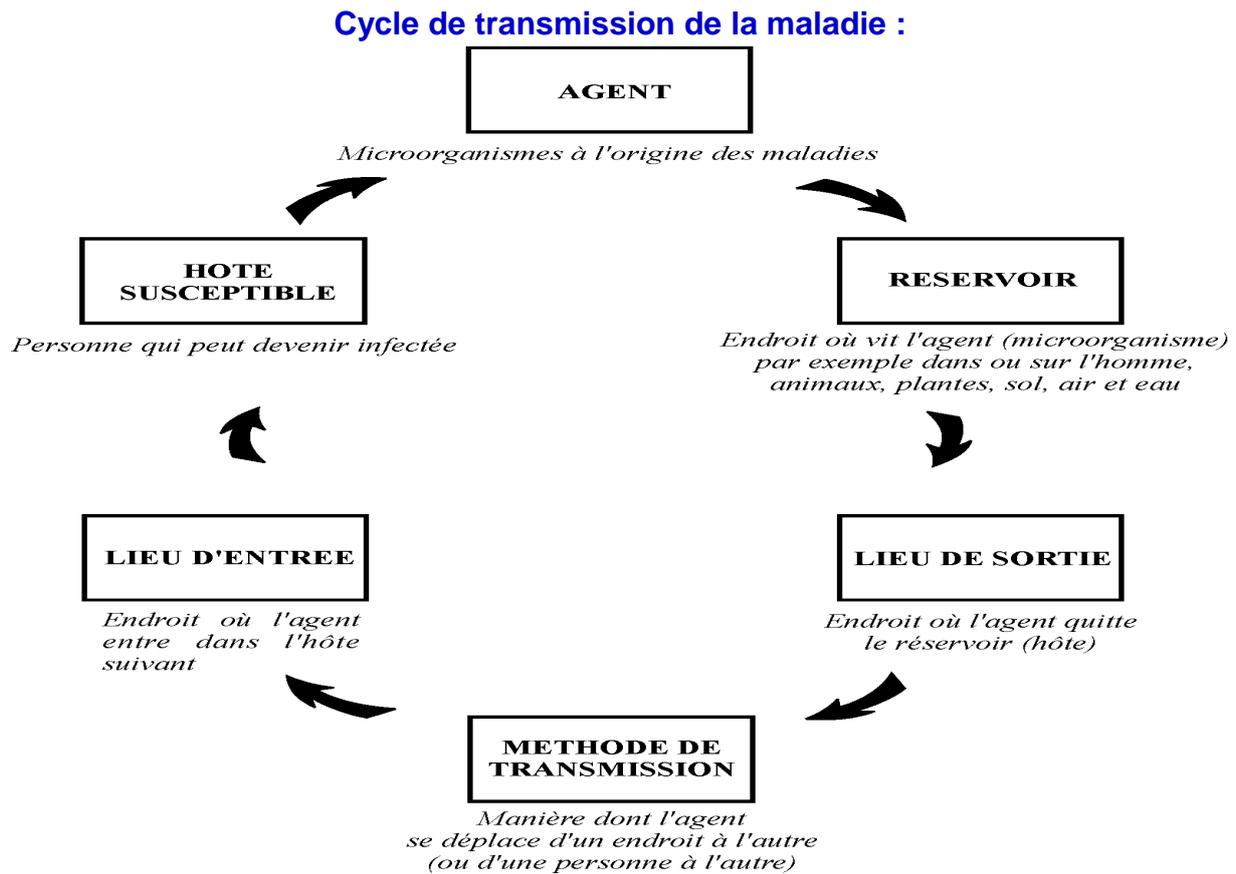
3.5. Riposte

C'est un ensemble d'interventions permettant de faire face aux problèmes identifiés par la SDMPR. On distingue trois types de riposte : **immédiate, périodique** et **annuelle**.

3.6. Diffusion des résultats de la SDMPR

La diffusion des résultats se fait à travers les rapports annuels sur les décès maternels et périnataux et le rapport sur le suivi et l'évaluation du système lui-même auprès des acteurs concernés (décideurs, gestionnaires des programmes de santé, organisations de la société civile, prestataires de santé, PTF...).

IV. PREVENTION DES INFECTIONS



A. DEFINITION OPERATIONNELLE DES TERMES

- **Micro-organismes** : sont des germes responsables de l'infection (bactéries, virus, champignons, parasites).
- **Asepsie ou techniques aseptiques** : mécanisme qui empêche la pénétration des micro-organismes dans une partie du corps où ils peuvent déclencher une infection. On peut les utiliser sur une surface vivante ou inanimée.
- **Antiseptiques** : sont des produits chimiques utilisés pour réduire le nombre de microorganisme sur un tissu vivant.
- **Désinfectants** : sont des produits chimiques utilisés pour réduire le nombre de microorganisme sur les objets inanimés.
- **Antiseptie** : consiste à prévenir l'infection en détruisant ou en inhibant la croissance des micro-organismes qui se trouvent sur la peau ou sur les autres tissus du corps.
- **Décontamination** : procédé qui rend les objets moins dangereux à manipuler par le personnel, notamment le personnel d'entretien avant le nettoyage.
- **Nettoyage** : opération qui consiste à enlever physiquement, les liquides organiques et/ou biologiques ou tout autre corps étranger visible à l'œil nu, comme la poussière ou la saleté, présents sur la peau ou sur des objets inanimés.

- **Désinfection** : opération qui permet d'éliminer en grande partie les micro-organismes vecteurs de maladies.
- **Désinfection de haut niveau (DHN)** : permet d'éliminer tous les micro-organismes par ébullition ou par produit chimique élimine tous les micro-organismes excepté les endospores bactériennes.
- **Stérilisation** : procédé qui élimine complètement tous les micro-organismes (bactéries, virus, champignons et parasites) y compris les endospores bactériennes qui se trouvent sur les objets inanimés.

B. TECHNIQUES DE LA PREVENTION DE L'INFECTION

Les techniques de la prévention de l'infection (PI) sont :

- 1) le lavage des mains ou hygiène des mains
- 2) le lavage des zones d'intervention ;
- 3) l'utilisation de barrière physique ;
- 4) le traitement du matériel ;
- 5) l'élimination des déchets.

1. Lavage des mains ou hygiène des mains (*Cf. Fiche Technique n° 11*)

Il existe trois méthodes de lavage des mains :

- le lavage simple des mains ;
- le lavage hygiénique ou antiseptique ;
- le lavage chirurgical.

➤ Le lavage des mains avec de l'eau et du savon :

Matériel :

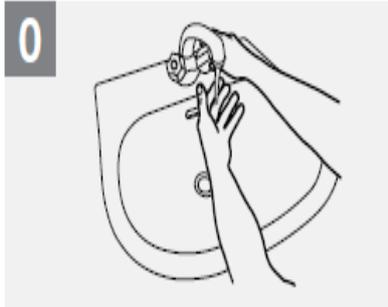
- récipient contenant de l'eau, savonnaire ;
- eau courante ;
- savon (petits morceaux secs) ;
- linge individuel propre et sec.

Techniques :

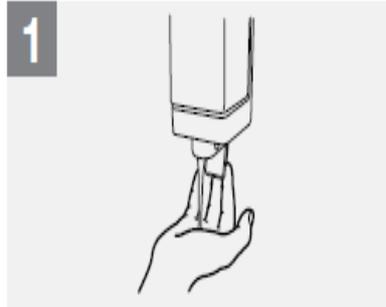
- se laver les mains lorsqu'elles sont visiblement souillées, sinon, utiliser la friction hydro alcoolique.
- pour éliminer les graisses et les huiles des mains, un lavage approprié des mains nécessite également que du savon soit frotté sur toutes les surfaces des deux mains, suivi d'un rinçage et d'un séchage minutieux.
- en l'absence d'eau courante, le lavage des mains est possible et nécessaire.
- en l'absence d'eau courante, pour se laver les mains, utiliser un seau avec un robinet qui peut être fermé pendant le lavage des mains, puis ouvert à nouveau pour le rinçage, et fermé avec une serviette en papier après le rinçage
- une autre option consiste à utiliser un sceau et pichet ou à verser simplement de l'eau sur les mains et préparer un seau supplémentaire pour recueillir l'eau utilisée ;

- l'ensemble de la procédure, telle que recommandée par l'OMS et décrit à la figure ci-dessous prendra 40 à 60 secondes.

Etapes du lavage des mains à l'eau et au savon



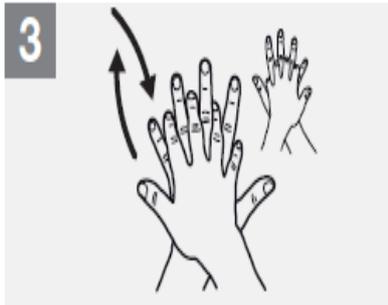
0 Mouiller les mains abondamment ;



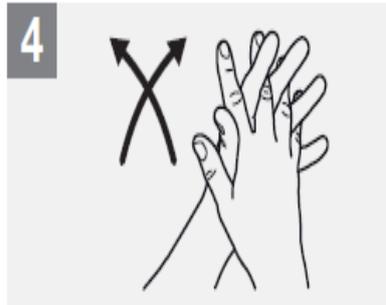
1 Appliquer suffisamment de savon pour recouvrir toute les surfaces des mains et frictionner ;



2 Paume contre paume par mouvement de rotation ;



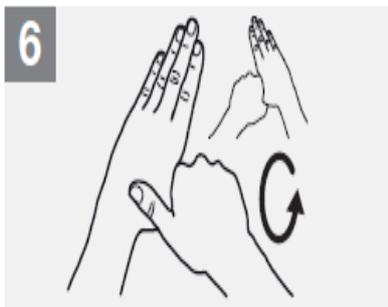
3 Le dos de la main gauche avec un mouvement d'avant en arrière exercé par la paume de la main droite, et vice versa ;



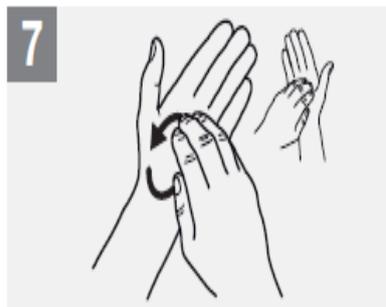
4 Les espaces interdigitaux, paume contre paume et doigts entrelacés, en exerçant un mouvement d'avant en arrière ;



5 Le dos des doigts dans la paume de la main opposée, avec un mouvement d'aller-retour latéral ;



6 Le pouce de la main gauche par rotation dans la main droite, et vice versa ;



7 La pulpe des doigts de la main droite dans la paume de la main gauche, et vice et versa ;



8 Rincer les mains à l'eau ;

N.B : Il est recommandé actuellement de sécher les mains à l'air libre, car les serviettes même individuelles peuvent contenir des microbes.

➤ **Lavage hygiénique ou antiseptique des mains :**

• **Technique de lavage antiseptique des mains :**

- employer suffisamment de crème à base d'alcool pour couvrir toute la surface des mains et des doigts (approximativement une cuillère à café).
- frotter vigoureusement la crème dans les mains, en particulier entre les doigts et sous les ongles, jusqu'à ce qu'elle sèche.

Le lavage antiseptique des mains est plus efficace pour tuer la flore résidente et transitoire que le lavage des mains avec des agents antimicrobiens ou à l'eau et au savon, mais il ne doit pas être employé quand les mains sont visiblement souillées.

• **Solution à base d'alcool pour le lavage antiseptique :**

- ajouter de la glycérine ou du sorbitol à l'alcool (2 ml dans 100 ml de solution d'alcool éthylique ou isopropylique à 60-90%) ;
- employer 5 ml par application et continuer à frotter la solution sur les mains jusqu'à ce qu'elles soient sèches (15-30 secondes).

➤ **Lavage chirurgical des mains :**

En plus du matériel pour lavage simple, on utilise des brosses douces et des antiseptiques.

Durée : 3 à 5 mn.

Étapes :

- enlever bagues, montres et bracelets ;
- frotter du bout des doigts vers les poignets et coudes. ne pas frotter trop fort car cela peut créer des égratignures sources d'infection ;
- laver vigoureusement les mains et les avant-bras jusqu'au coude, à l'eau et au savon ;
- nettoyer les ongles avec une gratte-ongle ;
- rincer les mains et les avant-bras à l'eau ;
- appliquer un agent antiseptique ;
- laver vigoureusement toutes les surfaces des mains, doigts et avant-bras pendant au moins 2 minutes ;
- rincer les mains et bras soigneusement à l'eau propre et les maintenir au-dessus des coudes surélevées et éloignées du corps. ne toucher aucune surface ou objet et sécher les mains avec une serviette individuelle sèche et propre ou sécher à l'air libre ;
- enfiler des gants stériles.

2. Lavage des zones d'intervention

• **Point d'injection :**

Passer un premier tampon imbibé d'alcool à 70° sur une grande zone. Passer un second au point d'injection. Eviter de repasser au niveau des endroits déjà nettoyés.

- **Point d'intervention :**

Couper les poils à ras, éviter de raser. Passer 2 à 3 fois un tampon imbibé de polyvidone iodée de façon excentrique pour être sûr que les saletés sont enlevées.

N.B : Un bain chaud avec du savon est à conseiller à la patiente avant toute intervention chirurgicale, ceci permettra de réduire le risque d'infection.

