

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE DU MALI

ANNEE: 1997

N°...15

**ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE
DU CSCOM DE L'ASACOBABA**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/...../1997

Devant

La Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali

Par

Blihissa BALDE (épouse DEMBELE)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

Jury:

PRESIDENT:

Professeur Abdou Alassane TOURE

MEMBRES:

Docteur Hubert BALIQUE

Docteur Boubacar Sidiki TANGARA

DIRECTEUR DE THESE:

Professeur Sidi Yaya SIMAGA

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 1996 - 1997

ADMINISTRATION

DOYEN: **ISSA TRAORE** - PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR: **BOUBACAR S. CISSE** - PROFESSEUR

2^{ème} ASSESSEUR: **AMADOU DOLO** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGÉ

SECRETAIRE GENERAL: **BAKARY CISSE** - MAITRE DE CONFERENCES

ECONOME: **MAMADOU DIANE** CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA

Mr Bocar SALL

Mr Souléyman SANGARE

Mr Yaya FOFANA

Mr Mamadou L. TRAORE

Mr Balla COULIBALY

Ophtalmologie

Ortho-Traumato.Sécourisme

Pneumo-phtisiologie

Hématologie

Chirurgie Générale

Pédiatrie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE

Mr Sambou SOUMARE

Mr Abdou Alassane TOURE

Mr Kalilou OUATTARA

Chef D E R de Chirurgie

Chirurgie Générale

Ortho-Traumatologie

Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou DOLO

Mr Djibril SANGARE

Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP

Mr Alhousseïni Ag MOHAMED

Gynéco-Obstétrique

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

O. R. L.

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW

Mr Salif Diakité

Gynéco-Obstétrique

Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA

Mr Abdoulaye DIALLO

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE

Mr Abdoulaye DIALLO

Mr Gangaly DIALLO

Stomatologie

Ophtalmologie

Gynéco-Obstétrique

Anesth. - Réanimation

Chirurgie Générale

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

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

5. ASSISTANTS

Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

Ortho. Traumatologie
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1- PROFESSEURS

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

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

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ogobara DOUMBO
Mr Anatole TOUNKARA

Parasitologie
Immunologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

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

Chimie Organique
Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie
Physiologie

4. MAITRES ASSISTANTS

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

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

D.E.R.DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALLY
Mr Aly GUINDO
Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAIGA
Mr Ali Nouhoum DIALLO
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Mamamdou M. KEITA

Med.Int. Chef D E R MEDECINE
Gastro-Enterologie
Cardiologie
Néphrologie
Médecine Inteme
Psychiatne
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SI DI BE
Mr Bah KEITA
Mr Boubacar DIALLO
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Somita KEITA
Mr Hamar A. TRAORE

Pédiatrie
Pneumo-Phtysiologie
Cardiologie
Hématologie
Dermato-Leprologie
Medecine Inteme

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Moussa Y.MAIGA
Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mr Mamady KANE
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY

Med . I nterne
Gastroenterologie
Psychiatne
Gastroenterologie
Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie

4. ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE
Mr Adama D.KEITA
Mme Tatiana KEITA

Médecine Interne
Radiologie
Pédiatrie

D E R de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE

Toxicologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA
Mr Ousmane DOUMBIA

Matière Médicale
Pharm.Chim. (Chef de D.E.R.)

PERSONNEL D' ENCADREMENT (STAGES & TP)

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

ENSEIGNANTS EN MISSION

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

DEDICACES

Je dédie ce travail à tous les orphelins de cette terre.

A mon père in memoriam: Mamadou Bobo BALDE

Toi qui m'as conduit les premiers pas à l'école;

ce travail est aussi le tien.

Que ton âme repose en paix. Reconnaissance éternelle.

A ma mère in memoriam Diariou BALDE

ta vie durant, tu t'es sacrifiée pour nous.

Toi qui n'as ménagé aucun effort pour ma réussite à l'école.

Pour un destin cruel, tous nous quitté, je te suis reconnaissante et le resterai toute ma vie entière.

Repose en paix, profond regret.

A mon oncle Mamadou Yaya BALDE

En reconnaissance du grand sacrifice que vous avez consenti pour nous. Ce travail est aussi le tien.

A mon mari:

Tu t'es dévoué en véritable mari exemplaire, ta patience, tes encouragements, les sacrifices consentis.

ce travail est le témoignage de ton amour.