3. Utilisation des barrières physiques

- **Types de barrières de protection :**
 - physique : le lavage des mains, traitement des instruments ;
 - mécanique : vêtements protecteurs (gants, masques, protège œil/ lunettes, bonnets, bottes, blouses et tabliers imperméables etc.) ;
 - chimique : antiseptiques et désinfectants.
- **Utilisation des gants en fonction des gestes ou actes.**

Tableau 2 : Types de gants en fonction des gestes ou actes

GESTES	TYPES DE GANTS A UTILISER
Examen physique	Gants d'examen (<i>facultatif</i>)
Insertion DIU	Gants stériles
Examen gynécologique	Gants stériles
Vidange de poubelle	Gants de ménage
Insertion d'implants	Gants stériles
Vasectomie	Gants stériles
Ligature des trompes	Gants stériles
Injection IV/Transfusion/Ponction	Gants d'examen
Accouchement	Gants stériles
Délivrance artificielle	Gants de révision utérine stériles

4. Traitement du matériel

([Cf. Fiche technique n° 13](#))

Etapes traitement des instruments :

- décontamination ;
- nettoyage ([cf. Fiche technique n° 14](#)) ;
- désinfection à haut niveau ([cf. Fiche technique n° 15](#)) ou stérilisation ([cf. Fiche technique n° 16](#)) ;
- stockage.

N.B : Il existe actuellement les comprimés chlorés effervescents (bio spots) comme désinfectants ([cf. Fiche technique n° 17](#)).

5. Elimination des déchets

(Cf. Fiche technique n° 20)

- **Déchets biomédicaux :**

Les déchets biomédicaux sont les déchets issus des activités de diagnostic, de suivi, de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans le domaine de la médecine humaine et vétérinaire présentant un danger physique ou de contamination biologique ou chimique pour l'homme et/ou l'environnement.

- **Modes de traitement des déchets par type d'établissement de santé**

Tableau 3 : Mode de traitement des déchets des centres de santé communautaire

FONCTION DES LOCAUX	TYPE DE DECHETS PRODUITS	CONTENANTS (Nature, Couleur)	TRAITEMENT
Salle d'attente	Papier, carton, emballages plastiques, balayures	Poubelle noire	Incinération ou Décharge publique
Salles de consultation	Papier, carton, emballages plastiques, balayures,	Poubelle noire	Incinération ou Décharge publique
	abaisses langue, gants usagés	Poubelle rouge	Incinération
Salle d'accouchement	Papier, carton, emballages plastiques,	Poubelle noire	Incinération ou Décharge publique
	Placenta, produits d'avortement et autres déchets anatomiques	Poubelle rouge (préalablement emballé dans les sacs plastiques)	Enfouissement sanitaire Incinération
	Aiguilles, cathéters, lames usagées	Boite de sécurité	Incinération
	Flacons d'eau de javel	Poubelle noire	Incinération ou Décharge publique
Salles de repos des accouchées	Papier, carton, emballages plastiques, balayures, débris alimentaires	Poubelle noire	Incinération ou Décharge publique
	Aiguilles, lames, cathéters usagés	Boite de sécurité	Incinération
	Tubulure de perfusion, seringues	Poubelle jaune	Incinération
	Flacons de sérum	Poubelle jaune	Incinération
Salles de soins	Aiguilles, cathéters, lames	Boite de sécurité	Incinération
	Pansements, plâtres, matériels à usage unique,	Poubelle rouge	Incinération
	Flacons de sérum, tubulures de perfusion, seringues	Poubelle jaune	Incinération
Laboratoire	Débris de verre contaminés, pipettes, boîtes de pétri, flacons de culture (à usage unique), réactifs	Poubelle rouge (Mention spéciale pour les réactifs et autres substances).	Incinération

FONCTION DES LOCAUX	TYPE DE DECHETS PRODUITS	CONTENANTS (Nature, Couleur)	TRAITEMENT
Pharmacie	Produits pharmaceutiques périmés,	Poubelle rouge (mention spéciale pour les réactifs et autres substances chimiques)	Incinération ou enfouissement selon leur nature
	papier, emballages plastiques	Poubelle noire	Incinération ou Décharge publique
Hangar	Papier, carton, emballages plastiques, balayures, débris alimentaires	Poubelle noire	Incinération ou Décharge publique
	Seringue, flacon de vaccin, autres déchets issus de la vaccination	Poubelle rouge	Incinération
	Aiguilles issues de la vaccination	Boite de sécurité	Incinération

Tableau 4 : Mode de traitement des déchets des hôpitaux de district

FONCTION DES LOCAUX	TYPE DE DECHETS PRODUITS	CONTENANTS (Nature, Couleur)	TRAITEMENT
Salles d'attente	Papier, carton, emballages plastiques, balayures	Poubelle noire	Incinération ou Décharge publique
Salles de consultation	abaisses langue, gants usagés	poubelle rouge	Incinération
	Papier, carton, emballages plastiques, balayures,	Poubelle noire	Incinération ou Décharge publique
Salles d'accouchement	Papier, carton, emballages plastiques, balayures	Poubelle noire	Incinération ou Décharge publique
	Seringues sans aiguille	Poubelle jaune	Incinération
	Placenta, produits d'avortement et autres déchets anatomiques	Poubelle rouge (préalablement emballé dans les sacs plastiques)	Enfouissement sanitaire Incinération
	Aiguilles, cathéters, lames usagées	Boite de sécurité	Incinération
	Flacons d'eau de javel	Poubelle noire	Incinération ou décharge publique
Salles de repos des accouchées	Papier, carton, emballages plastiques, balayures, débris alimentaires	Poubelle noire	Incinération ou décharge publique
	Aiguilles, lames, cathéters usagés	Boite de sécurité	Incinération
	Tubulure de perfusion, seringues sans aiguilles, flacons de sérum	Poubelle jaune	Incinération
Salle de soins	Aiguilles, cathéters, lames	Boite de sécurité	Incinération
	Pansements, plâtres, matériels à usage unique	Poubelle rouge	Incinération

FONCTION DES LOCAUX	TYPE DE DECHETS PRODUITS	CONTENANTS (Nature, Couleur)	TRAITEMENT
	Flacons de sérum tubulaires de perfusion, seringues sans aiguilles	Poubelle jaune	Incinération
Laboratoire	Débris de verre contaminés, pipettes, boîtes de pétri, flacons de culture (à usage unique), réactifs	Poubelle rouge (Mention spéciale pour les réactifs et autres substances chimiques).	Incinération
Blocs opératoires	Aiguilles, cathéters, lames	Boite de sécurité	Incinération
	Tubulaires de perfusion, seringues sans aiguilles	poubelle jaune	Incinération
	pansements, matériels à usage unique, matériel de perfusion, compresses	Poubelle rouge,	Incinération
	Déchets anatomiques	Poubelle rouge (préalablement emballé dans les sacs plastiques)	Incinération Enfouissement sanitaire
Radiologie	Films de radio, emballages perdus	Poubelle rouge (mention spéciale pour les réactifs et autres substances chimiques)	Enfouissement sanitaire Spéciale avec des parois étanches ou Retour au fabricant
Pharmacie	Produits pharmaceutiques périmés,	Poubelle rouge	Incinération, retour au fabricant, enfouissement sanitaire, (se référer aux instructions du fabricant).
	Papier, emballages plastiques	Poubelle noire	Incinération ou Décharge publique
Service administratif	Papier, carton, emballages plastiques, balayures, débris alimentaires	Poubelle noire	Incinération ou Décharge publique
Hangar	Papier, carton, emballages plastiques, balayures, débris alimentaires	Poubelle noire	Incinération ou Décharge publique
	flacons de vaccin, autres déchets issus de la vaccination	Poubelle jaune	Incinération
	Seringues, aiguilles issues de la vaccination	Boite de sécurité	Incinération

Tableau 5 : Mode de traitement des déchets des établissements hospitaliers publics et privés

FONCTION DES LOCAUX	TYPE DE DECHETS PRODUITS	CONTENANTS (Nature, Couleur)	TRAITEMENT
Salles d'attente	Papier, carton, emballages plastiques, balayures	Poubelle noire	Incinération ou Décharge publique
Salles de consultation	Papier, carton, emballages plastiques, balayures	Poubelle noire	Incinération ou Décharge publique
	Abaisse-langue, gants usagés	poubelle rouge	Incinération
Salles d'accouchement	Papier, carton, emballages plastiques, balayures	Poubelle noire	Incinération ou Décharge publique
	Placenta, produits d'avortement et autres déchets anatomiques	Poubelle rouge (préalablement emballé dans un sac plastique)	Incinération Enfouissement sanitaire
	Aiguilles, cathéters, lames usagées	Boîte de sécurité	Incinération
	Flacons d'eau de javel	Poubelle noire	Incinération ou Décharge publique
Salles de repos des accouchées	Papier, carton, emballages plastiques, balayures, débris alimentaires	Poubelle noire	Incinération ou Décharge publique
	Aiguilles, lames, cathéters usagés	Boîte de sécurité	Incinération
	Tubulures de perfusion, seringues sans aiguilles, flacons de sérum	Poubelle jaune	Incinération
Salle de soins	Aiguilles, cathéters, lames	Boîte de sécurité	Incinération
	Pansements, plâtres, matériels à usage unique	Poubelle rouge	Incinération
	Tubulures de perfusion, seringues	poubelle jaune	Incinération
	Flacons de sérum	Poubelle jaune	Incinération
Laboratoire	Débris de verre contaminés, pipettes, boîtes de pétri, flacons de culture (à usage unique), réactifs	Poubelle rouge (Mention spéciale pour les réactifs et autres substances chimiques)	Incinération Enfouissement sanitaire
Blocs opératoires	Aiguilles, cathéters, lames	Boîte de sécurité	Incinération
	Pansements, matériels à usage unique, matériel de perfusion, compresses	Poubelle rouge	Incinération
	Tubulures de perfusion, seringues	poubelle jaune	Incinération
	Déchets anatomiques	Poubelle rouge (préalablement emballé dans un sac plastique)	Enfouissement sanitaire, Incinération
Service de réanimation	pansements, matériels à usage unique, compresses	Poubelle rouge	Incinération

FONCTION DES LOCAUX	TYPE DE DECHETS PRODUITS	CONTENANTS (Nature, Couleur)	TRAITEMENT
	Tubulure de perfusion, Seringues sans aiguilles	Poubelle jaune	Incinération
	Aiguilles, cathéters, lames	Boite de sécurité	Incinération
Imagerie médicale (Radiologie, échographie) Médecine interne (Traitement du cancer)	Film de radio, emballages perdus, Déchets génotoxiques	Poubelle rouge (mention spéciale pour les réactifs et autres substances chimiques)	Incinération retour au fabriquant Enfouissement sanitaire dans une fosse étanche ¹
Pharmacie	Produits pharmaceutiques périmés,	Poubelle rouge (mention spéciale pour les réactifs et autres substances chimiques)	Retour au fabriquant Enfouissement sanitaire, se référer aux instructions du fabriquant
	Papier, emballages plastiques	Poubelle noire	Incinération ou Décharge publique
Services administratifs	Papier, carton, emballages plastiques, balayures, débris alimentaires	Poubelle noire	Incinération ou Décharge publique
Hangar	Papier, carton, emballages plastiques, balayures, débris alimentaires	Poubelle noire	Incinération ou Décharge publique

- **Incinération**

L'incinération est une pratique courante dans les structures sanitaires.

Les incinérateurs de type Montfort étant les plus utilisés dans la plupart des structures de santé, nous présentons en annexe son mode de fonctionnement.

- **Enfouissement sanitaire**

Pratiqué dans les conditions requises, l'enfouissement sanitaire constitue une solution efficace pour l'élimination des déchets biomédicaux, particulièrement les déchets anatomiques.

¹ Il s'agit d'un site spécialement conçu pour l'élimination des déchets dangereux

♣ **Autres traitement (locaux, lingerie, literie et logistique) au centre de santé**

Traitement des locaux : le nettoyage doit toujours se faire des zones les moins sales aux plus sales et de haut en bas. Il faut éviter de balayer, d'essuyer et de dépoussiérer à sec. Les méthodes de nettoyage sont :

- *Le dépoussiérage humide* : la méthode des deux seaux est la plus couramment utilisée (un seau de lavage et un seau de rinçage).
- *Le dépoussiérage à sec* est la méthode la plus utilisée **uniquement** pour nettoyer les murs, les plafonds, les portes, les fenêtres.

Traitement de la lingerie : le nettoyage de la lingerie souillée doit être effectué dans une aire aménagée de lavage de linges (blouses, tabliers, bonnets, couvertures, draps, alèzes et autres linges). Le port d'équipements protecteurs approprié tel que les gants, les blouses ou les tabliers est obligatoire pour l'agent ou la personne en charge du traitement de la lingerie souillée.

Traitement de la literie et de la logistique

- **Literie** : les matelas des lits d'observation doivent être protégés par des housses en plastique étanche. Ils doivent être désinfectés avec une solution chlorée à 0,5% régulièrement et après la sortie ou le transfert de la cliente. Les matelas (sans housses ou avec housses non étanches) souillés doivent être considérés comme **des déchets dangereux** donc à éliminer définitivement **par incinération**.
- **Logistique** : les brancards ou chariot doivent être décontaminés après chaque usage ou mettre une alèze avant de mettre une cliente.

➤ Equipements pour la gestion des déchets biomédicaux

Tableau 6 : La nature des équipements et leur affectation.

DESIGNATION	AFFECTATION
Equipements de protection	
Lunettes	Salle d'entretien
Cache-nez	Salle d'entretien
Blouse	Salle d'entretien
Gants	Salle d'entretien
Bottes	Salle d'entretien
Equipements de transport	
Chariots ou brouettes	Salle d'entretien
Equipements de traitement	
Incinérateur	Dans la cour
Espace d'enfouissement	Dans la cour ou ailleurs
Outils divers	
Piques	Salle d'entretien
Pioches	Salle d'entretien
Râteaux	Salle d'entretien
Pelles	Salle d'entretien

FICHES TECHNIQUES

A. FICHES TECHNIQUES COMMUNICATION

FICHE TECHNIQUE N° 1 : QUALITES D'UN(E) BON(NE) ANIMATEUR(TRICE)

- Un bon animateur doit encourager son auditoire à s'exprimer, savoir l'écouter et avec lui, rechercher les solutions pratiques.
- En matière de **savoir**, il doit :
 - poser des questions claires ;
 - écouter ;
 - distribuer la parole ;
 - utiliser des supports ;
 - parcourir les différentes étapes.

NB : tenir compte de la disponibilité de la cible.

- En matière de **savoir être**, il doit être :
 - souriant ;
 - sympathique
 - accueillant ;
 - patient
 - courtois
 - confiant ;
 - respectueux.
- En matière de **savoir-faire**, il doit :
 - Utiliser un langage simple ;
 - Porter une tenue simple ;
 - savoir mettre les gens à l'aise et ne pas juger ;
 - accepter toutes réponses données et apporter des clarifications nécessaires,
 - ne pas guider, ni influencer l'auditoire dans les réponses à donner
 - ne pas distraire ;
 - reformuler les réponses données pour une bonne compréhension par les autres membres du groupe.

FICHE TECHNIQUE N° 2 : ROLES D'UN(E) BON(NE) ANIMATEUR(TRICE)

- **Rôle d'organisateur :**

Il consiste à :

- fixer les objectifs ;
- élaborer un plan de travail ;
- veiller au déroulement dans le temps.

- **Rôle de facilitateur :**

Il consiste à :

- maintenir la discussion autour du sujet ;
- confronter et relier les points de vue ;
- souligner les accords et les divergences et faire la synthèse ;
- motiver les participants en leur faisant prendre conscience de l'intérêt du sujet ;
- mettre les gens à l'aise ;
- interrompre les bavards et faire parler les timides, le tout avec tact.
- déceler les oppositions et en faire prendre conscience aux participants ;
- soutenir le groupe en montrant sa satisfaction en l'encourageant ;
- traiter les problèmes par priorités et regrouper les gens pour discuter les problèmes communs.

- **Rôle de conseiller :**

Comme conseiller, l'animateur encourage les participants à réfléchir sur leurs problèmes et leurs causes afin d'améliorer leur compréhension.

Il doit amener les participants à envisager et à prendre en considération les solutions possibles pour résoudre leurs problèmes.

- **Rôle de liaison**

L'animateur peut servir de liaison entre les groupes de participants et les organisations ou agents du gouvernement, c'est à dire que l'animateur peut présenter les besoins des groupes de participants aux organisations qui ont les ressources soit humaines ou matérielles qui peuvent les aider.

FICHE TECHNIQUE N° 3 : REDI (Rapport, Exploration, Décision et Implémentation)

REDI (Rapport, Exploration, Décision et Implémentation)

- Met l'accent sur la responsabilité de la cliente dans la prise et la mise en application de la décision ;
- Fournit des directives pour la prise en compte des relations et du contexte social de la cliente ;
- Aborde les défis auxquels la cliente pourrait être confrontée dans la mise en application de sa décision, et aider la cliente à acquérir les aptitudes nécessaires pour faire face à ces défis.

LES ETAPES :

- **RAPPORT : *Rapport cordial avec la cliente***
 - accueillir la cliente avec respect, se présenter, et lui offrir un siège ;
 - assurer la confidentialité et l'intimité tout au long de la séance de counseling ;
 - expliquer à la cliente la nécessité de poser des questions personnelles et parfois sensibles ;
 - demander le nom de la cliente, et ses coordonnées (enregistrer les renseignements et les informations ultérieures dans le dossier de la cliente, comme requis).
- **EXPLORATION : *Focalisée sur les besoins de la cliente***
 - explorer l'historique et les objectifs de la cliente en matière de reproduction (ses antécédents de grossesse et résultats, âge des enfants, si elle veut ou ne veut plus d'enfants).
 - présenter les méthodes éligibles dans la période du post-partum et selon les objectifs de la femme, y compris l'utilisation de la méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée.
 - identifier la méthode choisie par la cliente.
- **DECISION : *prise de décision par la cliente***
 - confirmer la méthode choisie par la cliente ;
 - expliquer la méthode choisie (mécanisme d'action, efficacité, avantages, limites, effets secondaires).
- **IMPLEMENTATION : *mise en application de la décision par le prestataire***
 - offrir la méthode : si disponible, si non référer ;
 - dire à la cliente dans quel centre de santé elle se rendra en cas d'effets secondaires ou de complications.

N.B : Si la cliente a choisi la MAMA, lui rappeler la transition à une autre méthode si l'une des conditions n'est plus remplie.

B. FICHES TECHNIQUES AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS ET SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION

FICHE TECHNIQUE N° 4 : SUPERVISION DU PERSONNEL

Définitions

La supervision est un processus qui vise à s'assurer que le personnel accomplit ses activités de façon satisfaisante et à le rendre plus performant dans la réalisation de son travail. La supervision est une assistance et une action de guidage du personnel dans l'accomplissement de sa tâche.

La supervision facilitante est une approche qui met l'accent sur le coaching, la résolution conjointe des problèmes et la communication à double sens.

Le coaching ou encore mentoring est l'encadrement du supervisé par le superviseur. La supervision offre l'occasion de fournir au personnel un modèle clair de performance.

La résolution conjointe des problèmes : le fait d'impliquer le personnel à la résolution des problèmes de leur site permet de trouver la solution efficace, car la clé des solutions durables appartient souvent aux supervisés.

La communication à double sens : est un échange mutuel entre le superviseur et le supervisé. Elle favorise la compréhension et la perception et améliore le climat de coopération entre le superviseur et le supervisé.

Types de supervision

Il existe deux types de supervision :

- supervision interne qui est réalisée en équipe par le personnel travaillant dans le site sur la base de l'auto évaluation ;
- supervision externe qui fait appel à un ou des superviseurs ne travaillant pas dans le site.

Niveau, périodicité et durée de la supervision

- le niveau central supervise le niveau régional de façon semestrielle et intégrée
- le niveau régional supervise le niveau district tous les trimestres ;
- le niveau district supervise les CSCom tous les deux mois et les structures privées ;
- le niveau CSCom supervise les agents de santé communautaires une fois par mois.

Cependant, il n'est pas exclu qu'il y ait des supervisions ponctuelles ou qu'un niveau supérieur puisse descendre à la périphérie, mais toujours de concert avec le niveau inférieur immédiat.

Une visite de supervision peut prendre 1 à 3 jours par structure.

Objets de la supervision

Les supervisions devront porter sur :

- les compétences techniques à offrir des services ;
- les équipements et infrastructures ;
- l'environnement organisationnel ;
- le circuit des clients ;
- les pratiques de prévention des infections ;

- les dossiers des clients ;
- les supports de gestion et de données ;
- la motivation du personnel ;
- ou tout autre domaine spécifique en fonction des problèmes existants.

Les outils de supervision

Le superviseur utilisera une fiche de supervision qui comportera :

- une grille d'observation de la compétence et de la performance du personnel ;
- un guide d'analyse de l'environnement de travail ;
- des outils plus spécifiques sur des aspects précis :
 - guide d'auto-évaluation ;
 - fiche d'interview des client(e)s ;
 - fiches de vérification des dossiers des clients ;
 - fiches d'inventaires du matériel et équipement.

Le superviseur utilisera aussi un instrument de mesure du niveau de qualité des services comme 'l'outil diagnostic de qualité' qui est un guide d'évaluation de la qualité des services. Ce guide est orienté essentiellement sur certaines composantes de la qualité des services.

Les techniques de supervision

Les principales techniques utilisées lors de la supervision sont :

- observation (regarder, toucher et sentir) sur cas réel ou modèle anatomique ou simulation ;
- entretien (écouter et parler avec le personnel ou avec les utilisateurs des services) ;
- analyse documentaire (consulter et étudier les documents et les supports de données) ;
- auto-évaluation (faire une autocritique constructive de son propre travail dans le site).

Caractéristiques de l'approche facilitante

- participative et décentralisée, elle met à contribution le personnel et se fait le plus proche possible du site ;
- dirigée sur le site et l'équipe et non sur un individu ou au groupe d'individus ;
- dynamique et encourage l'auto-évaluation ;
- formative et permet de corriger sur le site les lacunes décelées.

N.B : La supervision concerne également les structures privées de santé, parapubliques, confessionnelles et les ONG œuvrant dans le domaine de la santé de la reproduction.

FICHE TECHNIQUE N° 5 : DROITS DU CLIENT

Un élément essentiel de la qualité des services de santé de la reproduction est le comportement du personnel qui détermine l'augmentation ou la baisse de la fréquentation d'un service de santé.

Un point important est mis sur l'accueil dans toutes les composantes de la santé de la reproduction.

Tout membre de la communauté ayant besoin des services doit pouvoir le trouver au niveau des structures de santé.

Le respect des droits des clients(es) doit constituer un objectif pour les directeurs de programmes et les personnes chargées des prestations de services dans les structures sanitaires.

Les prestataires doivent respecter les droits suivants :

1. Droit à l'information

Donner aux client(e)s toutes les informations complémentaires ou souhaitées au cours des séances de causerie ou de counseling.

Tous les membres de la communauté ont le droit d'être informés de manière objective et exacte en matière de santé de la reproduction. Ils ont également le droit de savoir où et comment obtenir plus d'informations et de services de santé de la reproduction.

2. Droit d'accès aux services

Mettre les services à la portée des bénéficiaires c'est à dire faciliter l'accès aux services quels que soient le rang social, l'appartenance ethnique, politique ou religieuse.

3. Droit de choisir

Laisser les client(e)s décider librement d'avoir recours ou non à la planification familiale, d'adopter ou d'abandonner une méthode, de choisir leur prestataire pour obtenir les services dont ils ont besoin. Laisser les clients décider librement d'avoir recours ou non aux services de la Santé de la Reproduction, de choisir leur prestataire pour obtenir les services dont ils ont besoin.

4. Droit à la sécurité

Protéger les clients contre les risques liés à l'utilisation d'instruments septiques d'où le respect des mesures de prévention de l'infection.

5. Droit à préserver son intimité

Examiner les clients et s'entretenir avec eux dans un lieu où l'intimité (physique et auditive) est respectée. Si d'autres personnes (stagiaires, superviseurs, chercheurs) sont présentes, informer les client(e)s du rôle joué par chacune d'elle.

6. Droit à la Confidentialité

- savoir que toute information personnelle demeure confidentielle
- garantir la confidentialité.

7. Droit au secret professionnel

Ne divulguer aucune information concernant un(e) client(e) sans son consentement. Les dossiers des client(e)s doivent être classés et fermés et leur accès doit être soumis à un contrôle rigoureux.

8. Droit à la dignité

Traiter les client(e)s avec courtoisie, considération et respect quel que soit leur situation sociale.

Eviter toute forme de discrimination dans les rapports avec les clients.

9. Droit au confort

Assurer un bon accueil aux client(e)s : sièges, salle aérée, éclairée. Disposer de toilettes séparées et adaptées aux personnes handicapées.

Se sentir à l'aise en recevant des informations et des services.

10. Droit à la continuité des services et soins

Recevoir des services et des soins sans rupture selon le besoin.

11. Droit d'opinion personnelle

Exprimer son point de vue sur les services offerts.

FICHE TECHNIQUE N° 6 : REORGANISATION DES SERVICES DE SR**Définition :**

La réorganisation est un processus dynamique qui permet d'assurer l'offre de services de santé de la reproduction (SR) de qualité dans un établissement de santé.

Cette réorganisation repose sur trois éléments :

- disponibilité des services (permanente ou partielle) ;
- intégration des services (spatio-temporelle, circuit du client, référence interne d'une unité à l'autre) ;
- qualité des services.

Principes

La réorganisation des services, vue sous un angle de formation pratique sur le lieu de travail, permet d'améliorer les compétences du personnel aux fins de l'offre d'un paquet de services de soins de qualité, « un seul passage et un paquet de services ».

Elle concerne l'ensemble du personnel sanitaire impliqué dans la réalisation des activités de la SR et porte sur la coordination et la gestion (du personnel, du temps, des activités, du matériel, etc.), l'adéquation du travail aux conditions locales, l'uniformisation des techniques et pratiques conformément au PMA, le renforcement de l'intégration des activités et de la qualité des soins.

La réorganisation des services de SR nécessite certains préalables que sont : (i) L'existence de Normes et Procédures de SR ; (ii) L'implication de l'ensemble du personnel socio-sanitaire ; (iii) L'adhésion des autorités politiques, administratives, sanitaires et des communautés.

Etapes de la réorganisation d'un établissement de santé

Etape 1 : Prise de contact avec les autorités politiques, administratives, sanitaires et des communautés.

Etape 2 : Analyse de la situation.

Etape 3 : Elaboration d'un plan d'action par unité en fonction des problèmes identifiés lors de la pré-évaluation et des objectifs fixés.

Etape 4 : Introduction pratique des normes et procédures de SR et des fiches opérationnelles couplée avec la formation sur site du personnel en gestion (cf. Module de formation en gestion des établissements de santé).

Etape 5 : Dotation de l'établissement de santé en fournitures et matériels techniques, équipements standards, supports de collecte et produits SR.

Etape 6 : Elaboration des organigrammes, description des postes, répartition des tâches, planning des activités, plaques d'identification et tableaux d'affichage identifiés lors de la formation en gestion pour les unités et sections de la structure sanitaire.

Etape 7 : Redistribution, complétude des activités SR, redéploiement du personnel et réajustement du circuit des patients/clients.

Etape 8 : Dynamisation des journées de salubrité dans les établissements de santé.

Etape 9 : Affichage des outils et supports au sein des unités.

Etape 10 : Suivi immédiat de la réorganisation.

Etape 11 : Post évaluation programmée au bout de 6 mois pour apprécier le fonctionnement des services et les résultats diffusés.

Etape 12 : Extension à d'autres centres programmés.

FICHE TECHNIQUE N° 7 : FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS (FBR)

Le FBR est une stratégie de financement de services de santé qui vise à augmenter la quantité et la qualité des soins préventifs et curatifs fournis à la population dans le respect des normes à travers "l'achat des soins". L'achat des soins est effectué sur la base d'un contrat entre une partie qui achète (acheteur) et une partie qui offre une action sanitaire (acteur de santé) au profit des communautés.

Les étapes de mise en œuvre sont :

Étape 1 : Réalisation de deux études : la première étude sur l'état des lieux (Identification des indicateurs clés de base) et la seconde sur les coûts et le flux des fonds FBR en fonction du volume des prestations fournies à la communauté.

Étape 2 : Élaboration des outils du FBR (différents tableaux des prévisions des résultats quantitatifs, des prévisions des résultats qualitatifs des soins, des problèmes et solutions des résultats quantitatifs, des problèmes et solutions des résultats qualitatifs, des problèmes et solutions de la satisfaction des clients, des ressources financières du CSCOM, des besoins additionnels liés aux stratégies d'atteinte des résultats, les propositions de barème).

Étape 3 : Réunion de partage et la gestion des connaissances.

Ayant pour but d'échanger sur les points forts et les points à améliorer ainsi que les expériences réussies en vue d'accélérer l'atteinte des résultats du plan.

Étape 4 : Mise en œuvre du plan et motivation des prestataires

Cette étape est basée sur le paiement de primes, supervision régulateur, appui ponctuel, supervision et vérification, coaching des acteurs de terrain, gestion financière des primes.

Étape 5 : Suivi-évaluation.

Permet de suivre le progrès et la mise en œuvre du plan des résultats à travers les visites de coaching, de vérification et de contre-vérification (enquête communautaire) des résultats déclarés par la structure.

N.B : Les fonds de cet achat sont utilisés pour :

- ✓ la motivation du personnel en payant des primes liées à leur performance ;
- ✓ la formation du personnel 40% ;
- ✓ le fonctionnement des établissements de santé 60% ;
- ✓ l'amélioration de la quantité et de la qualité des soins préventifs et curatifs à la population.
- ✓ le paiement est assuré par l'organisme détenteur de fonds (partenaire et la mairie) ;
- ✓ la vérification est faite par le district et le comité de pilotage.

Les indicateurs sont définis par la DGSHP à travers ses sous directions, la communauté et les services de santé.

FICHE TECHNIQUE N° 8 : LE PARTENARIAT PUBLIC - PRIVE

Le partenariat public privé repose sur :

- le dialogue politique pour engager le secteur privé ;
- les réformes afin d'améliorer l'environnement du partenariat public et privé ;
- la mise en place du partenariat public et privé pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services de santé.

Les **étapes** sont :

- création d'un comité de dialogue et de concertation public-privé ;
- création d'une structure transitoire préfigurant le comité ;
- création d'une structure représentant le secteur privé ;
- définition d'une politique nationale des ppp ;
- renforcement des capacités d'autorégulation des ordres professionnels
- mise en place de ppp ;
- renforcement de la politique de formation ;
- expansion des mutuelles.

La vision

Les secteurs public et privé de la santé travaillent en partenariat pour une meilleure accessibilité et une meilleure qualité des soins et services pour l'ensemble de la population malienne.

Les missions

Les secteurs public et privé mettent en place une entité multisectorielle, qui représente les secteurs publics, privé, non-gouvernemental et confessionnel afin de permettre un dialogue permanent entre les acteurs publics et privés sur les questions prioritaires et émergentes ayant trait au partenariat public-privé dans la santé.

Les objectifs

- promouvoir une vision commune des priorités nationales de santé entre les différents acteurs ;
- contribuer à l'élaboration de politiques qui encouragent une plus grande participation du secteur privé au système national de santé ;
- construire une relation de confiance en améliorant la communication et la coordination entre les différents acteurs de la santé ;
- sensibiliser les différents acteurs sur la contribution positive des partenariats publics-privés (ppp) à l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins.

Les fonctions

- Développer des analyses afin d'instruire le processus de dialogue et identifier des PPP ;
- Organiser des forums/rencontres pour discuter des politiques de partenariat, promouvoir et identifier des PPP ;
- Faire davantage connaître les contributions positives des PPP sur la santé ;
- Favoriser une communication large et régulière entre les différents groupes œuvrant dans la santé ;
- Rendre chaque acteur responsable et assurer un suivi de cette responsabilité.

Principes directeurs

- Egalité entre les partenaires ;
- Responsabilité commune ;
- Transparence et redevabilité (nécessité de rendre compte) ;
- Vision partagée sur les objectifs communs de santé ;
- Engagement à travailler ensemble ;
- Respect des perspectives différentes.

FICHE TECHNIQUE N° 9 : ACCREDITATION

L'approche accréditation est une initiative destinée à améliorer la qualité de l'offre et de la demande de service. L'idée de mettre en place un processus d'accréditation permet de rehausser le niveau des indicateurs au sein des établissements de santé.

Les étapes de la mise en œuvre sont :

Étape 1 : La mise en place d'une **équipe de superviseurs pour l'accréditation** dans chaque région et district sanitaire.

Étape 2 : L'**analyse situationnelle sur la fonctionnalité des établissements sanitaires** en termes d'organisation, de ressources humaines, matérielles, financières, logistiques, et de collaboration entre les acteurs.

Étape 3 : L'organisation d'ateliers d'**appropriation des outils d'accréditation** par des équipes cadre des districts sanitaires au niveau de chaque région, l'administration, le service de développement social, la FELASCOM et le conseil de cercle.

Étape 4 : La mise en place de **deux groupes de dialogue** qui constituent l'équipe de qualité veillant à la mise en œuvre du plan de qualité au niveau district et au niveau CCom.

Étape 5 : L'identification des problèmes de qualité et des priorités :

- ✓ Organiser une rencontre entre l'équipe régionale de qualité et les représentants de la communauté sur la qualité ;
- ✓ Organiser une autre rencontre entre l'équipe régionale de qualité et les prestataires sur la qualité ;
- ✓ Organiser une rencontre conjointe entre les prestataires/communautés et l'équipe régionale pour la synthèse (priorisation des problèmes).

Étape 6 : La planification :

- ✓ Organiser une rencontre conjointe entre prestataires et les communautés pour l'élaboration d'un plan d'action commun prestataires, partenaires de proximité et communauté.

Étape 7 : La mise en œuvre du plan pour la qualité :

- ✓ Former les différentes équipes cadres en gestion de la qualité par rapport à l'accréditation ;
- ✓ Exécuter le plan d'action pour la qualité ;

- ✓ Assurer l'auto évaluation qui permet à l'établissement de réaliser son diagnostic- qualité pour l'amélioration continue de la qualité ;
- ✓ Assurer les supervisions mensuelles pendant le premier trimestre, puis une fois tous les trimestres ;
- ✓ Assurer le monitoring selon le rythme mensuel ou trimestriel établis dans le plan ;
- ✓ Identifier les districts sanitaires ou CSCom les plus performants ;
- ✓ Présélectionner les hôpitaux du district/CSCom selon les grilles de sélection pour retenir les 4 à 5 premiers lors des deux (2) dernières supervisions trimestrielles par le niveau régional ou le niveau district.

- ✓ Faire l'audit externe en deux étapes :
 - **1^{ère} étape** : examen du diagnostic fait et validation par le Comité Régional d'accréditation pour l'accréditation des hôpitaux du district et comité local d'accréditation des CSCom.
 - **2^{ème} étape** : évaluation de la mise en œuvre des plans d'action et validation de la sélection finale de l'hôpital du district ou CSCom accrédité.

- ✓ Organiser les cérémonies officielles d'accréditation.

Les établissements de santé accrédités peuvent bénéficier d'une forme de motivation pour la qualité comme prime de qualité en espèce ; de décoration, de labellisation, de certification, de renforcement du stock de médicaments et autres intrants ; de renforcement de l'équipement ; de formations de courte ou longue durée ; de bibliothèques bleues et de voyages d'études.

- ✓ Evaluer l'approche.

FICHE TECHNIQUE N° 10 : INDICATEURS DE LA QUALITE**1. Définition**

Un indicateur est un outil d'évaluation et d'aide à la prise de décision (pilotage, ajustements et rétro correction) grâce auquel on va pouvoir mesurer une situation ou une tendance, de façon relativement objective, à un instant donné, ou dans le temps et/ou dans l'espace.

2. Les critères d'un bon indicateur (SMART)

- Spécifique
- Mesurable
- Acceptable
- Réalisable
- Temporaire.

3. Composantes de la qualité

- Compétence technique
- Accès aux services
- Relations interpersonnelles
- Efficacité
- Efficience
- Sécurité/ innocuité/ prévention des infections.
- Continuité.
- Environnement/ agréments
- Satisfaction des clients
- Gestion de la qualité
- Cogestion / participation communautaire

4. Quelques indicateurs de qualité en SR

COMPOSANTES	INDICATEURS	METHODE DE CALCUL
Compétence technique	- Proportion d'établissements de santé disposant d'au moins une sage-femme/IO.	(Nombre d'établissements de santé disposant d'au moins une sage-femme/IO/Nombre total d'établissements de santé) X 100.
	- Proportion de CSCOM disposant d'au moins une sage-femme/IO.	(Nombre de CSCOM disposant d'au moins une sage-femme/IO/Nombre total d'établissements de santé) X 100.
	- Proportion d'établissements de santé disposant d'au moins un médecin	Nombre d'établissements de santé disposant d'au moins un médecin /Nombre total d'établissements de santé) X 100.

	<ul style="list-style-type: none"> - Proportion de CSCOM disposant d'au moins un Médecin. - Taux de létalité lié à la césarienne. 	<p>(Nombre de CSCOM disposant d'au moins un Médecin/Nombre total d'établissements de santé) X 100.</p> <p>(Nombre de décès maternels après césarienne/Nombre total de césariennes réalisées) X100.</p>
<p>Accès aux services</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de CPN4. - Taux de CPN effective - Nombre de couple année protection (CAP). - Nombre de nouvelles utilisatrices additionnelles 	<p>(Nombre de femmes ayant bénéficié de 4CPN au cours de l'année /: Nombre total de grossesses attendues de la même période X 100) X 100.</p> <p>Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins 4 CPN, au moins 3 doses de SP, 2 doses de vaccin Td ou Td Rappel, du fer, de l'acide folique et d'une MILD pour une période donnée/ Nombre total de grossesses attendues pour la même période.</p> <p>Somme des CAP CAP= Nombre d'unités distribués pendant l'année/ le facteur de conversion de la méthode (pour méthodes courte durée).</p> <p>CAP= Nombre d'unités distribués pendant l'année X Le facteur de conversion de la méthode (Pour méthodes longue durée).</p> <p>Nombre de femmes supplémentaires (ou leurs partenaires) en âge de procréer qui utilisent actuellement une méthode de contraception par rapport à la même période de l'année précédente</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Proportion de FPPI ayant bénéficié d'une méthode contraceptive moderne - Taux de rupture de médicaments du panier. 	<p>Nombre de FPPI ayant bénéficié d'une méthode contraceptive moderne pendant une période/ Nombre total de femmes vues en CPON pour la même période X 100.</p> <p>(Nombre moyen de jours de rupture de médicaments du panier/365) X100.</p>
Relations interpersonnelles	<ul style="list-style-type: none"> - % d'établissements de santé disposant de fiches de description de poste - Disponibilité de fiches de description de tâches. - Taux de réalisation des réunions statutaires. 	<p>Nombre d'établissements de santé disposant de fiches de description de poste</p> <p>(Nombre d'établissements de santé disposant de fiches de description de tâches affichées/Nombre d'établissements de santé) X 100.</p> <p>(Nombre de réunions statutaires tenues avec PV/Nombre de réunions statutaires prévues) X 100.</p>
Efficacité	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'utilisation des services de santé. - Proportion d'établissements accrédités. - Proportion d'établissements de santé réalisant l'approche FBR 	<p>(Nombre de nouvelles consultations/Population totale) X 100.</p> <p>(Nombre d'établissements accrédités/Nombre d'établissements santé) X 100.</p> <p>Nombre d'établissements de santé réalisant l'approche FBR/ le nombre total d'établissements de santé X 100.</p>
Efficiace	<ul style="list-style-type: none"> - Le coût moyen des ordonnances. 	
Sécurité/innocuité/ prévention des infections.	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'infections post opératoires. 	<p>(Nombre d'infections post opératoires/Nombre total d'interventions chirurgicales)X100.</p>

	- Durée moyenne de séjour.	(La somme des séjours des malades/Le nombre de malades sortants)X100.
Continuité	- Indice d'assiduité aux services de CPN.	[Nombre total de CPN/Nombre de nouvelles consultantes prénatales (1 ^{ère} visite CPN)] X 100.
	- Taux de mortalité maternelle.	Nombre de décès de femme liés à la Grossesse à l'accouchement et aux suites de couches/Naissances vivantesX100 000.
	Proportion des décès maternels audités	Nombre de décès maternels audités / Nombre total de décès maternels X 100
	- Taux de mortalité périnatale	Nombre de mort-nés frais + Nombre de mort-nés macérés + Nombre de nouveau nés décédés dans les 7 jours / Nombre total de naissances (morts nés et vivants) dans la zone
	- Taux de mortalité néonatale.	Nombre de nouveau-nés décédés dans les 28 jours/ le Nombre total de naissances vivantes X 1000 .
	- Proportion des décès du nouveau-né audités	Nombre de décès de nouveau-nés audités/ Nombre total de décès de nouveau-nés X 1000
Environnement/ agréments	- Proportion d'établissements de santé disposant d'un incinérateur fonctionnel.	(Nombre d'établissements de santé disposant d'1 incinérateur fonctionnel/Nombre total d'établissements santé)X100.
Satisfaction des clients	- Taux de satisfaction.	(Nombre de personnes satisfaites/Nombre total de personnes enquêtées) X100.

<p>Gestion de la qualité</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proportion d'établissements de santé disposant d'un comité qualité fonctionnel. - Proportion d'établissements de santé réalisant les audits de décès maternels, péri et néonataux 	<p>(Nombre d'établissements de santé disposant d'un comité qualité fonctionnel/Nombre total d'établissements santé) X100.</p> <p>Nombre d'établissements de santé réalisant les audits des décès maternels, péri et néonataux/le nombre total d'établissements de santé X100.</p>
<p>Cogestion/Participation communautaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de réalisation des réunions statutaires - Taux de participation des communautés aux réunions statutaires. - Proportion de femmes dans les instances de décision. - Taux de participation des femmes aux réunions statutaires tenues. - Taux d'utilisation adéquate des outils de gestion. 	<p>(Nombre de réunions statutaires tenues avec PV/ (Nombre de réunions statutaires prévues) X 100.</p> <p>(Nombre de fois que les communautés ont participé à une réunion statutaire avec PV/Nombre de réunions statutaires tenues) X 100.</p> <p>Nombre de femmes dans les instances de gestion/Nombre total des membres X 100.</p> <p>(Nombre de fois que les femmes ont participé à une réunion statutaire avec PV/Nombre de réunions statutaires tenues) X 100.</p> <p>(Nombre total d'outils utilisés selon les normes/Nombre total d'outils requis) X 100.</p>

C. FICHES TECHNIQUES PREVENTION DES INFECTIONS

FICHE TECHNIQUE N° 11 : LAVAGE SIMPLE DES MAINS

- Réunir les matériels nécessaires pour le lavage simple des mains : savon ou détergent liquide, eau propre, dispositif de lavage des mains ;
- Enlever les bagues et les bracelets ;
- Couper les ongles ;
- Mouiller les mains avec de l'eau ;
- Enduire les mains avec du savon ;
- Frotter énergiquement les mains l'une contre l'autre pendant 20 secondes ;
- Se rincer les mains avec de l'eau courante ;
- Essuyer les mains avec un linge individuel propre et sec ou laisser sécher à l'air libre;
- Suspendre le linge ;
- Laisser sécher le savon à l'air libre.

FICHE TECHNIQUE N° 12 : LAVAGE CHIRURGICAL

Aussi appelé la désinfection chirurgicale des mains, il comprend :

- La préparation ;
- Le lavage et la désinfection des mains ;
- Le Séchage des mains.

☞ **Préparation :**

Retirer les bijoux et les montres avant de se laver les mains afin de déloger les microorganismes. Les ongles doivent être courts et lisses.

☞ **Lavage et désinfection des mains :**

Il existe 2 techniques de lavage chirurgical des mains : le lavage avec un savon désinfectant et la friction avec un désinfectant alcoolique (Ex : 2 ml de glycérine + **100 ml d'alcool à 70°**).

☞ **Séchage des mains :**

Maintenir les mains plus hautes que le coude et détachées du corps selon deux techniques :

- les laisser sécher à l'air libre ;
- utiliser une serviette stérile.

Les deux types de lavage chirurgical des mains :

➤ ***Le lavage chirurgical des mains avec un savon désinfectant***

Lors du lavage chirurgical des mains avec un savon désinfectant, les temps de contact sont déterminés en fonction du produit utilisé. Il s'effectue en 2 temps :

1^{er} temps :

- mouiller les mains et les avant-bras jusqu'au coude.
- actionner le levier à l'aide du membre inférieur et régler l'eau pour obtenir un débit et une température modérée ;
- frotter les mains et les avant-bras avec du savon désinfectant de préférence liquide durant le temps prévu sans ajouter d'eau.
- veiller à laver toutes les parties des mains ;
- utiliser une brosse douce pour les ongles et les espaces interdigitaux,
- brosser les ongles soigneusement ;
- rincer abondamment les mains et les avant-bras en veillant à ce que les mains restent plus haut que les coudes ;

2^{ème} temps :

- frotter les mains et les avant-bras avec le même savon durant le temps prévu sans ajouter d'eau. Veiller à laver toutes les parties des mains
- rincer abondamment les mains et les avant-bras de la même manière que précédemment.

➤ ***Le lavage chirurgical des mains avec une solution alcoolique***

On se lave soigneusement les mains selon la méthode de lavage des mains, suivi du séchage. On procède ensuite à une friction avec une quantité (suffisante) de désinfectant alcoolique en couvrant les mains et avant-bras.

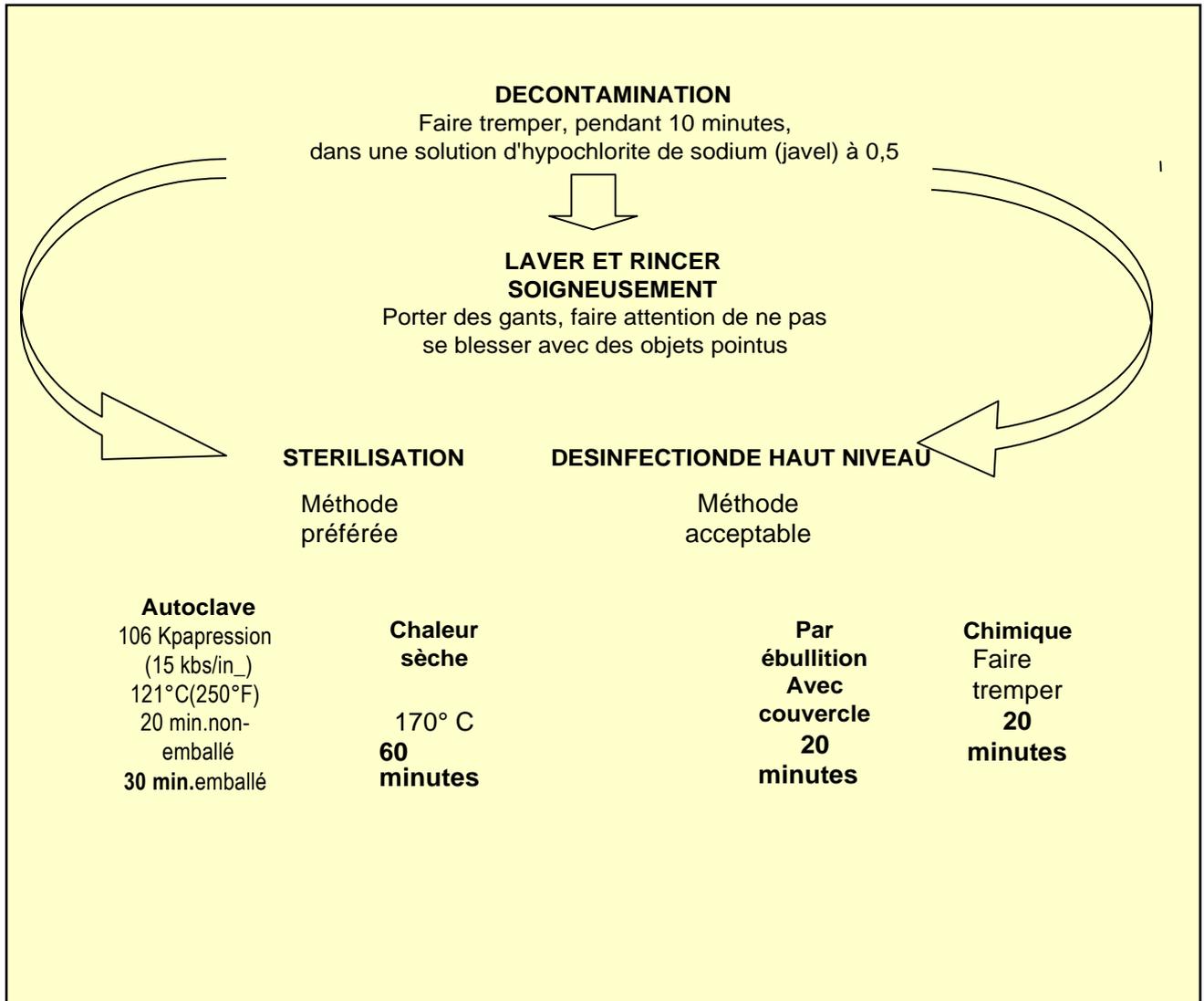
N.B : Lors des interventions successives, la préparation et la première partie de lavage (1^{er} temps) n'ont pas lieu chaque fois. La deuxième partie par contre est nécessaire.

Le lavage chirurgical des mains est exigé dans les circonstances suivantes :

- avant toute intervention chirurgicale ;
- avant un accouchement ;
- avant de pratiquer des techniques invasives telles que la mise en place de cathéters veineux profonds, de biopsie.

N.B : Les mains une fois lavées ne doivent toucher à quelque objet que ce soit avant le port des gants stériles. Après le port des gants stériles seuls les objets et instruments stériles peuvent être touchés.

FICHE TECHNIQUE N° 13 : TRAITEMENT DES INSTRUMENTS ET AUTRES ARTICLES



N.B :

LAISSER REFROIDIR

Les emballages stériles peuvent être conservés jusqu'à une semaine. Les articles non emballés devraient être gardés dans une boîte stérile ou désinfectée à haut niveau, avec un couvercle bien ajusté, ou devraient être utilisés immédiatement.

FICHE TECHNIQUE N° 14 : NETTOYAGE**Principes du nettoyage :**

- Utiliser un détergent liquide ;
- Le détergent dissout les graisses-huiles et les corps étrangers ;
- Brosser avec une brosse souple sous l'eau ;
- Nettoyer à l'eau simple supprime 50 % des micro-organismes ;
- Nettoyage avec un détergent supprime 80 % des micro-organismes.

Directives :

- Porter des barrières (gants de ménage, lunette, tablier, bottes ou chaussures en plastique fermées) pendant le nettoyage ;
- Utiliser une brosse dans de l'eau savonneuse ;
- Bien rincer avec de l'eau pour enlever le reste de savon pouvant interférer avec la désinfection chimique ;
- Bien sécher ;
- Aiguilles et seringues réutilisables devraient être démontées et nettoyées avec de l'eau savonneuse ;
- Placer les instruments dans un bac rempli d'eau propre avec un détergent non corrosif ;
- Démontez complètement les instruments et/ou les lames des instruments à jointure ;
- Laver toutes les surfaces des instruments avec une brosse ou du tissu jusqu'à ce qu'ils soient visiblement propres (en les tenant sous l'eau pendant le nettoyage) ;
- Nettoyer soigneusement les bords dentés des instruments (exemple : les branches des pinces d'hémostase) avec une petite brosse ;
- Rincer soigneusement toutes les surfaces avec de l'eau propre ;
- Essuyer tous les instruments ou les laisser sécher à l'air ;
- ;
- Enlever les gants de ménage et les laisser sécher à l'air.

Les instruments, les gants, le linge et les bacs à instruments, les surfaces sont lavées avec un détergent et de l'eau.

FICHE TECHNIQUE N° 15 : DESINFECTION A HAUT NIVEAU**➤ DHN par ébullition :**

- Immerger entièrement les objets pré nettoyés dans de l'eau ;
- Mettre un couvercle sur le récipient et amener l'eau à ébullition complète à gros bouillons ;
- Commencer le chronométrage quand les bouillons commencent ;
- Ne rien ajouter à la marmite ;
- Maintenir l'ébullition à gros bouillons pendant 20 minutes ;
- Enlever les objets avec des pinces DHN ;
- Utiliser immédiatement après les avoir séchés à l'air ou les placer dans un récipient sec DHN à couvercle.

La conservation du matériel DHN est d'une semaine.

➤ DHN Chimique :

- Nettoyer soigneusement et sécher tout le matériel et tous les instruments après la décontamination ;
- Préparer une nouvelle solution de stérilisation chimique ou vérifier que la solution n'a pas dépassé la date limite ;
- Immerger les objets propres et secs dans la solution préparée ;
- Couvrir le récipient et tremper pendant 20 minutes (glutaraldéhyde à 2%ou formaldéhyde à 8%) ; 'explication : tres corresives etutiliser pour les materiels utilisés des maladies tres contagieuses) A enlever ?????
- Sortir le matériel et tous les instruments de la solution chimique en utilisant des gants DHN ou des pinces DHN ;
- Rincer soigneusement le matériel et tous les instruments avec de l'eau désinfectée à haut niveau (bouillie) pour enlever toute trace de désinfectant chimique ;
- Laisser sécher le matériel et les instruments à l'air libre ;
- Utiliser immédiatement le matériel et tous les instruments ou les placer dans un récipient DHN à couvercle ;
- Conserver pendant 1 semaine au maximum dans un bac désinfecté et couvert.

➤ Désinfection à haut niveau d'un récipient (BAC) :

- Faire bouillir le bac (s'il est petit) ou le remplir avec une solution chlorée à 0,5% et laisser tremper pendant 20 minutes.;
- Rincer soigneusement l'intérieur avec de l'eau bouillie ;
- Laisser sécher à l'air libre avant utilisation.

FICHE TECHNIQUE N° 16 : STÉRILISATION

- Envelopper les instruments ;
 - Disposer les instruments sur des plateaux ou sur une couche de mousseline en utilisant du matériel correctement nettoyé ;
 - Envelopper les objets en utilisant la technique « enveloppe d'emballage » ou la technique « carré d'emballage » ;
 - Placer les paquets dans des tambours ou sur des plateaux pour la stérilisation par autoclave ;
 - Placer les paquets dans des tambours ou sur des plateaux pour la stérilisation à chaleur sèche.
- **Stérilisation physique**
- **Stérilisation par autoclave (chaleur humide) :**
 - Disposer les paquets et les objets non emballés dans la chambre de l'autoclave de manière à permettre la circulation libre et la pénétration de la vapeur au niveau de toutes les surfaces ;
 - Stériliser pendant 30 minutes les objets emballés ; pendant 20 minutes les objets non emballés (utiliser une montre pour le chronométrage) à 121°C (250°F) et 106 Kpa (15 lbs/in) ;
 - Attendre 20 minutes (ou jusqu'à ce que la jauge de pression revienne à zéro) pour entrouvrir la porte de l'autoclave et laisser la vapeur s'échapper ;
 - Laisser sécher complètement les paquets avant de les retirer ;
 - Placer les tambours stériles ou les paquets sur une surface couverte de papier ou de tissu pour éviter la condensation ;
 - Laisser refroidir les tambours ou les paquets jusqu'à ce qu'ils atteignent la température ambiante avant de les ranger ;
 - Noter les conditions de la stérilisation (temps, température et pression) sur le registre du traitement des instruments.
 - **Stérilisation au Poupinel (chaleur sèche) :**
 - Mettre les objets non emballés dans des récipients en métal et les paquets sur des plateaux ;
 - Mettre les objets au four et les chauffer à la température désirée ;
 - Commencer le chronométrage lorsque la température voulue est atteinte et garder la température pendant le temps recommandé (compter 60 minutes pour une température constante de 170°C) ;
 - Décharger avec des pinces stériles les paquets et les objets non emballés après les avoir laissés refroidir, les ranger dans des récipients stériles à couvercle.
- **Stérilisation chimique :**
- Préparer une nouvelle solution de stérilisation chimique ou vérifier que la solution n'a pas dépassé la date limite ;
 - Immerger les objets nettoyés et séchés dans une solution de glutaraldéhyde à 2% ou de formaldéhyde à 8% en recouvrant entièrement tous les objets ;
 - Recouvrir le récipient et laisser tremper pendant le temps approprié 8-10 heures pour le glutaraldéhyde et 24 heures pour le formaldéhyde ;
 - Sortir les objets de la solution chimique, en utilisant des gants stériles ou des pinces stériles ;
 - Rincer soigneusement les objets avec de l'eau stérile pour éviter tout résidu de stérilisant chimique ;
 - Utiliser immédiatement les objets ou les placer dans un récipient stérile couvert.

FICHE TECHNIQUE N° 17 : DECONTAMINATION DU MATERIEL AVEC LES COMPRIMES CHLORES EFFERVESCENTS « BIOSTOP »

Le chlore est l'un des désinfectants le plus utilisé pour la désinfection de l'eau. Il peut être appliqué pour la désactivation de la plupart des microorganismes et est relativement bon marché.

Les comprimés de chlore effervescents et granulés désinfectants « BIOSTOP » sont recommandés pour leur fiabilité ainsi que leur efficacité pour la désinfection. Ils sont une alternative à l'utilisation de l'eau de javel commercialisée dans notre pays et dont l'efficacité pose de plus en plus de problèmes en raison de la contrefaçon et des conditions de conservation. Le principe est simple : Ils contiennent du dichloroisocyanurate (donneur de chlore) qui est associé à d'autres composants effervescents sous forme de comprimé.

La solution désinfectante obtenue à partir de ces comprimés agit très rapidement avec un large spectre biocide. Elle est efficace sur les bactéries (notamment : *clostridiumdifficile*, *E. coli*, *Vibriochoerae*, *S. faecalis* etc.); les spores bactériennes ; les algues ; les champignons ; les protozoaires et les virus.

Avantages

- Efficace contre la plupart des bactéries, spores et virus ;
- Facile à manipuler en toute sécurité (précis dans le dosage) ;
- Moins toxiques et moins corrosifs que la plupart des composés chlorés ;
- Dissolution rapide (prêt à l'emploi en moins de 5 minutes) ;
- Utilisation sur une longue période (5 ans).

Mode d'emploi

DESIGNATION (Produits/Matériels)	MODE DE PREPARATION DE LA SOLUTION	TEMPS DE CONTACT (Durée de désinfection)
<i>Désinfection des fluides corporels</i>	Dissoudre 1 comprimé dans 100 ml d'eau	Minimum 2 minutes de contact.
<i>Désinfection du matériel de laboratoire</i>	Dissoudre 1 comprimé dans 400 ml d'eau	Toute une nuit.
<i>Désinfection du matériel médical</i>	Dissoudre 3 comprimés dans 5 litres d'eau	Minimum 1 heure de contact.
<i>Désinfection générale</i>	Dissoudre 1 comprimé dans 1 litre d'eau	Minimum 15 minutes de contact.
<i>Désinfection des WC, lavabo etc.</i>	Dissoudre 1 comprimé dans 2,5 litres d'eau	Les périodes de non utilisation.

FICHE TECHNIQUE N° 18 : POUR LA DESINFECTION ET LA DECONTAMINATION AVEC L'EAU DE JAVEL

Ce qu'il faut désinfecter	Comment désinfecter	Quantité d'eau de javel à 12° pour 10 l d'eau/temps de contact.		Recommandations particulières
		Désinfection courante	Décontamination	
*Plancher (maternité salle de soins) *Paillasse (maternité salle de soins)	1 Nettoyer 2 Rincer 3 Passer la serpillière imbibée de solution d'eau de javel 4 Laisser en contact 5 à 15 mn 5 Rincer éventuellement	20 cl 5 mn	1 litre 15 mn Augmenter la dose en cas de pollution importante	- Ne pas mélanger l'eau de javel aux produits de nettoyage. -La serpillière doit être javellisée, rincée, essorée, puis étalée et séchée à l'air après utilisation.
- Ustensiles du malade (crachoirs, urinoirs, bassins de lit, cuvettes)	1 laver 2 Rincer 3 Immerger de solution d'eau de javel 4 Laisser en contact 15 mn minimum 5 Rincer et sécher	1 litre 15 mn	1 litre 15 mn Cette dose peut être augmentée et même doublée en cas de nécessité	- Les déjections et les matières solides doivent être également désinfectées avant déversement dans les WC. - Veiller à la désinfection des eaux usées et ustensiles de lavage. - Ne jamais mélanger l'eau de javel avec détergent WC (ou tout autre produit acide).
Instruments et ustensiles en acier inoxydable	1 Décontaminer (prélavage) 2 Javelliser 10 mn 3 Rincer 5 mn NB : La décontamination doit être suivie soit d'une désinfection courante après nettoyage et rinçage désinfection (après lavage et rinçage) javelliser 5 mn rincer et sécher immédiatement	20 cl 5 mn	1 litre 10 mn	L'acier inox doit être toujours javellisé à froid (30°C° sous cette condition les dosages préconisées n'altèrent en rien la qualité des surfaces.
Eaux usées de vaisselles de soins de lavage de mains etc.	1. Verser l'eau de javel dans les eaux usées avant évacuation 2. Attendre au minimum 5 mn puis faire couler l'eau pour rincer	40 cl 5 mn	40 cl 5 mn	- Si les eaux usées ont déjà été javellisées pendant l'emploi diminuer la dose de moitié.

FICHE TECHNIQUE N° 19 : COMMENT PORTER ET RETIRER LES GANTS



Comment porter les gants chirurgicaux

1. Préparez une grande surface propre et sèche pour ouvrir l'emballage des gants, Ouvrez l'emballage extérieur puis procédez au lavage chirurgical des mains ou effectuer le lavage des mains et demander à quelqu'un d'autre d'ouvrir l'emballage
2. Ouvrez l'emballage intérieur du paquet de gants de manière à exposer les gants et les manchettes retournées, les paumes étant tournées vers le haut.
3. Prenez le premier gant par la manchette, en ne touchant que l'intérieur de celle-ci (le côté intérieur est celui qui touchera votre peau quand vous aurez mis le gant)
4. Tout en tenant la manchette d'une main, glissez l'autre main dans le gant (le fait de pointer les doigts du gant vers le sol les garde ouverts)
5. Veuillez à ne rien toucher et tenez les gants au-dessus du niveau de la taille.
6. Prenez le 2^{ème} gant en glissant les doigts de la main gantée sous la manchette du 2^{ème} gant. En mettant le 2^{ème} gant faites attention à ne pas contaminer la main gantée avec la main non gantée
7. 6. Enfiler le 2^{ème} gant sur la main non gantée en tirant fermement sur la manchette.
8. Ajuster les doigts des gants et les manchettes jusqu'à ce que les gants soient bien mis.

Comment retirer les gants chirurgicaux

1. Tremper les mains gantées dans une solution d'eau de décontamination ;
2. Saisir l'un des gants près de la manchette et tirer dessus jusqu'à mi-chemin. Le gant se retournera. Garder partiellement le 1^{er} gant sur la main avant d'enlever le 2^{ème} pour ne pas toucher la surface extérieure de l'un des gants avec la main nue.

3. Tout en laissant le 1^{er} gant sur les doigts, saisir le 2^{ème} gant près de la manchette et tirer dessus jusqu'à mi-chemin. Garder partiellement le 2^{ème} gant sur la main.
4. Retirer les deux mains en même temps en veillant à ne toucher que la surface intérieure des gants avec la main nue.
5. Lavez-vous les mains aussitôt après avoir enlevé les gants, car ceux-ci pourraient avoir de petits trous ou déchirures vous ayant exposé à des liquides organiques contaminés.

Conseils relatifs aux gants chirurgicaux

- L'extérieur du paquet de gants n'est pas stérile. Ouvrez-le avant de procéder au lavage chirurgical des mains ou demander à quelqu'un d'autre de le faire
- Si les gants deviennent contaminés pendant une intervention, arrêtez ce que vous faites, éloignez-vous du champ stérile, retirez les gants contaminés et enfiler une nouvelle paire.
- Ne faites pas claquer les gants en les enlevant, car du sang et d'autres matières pourraient éclabousser les personnes présentes ou vous-même.
- Lors du retrait des gants, évitez que leur surface extérieure ne touche votre peau.
- Enlevez les gants utilisés avant de toucher tout objet que ce soit, y compris les paillasses, les robinets, les stylos et les crayons.
- Utilisez la bonne taille de gants.
- Changez de gants périodiquement lors des longues procédures.
- Ayez les ongles courts.
- Enfiler les gants sur les poignets des blouses pour protéger les poignets.
- Utilisez des lotions pour les mains solubles dans l'eau pour éviter que la peau ne sèche.
- Ne pas utiliser des lotions pour les mains à base d'huile ou parfumées.
- Possibilité de réactions allergiques aux gants
- Ne pas stocker les gants dans des endroits où la température monte excessivement.

Autres barrières de protection

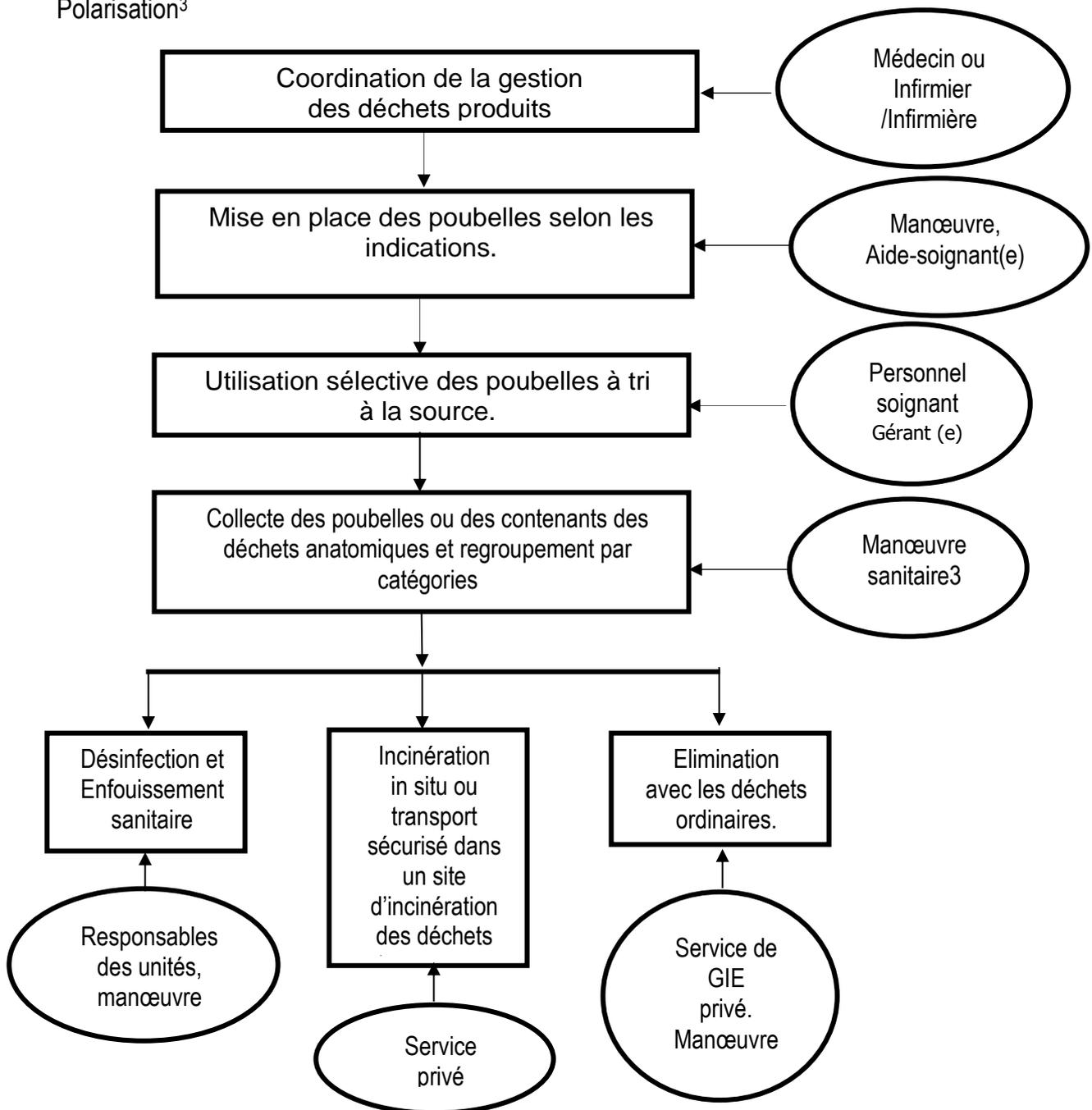
- Blouses
- Tabliers
- Bottes
- Lunettes
- Calots
- Gants de ménages
- Bavettes
- Etc.....

FICHE TECHNIQUE N° 20 : ELIMINATION DES DECHETS - CADRE ORGANISATIONNEL

1. Centre de santé communautaire (CSCoM) et cabinet de soin

Manœuvre sanitaire²

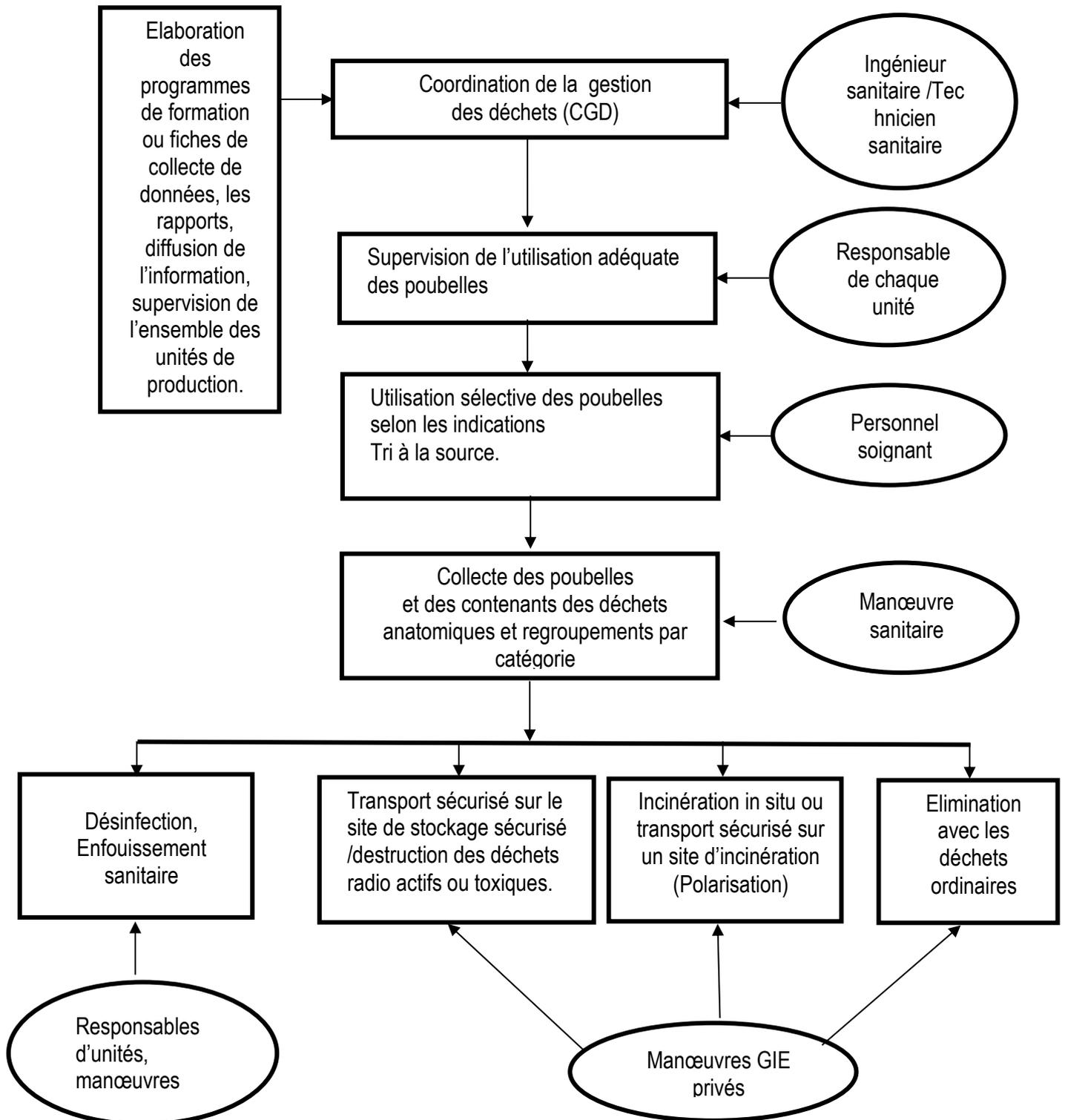
Polarisation³



² Manœuvre formé à la gestion des déchets biomédicaux

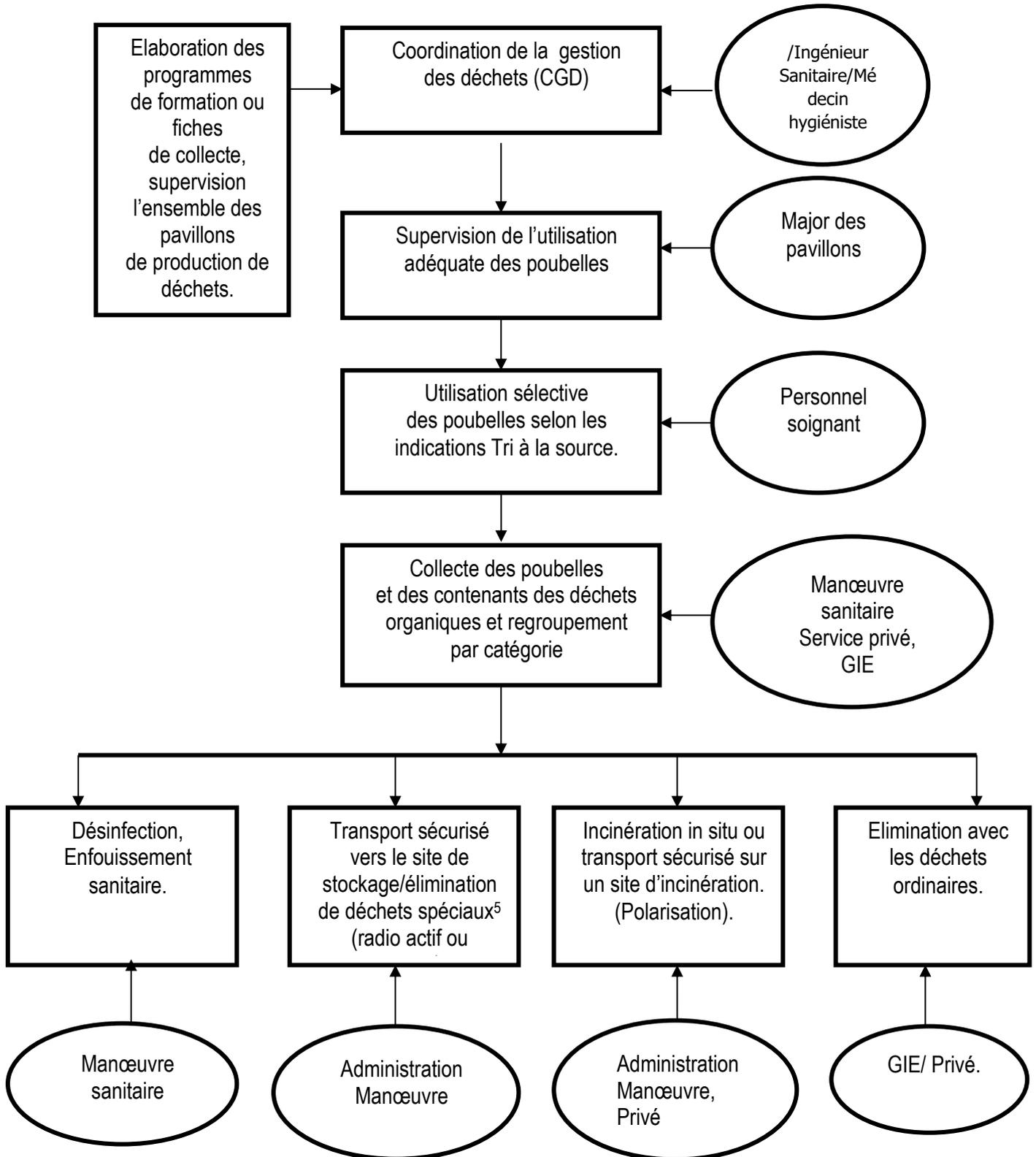
³ Collecte et évacuation des déchets vers un centre commun de traitement

2. Hôpital de district et cabinet médical



3. Hôpitaux, polyclinique, clinique chirurgicale

Site d'élimination des déchets spéciaux⁴



⁴ Il s'agit d'un site spécialement conçu à cet effet

FICHE DE SUIVI DES PROCEDURES DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION

Afin d'améliorer l'application sur le terrain et l'utilisation de ce document de procédures des services de santé de la reproduction, tous les utilisateurs sont invités à remplir cette fiche et à l'envoyer à la Sous-Direction de la Santé de la Reproduction/Direction Générale de la Santé et de l'hygiène publique/Ministère de la Santé et des Affaires Sociales- Bamako, après une période d'utilisation ayant permis de couvrir les procédés contenus dans ce document.

Renseignements vous concernant :

Noms (facultatif) : _____

Titre professionnel : _____

Lieu d'exercice : _____

Vos principales fonctions : _____

Vos appréciations sur les procédures des services de santé de la reproduction : _____

Date de réception des procédures de santé de la reproduction : _____

Indiquer les circonstances d'obtention de ce document :

- a. Séminaire de dissémination : **Oui/Non**
- b. Supervision des services: **Oui/Non**
- c. Formation du personnel: **Oui/Non**
- d. Formation d'élèves/étudiants: **Oui/Non**
- e. Autres:

Avant ces documents, avez-vous déjà utilisé des documents de procédures des services? **Oui/Non**
Si **Oui**, quand et où ? _____

Quelles sont les sections de ces procédures que vous avez utilisées depuis que vous êtes en possession de ce document ? _____

Pour les procédures de santé de la reproduction que vous avez utilisées, veuillez indiquer celles qui sont incomplètes ou non réalisées : _____

Quels sont les éléments qui rendent **difficiles** l'utilisation de ces procédures de santé de la reproduction ? _____

Y a-t-il des imprécisions ou erreurs de fond que vous avez relevées dans ces procédures de santé de la reproduction ? _____

Pensez-vous que la présentation de ce document facilite son utilisation ? _____

Si **Non**, que suggérez-vous ? _____

Pensez-vous que ce document vous aide dans votre travail quotidien!? **Oui/Non**

Si **Non**, que suggérez-vous ? _____

Quelles sont les autres suggestions que vous formulez pour améliorer l'utilisation de ces procédures ? _____

Merci de vos suggestions utiles pour l'amélioration de ces procédures de santé de la reproduction.

LISTE DES PARTICIPANTS

N°	Nom et Prénom	Structure	Tél	E-mail
1.	D ^r Ousmane DEMBELE	DGSHP	66 79 69 55	ousma66@yahoo.fr
2.	D ^r Abdoulaye GUINDO	DGSHP	76 48 18 71	abdouguindo@yahoo.fr
3.	D ^r Dounanké DIARRA	DGSHP	76 05 22 07	dounankediarra@yahoo.fr
4.	D ^r Saran DIAKITE	DGSHP/SDSR	76 13 91 55	sarabore66@gmail.com
5.	D ^r Bintou Tine TRAORE	DGSHP/SDSR	66 95 66 28	bintoutr2003@yahoo.fr
6.	D ^r Aminata CISSE	DGSHP/SDSR	66 71 71 82	amitra15c@yahoo.fr
7.	D ^r N'Tji KEITA	DGSHP/SDSR	76 17 65 46	keita63@yahoo.fr
8.	D ^r Aliou BAGAYOKO	DGSHP/SDSR	76 42 62 66	alioubagayoko@yahoo.fr
9.	D ^r Mariam GARANGO	DGSHP/SDSR	79 22 49 22	mkgarango2@gmail.com
10.	D ^r Mamadou BERTHE	DGSHP/SDSR	66 86 19 79	mamadoubertthe60@gmail.com
11.	D ^r Mamadou BOIRE	DGSHP/SDSR	79 42 31 67	mamboire@yahoo.fr
12.	D ^r Amadou SIDIBE	DGSHP/SDSR	66 90 76 98	amadsib@yahoo.fr
13.	D ^r Aminatou Gueta DIAKITE	DGSHP/SDSR	69 52 25 25	diakiteaminatagueta@yahoo.fr
14.	M ^{me} Fatoumata KONE	DGSHP/SDSR	66 72 12 68	batatacoucou@yahoo.fr
15.	M ^{me} Kadidia DEMBELE	DGSHP/SDSR	66 79 18 72	kadidiadembele2007@yahoo.fr
16.	M ^{me} Aoua GUINDO	DGSHP/SDSR	66 98 67 62	guindoaoua@yahoo.fr
17.	M ^{me} Sirantou WAGUE	DGSHP/SDSR	66 91 31 31	sirantou2011@yahoo.fr
18.	M ^{me} Fatimata TOURE	DGSHP/SDSR	74 58 41 88	touifatimata@yahoo.fr
19.	M ^{me} Agaïcha TOURE	DGSHP/SDSR	66 86 53 84	agaicha.toure@yahoo.fr
20.	M ^{me} Sara DOLO	DGSHP/SDSR	76 32 15 70	dolosara@yahoo.fr
21.	M ^{me} Fatoumata MAIGA	DGSHP/SDSR	76 11 70 37	alifanta95@yahoo.fr
22.	D ^r Oumou DIARRA	DGSHP/DESR	77 56 50 34	droumoukoum@yahoo.fr
23.	D ^r Tata K. DIARRA	DGSHP/DN	76 01 63 41	tatuklego@gmail.com
24.	D ^r Abdoul Karim SIDIBE	DGSHP/DPLM	76 36 72 61	sidibeak@yahoo.fr
25.	M. Soumana DAOU	DGSHP/Santé Scolaire	66 67 06 74	soumana_daou@yahoo.fr
26.	M. Aboubacar Sidiki SIDIBE	DGSHP/SI	79 01 88 13	sidibe147@yahoo.fr
27.	Mme Rolande DAOU	DGSHP/UPFS	66 89 10 45	rolandedaou@yahoo.fr
28.	D ^r M'BAYE Bambi BA	PNLP	76 24 39 65	mbayebambi@yahoo.fr
29.	D ^r Mariam TALL	PNLP	76 41 57 74	drtallmaria@hotmail.com

N°	Nom et Prénom	Structure	Tél	E-mail
30.	D ^r Boubacar DOUCOURE	CPS/Santé	98 98 19 99	boubacar581@gmail.com
31.	D ^r Seydou SOGODOGO	Inspection de la Santé	77 52 25 31	sogodogo206@gmail.com
32.	D ^r Moussa TRAORE	INRSP	71 18 91 17	moussananam@yahoo.fr
33.	M ^{me} Fatoumata TRAORE	INFSS Bamako	66 76 77 25	fafatraore74@gmail.com
34.	M. Boubacar MAIGA	DNDS	75 21 17 67	maigaboubacar67@yahoo.fr
35.	M. Dieudonné DIAMA	DNP	76 11 85 20	dieudonnediama@yahoo.fr
36.	M. Lassina DIARRA	DNPEF	72 27 37 88	lassdiarra@gmail.com
37.	M ^{me} Oumou M. TIMITE	DNPEF	76 04 77 31	zoumousse@yahoo.fr
38.	M. Issa GOITA	DNPF	66 53 14 00	issacbadra1@yahoo.fr
39.	M ^{me} Rokia KONE	DNPSSES	76 41 55 83	ba_woro@yahoo.fr
40.	M ^{me} Safiatou TRAORE	DRH/SSDS	66 76 38 95	safiatoutraore23@yahoo.fr
41.	D ^r Fatoumata BAGAYOKO	ANEH	76 41 12 68	drfatbagayoko@gmail.com
42.	D ^r Marguerite DEMBELE	CADD	76 44 22 29	coulmarguerite61@gmail.com
43.	M. Mahamadou TRAORE	CREDOS	76 18 47 01	mbtsofia@yahoo.fr
44.	D ^r Moussa BATHILY	CRLD	76 06 75 86	bathilymo2000@yahoo.fr
45.	M ^{me} Tieydo BA	CSLS/MSHP	76 43 18 27	loboba6@gmail.com
46.	M ^{me} Madina HAIDARA	CSLS/MSHP	66 78 11 03	madinah60@yahoo.fr
47.	D ^r Fanta NIARE	CNAM	76 45 89 79	niare63@yahoo.fr
48.	M ^{me} Jidata MAIGA	CNIECS	66 79 70 31	jidata.maiga@yahoo.fr
49.	M ^{me} Hawa KONE	CNIECS	76 02 35 37	konehawa3@gmail.com
50.	Pr Youssouf TRAORE	CHU GT - SOMAGO	66 71 01 94	drtraorey@yahoo.fr
51.	Pr Zanafon OUATTARA	CHU – HGT	66 72 35 55	zanafonouattara@yahoo.fr
52.	Pr Aly TEMBELY	CHU – Point G	66 73 74 33	batebely@yahoo.fr
53.	D ^r Tioukani THERA	CHU Point G	66 76 72 52	tioukani@gmail.com
54.	D ^r Ahmadou COULIBALY	CHU Point G - SOMAGO	76 41 20 14	coulimpewo@yahoo.fr
55.	D ^r Aminata KOUMA	CHU Kati	65 99 04 80	koumamit@yahoo.fr
56.	D ^r Madani LY	CHU Luxembourg	78 77 19 90	madanily2013@yahoo.fr
57.	D ^r Alassane TRAORE	Hôpital du Mali	76 19 13 12	alassane200@yahoo.fr
58.	D ^r Idrissa Mama DIARRA	Hôpital du Mali	76 30 28 98	diarraidrissamama@yahoo.fr
59.	D ^r Modibo MARIKO	Hôpital du Mali	76 34 78 28	marikomodibo@hotmail.com
60.	D ^r Soumaïla A. TRAORE	Hôpital du Mali	76 30 64 17	baconlamo@yahoo.fr
61.	D ^r Diarrahs SOUMARE	DRS Kayes	66 72 58 55	drdiarrahs2007@yahoo.fr

N°	Nom et Prénom	Structure	Tél	E-mail
62.	D ^r Kizito DABOU	DRS Kayes	73 19 19 86	daboukizito@gmail.com
63.	D ^r Smaïl DICKO	DRS Kidal	76 23 79 07	drdickosmail29@gmail.com
64.	M. Arafa TOURE	DRS Koulikoro	76 23 61 30	arafatoure57@gmail.com
65.	D ^r Demba DIARRA dit N'Diaye	DRS Koulikoro	66 33 80 70	dembadiarra041@gmail.com
66.	M ^{me} Diénéba DEMBELE	DRS Sikasso	66 78 26 69	dienedembele@yahoo.fr
67.	D ^r Assitan Baya SIDIBE	DRS Sikasso	78 70 55 03	assitanbsidibe@yahoo.fr
68.	D ^r Lassana DIARRA	DRS Ségou	76 24 29 10	diarralassi@yahoo.fr
69.	D ^r Magara DOUMBIA	DRS Ségou	79 28 99 32	doumbiamagara206@yahoo.fr
70.	D ^r Abdoul Salam DIARRA	DRS Mopti	76 47 74 15	abdoulsalamdiarra@gmail.com
71.	M ^{me} Clotilde KOUKPO	DRS Mopti	76 15 69 74	aichaclotildekoupko@gmail.com
72.	D ^r Souleymane SANOGO	DRS Tombouctou	76 45 93 38	ssanogo24@yahoo.fr
73.	M ^{me} Arley Atta MAIGA	DRS Tombouctou	79.49.08.79	maigatta170@gmail.com
74.	M ^{me} Sama NIANGALY	DRS Tombouctou	72.54.01.43	samangaly@yahoo.fr
75.	D ^r N'Tolé TRAORE	DRS Gao	77.94.17.78	ntoletraore@gmail.com
76.	M ^{me} Halimatou TRAORE	DRS Gao	79 12 22 86	halimatoutraore@yahoo.fr
77.	Dr Abouzeïdi A. MAIGA	DRS Ménaka	77 11 57 80	hamsabana@yahoo.fr
78.	D ^r Pierre KAMATE	DRS Bamako	76 39 19 01	pierrekamate99@yahoo.fr
79.	M ^{me} Madiné MANGARA	DRS Bamako	76 45 44 54	mangaramadina018@gmail.com
80.	D ^r Ballan MACALOU	Hôpital de Kayes	78 99 55 05	ballanmacalou@gmail.com
81.	D ^r Alima SIDIBE	Hôpital de Ségou	76 43 51 00	sidibealima8@gmail.com
82.	M. Pierre COULIBALY	Hôpital de Mopti	74 49 53 52	couli pierre@yahoo.fr
83.	D ^r Mamadou KAMPO	Hôpital de Tombouctou	75 06 74 42	mitikampo@gmail.com
84.	D ^r Kalifa TRAORE	Hôpital de Gao	76 32 78 01	kaltra18@gmail.com
85.	D ^r Mala SYLLA	CSRéf – Bougouni	66 69 00 42	hamasylla@yahoo.fr
86.	D ^r Sidiki KOKAÏNA	Personne ressource	66 79 16 07	skokaina@yahoo.fr
87.	D ^r Aminata O TOURE	Personne ressource	65 84 76 37	amintus201@yahoo.fr
88.	M ^{me} Haoua DIALLO	Personne ressource	66 72 79 49	diallonsi@yahoo.fr
89.	M ^{me} Rokia DIAKITE	Personne ressource	66 79 95 24	diakite_rokia@yahoo.fr
90.	M ^{me} Oumou KEITA	Personne ressource	66 79 71 82	keitaoumou05@yahoo.fr
91.	D ^r Oumar SACKO	Ordre des pharmaciens	76 71 61 51	osacko@gmail.com

N°	Nom et Prénom	Structure	Tél	E-mail
92.	M ^{me} Aminata DOUMBIA	Ordre des sages-femmes	69 31 21 47	doumbaminata@gmail.com
93.	M. Alkadri DIARRA	CNOM	66 77 72 85	dralkadri@yahoo.fr
94.	M ^{me} Haoua L. DIARRA	CNOSF	76 11 18 14	hamalamediarra@gmail.com
95.	D ^r Séga KONATE	CNTS	76 39 37 34	konatesega@yahoo.fr
96.	M. Salif DIAWARA	Comité d'éthique	76 50 04 33	salifdiawara@gmail.com
97.	D ^r Dougoufana BAGAYOKO	UNICEF	75 99 74 29	dbagayoko@unicef.org
98.	D ^r Fatoumata CISSE	OMS	79 07 05 15	tessouquef@who.int
99.	M ^{me} Rokia SISSOKO	USAID/HP+	73 06 83 69	rofia.sissoko@thepalladiumgroup.com
100.	D ^r Lala COULIBALY	USAID/HRH2030	66 74 51 69	lcoulibaly@hrh2030program.org
101.	M ^{me} Fary DIOP KONE	USAID/KJK	76 03 55 61	fdiop@projetkjk.org
102.	D ^r Amoussou CHARLES	USAID/SSGI	78 20 34 62	amoussou.gbedon@jhpiego.org
103.	M ^{me} Aissata TANDINA	USAID/SSGI	76 30 42 06	aissata.tandina@jhpiego.org
104.	D ^r Demba TRAORE	IntraHealth	66 57 10 77	dtraore@intrahealth.org
105.	M ^{me} Ramata FOMBA	IntraHealth	66 79 55 68	rkonate@intrahealth.org
106.	D ^r Bogoba DIARRA	PSI – Mali/Expert	76 03 22 56	bogobadiarra@gmail.com
107.	D ^r Marie Léa DAKOUCO	PSI/Mali	76 41 76 75	mldakouo@psimali.org
108.	M. Mamadou TRAORE	AMAPED	66 79 35 72	madoudrissa@yahoo.fr
109.	M ^{me} Assitan COULIBALY	AMPPF	66 76 47 71	assitouhadjacoul@yahoo.fr
110.	D ^r Fatalmoudou TOURE	ASDAP	66 73 17 81	fatalmoudou.toure@asdapmali.org
111.	M ^{me} Mariam TOURE	DSSA	75 21 33 69	kmariam@yahoo.fr
112.	D ^r Ba Djibril SALL	Groupe Pivot/Santé Population	65 99 56 56	badjibril@gmail.com
113.	M ^{me} Assétou DOUMBIA	MS Mali	76 30 87 18	assetou@msimali.org
114.	D ^r Marie Hortense NKOKOLO	MSFF	78 45 97 13	msff-bamako-comek@paris.msff.org
115.	D ^r Dramane SAMAKE	MSI	66 93 32 21	dramanesamake93@yahoo.fr
116.	D ^r Abdoulaye H. TRAORE	MSM	77 18 07 84	ahtraore@msimali.org
117.	D ^r Ousmane DIABATE	Projet jeunes	66 89 90 01	droidiabate@yahoo.fr
118.	M. Melama SOUMAHORO	Measure Evaluation	76 18 47 99	melama.soumahoro@icf.com

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

-  Enquête démographique et de santé du Mali (EDSM-V), 2012 - 2013.
-  Surveillance des décès maternels et périnatals et riposte (SDMPR) Directives opérationnelles, Ministère de la Santé et de l'hygiène publique, *Février 2018*.
-  Politiques et Normes des services de santé de la reproduction, Ministère de la Santé/Direction nationale de la santé, *juin 2013*.
-  Procédures des services de santé de la reproduction, Ministère de la Santé /Direction nationale de la santé, *juin 2013*.
-  Stratégie Nationale d'amélioration de la qualité des soins et service de santé au Mali, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2017.