A mes enfants: Salif et Diariou

Mes obligations scolaires m'ont souvent empêché de vous exprimer mes affections. ce travail vous servira d'exemple. Avec mon éternel amour.

A mes frères et soeurs:

Restons unis et reconnaissants envers nos parents.

ce travail est aussi le votre.

Amour fraternel.

A mes oncles et tantes:

Ma profonde gratitude pour vos soutiens.

Mes cousins et cousines

Je ne cesserai de vous remercier.

A ma belle famille

Aux uns et aux autres, sincères remerciements.

Au Médecin Directeur du centre de santé de l'ASACOBABA et à tout le personnel du centre.

Pour votre collaboration franche, sincères remerciements.

Mes amies

Mme Diarra Fanta Josephine

Mlle Josepha Moya Traoré

Mlle Niakalé Aminata Dravé

Soeur Cathérine Arama

Salimata Traoré : Burkina Faso

Oumou Diam N'Diaye

Aminata Goïta

En souvenir des bons moments passés ensemble

Aux Membres du Jury

A notre Maître et Président du jury

Professeur Abdou Alassane TOURE

Professeur d'orthopédie traumatologie , chef du service de traumatologie de l'hôpital

Gabriel Touré.

Directeur du centre de spécialisation des techniciens de santé.

Nous avons été comblés par la confiance que vous avez placée en nous en acceptant de présider le jury de cette thèse malgré vos multiples occupations.

Le sens profond du devoir d'un enseignant envers les étudiants ne vous a jamais fait défaut.

Nous vous prions de recevoir ici l'expression de notre profonde gratitude

A notre Maître et juge

Docteur Hubert BALIQUE

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

Vous avez voulu siéger dans notre jury malgré vos multiples occupations.

Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et juge

Docteur Boubacar Sidiki TANGARA

Médecin directeur du centre de santé communautaire de Banankabougou et faladiè.

Vous nous avez offert votre centre comme lieu de stage, votre gentillesse et votre courtoisie inspirent admiration et respect.

recevez ici notre sincère gratitude et notre amitié indéfectible.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Sidi Yaya SIMAGA

Chef du DER de santé publique de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Directeur de l'école secondaire de la santé

Vous nous faites un grand honneur en nous confiant ce travail.

Nous sommes fiers et heureux d'être parmi vos élèves.

Vous nous avez guidé au cours de l'élaboration de cette thèse, avec bienveillance et disponibilité entière.

Vos hautes qualités humaines, votre respect d'autrui et votre confiance font de vous un maître exemplaire, admirable et respectable.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer ainsi qu'à votre famille, nos sincères remerciements.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Sidi Yaya SIMAGA

Professeur de Santé Publique

Chef du DER de santé publique de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Directeur de l'école secondaire de la santé

Vous nous faites un grand honneur en nous confiant ce travail.

Nous sommes fiers et heureux d'être parmi vos élèves.

Vous nous avez guidé au cours de l'élaboration de cette thèse, avec bienveillance et disponibilité entière.

Vos hautes qualités humaines, votre respect d'autrui et votre confiance font de vous un maître exemplaire, admirable et respectable.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer ainsi qu'à votre famille, nos sincères remerciements.

ABREVIATIONS

ASACO: Association de santé communautaire

ASACOBABA: Association de santé communautaire de Bankoni

ASACOBABA: Association de santé communautaire de Banankabougou et Faladié

BAAR: Bacille acido-alcoolique-résistant

BK: Bacille de Koch

BW: Bordet Wasserman

CES: certificat d'études spécialisés

CHU: centre hospitalier universitaire

CSA: Centre de santé d'arrondissement

CSCOM: Centre de santé communautaire

DCI: Dénomination commune internationale

DTCP: Diphtérie Tetanos Coqueluche Polio.

ECBU: Examen cyto bactériologique des urines

EHEP: Ecole de hautes études pratiques

IEC: Information Education Communication

ENMP: Ecole nationale de médecine et de pharmacie

GE F: goutte épaisse frottis

HTA: Hypertension artérielle

MPE: Malnutrition protéino-énergétique

MUTEC: Mutuelle des travailleurs pour l'éducation et la culture

OMS: organisation mondiale de la santé

PMA: Paquet minimum d'activité

PPM: Pharmacie populaire du Mali

P. Falc: Plasmodium falciparum

POK: Parasites oeufs kystes

RAA: Rhumatisme articulaire aigu

SIDA: Syndrome d'immuno déficience acquis

SNIP: Biopsie exsanguine

TS: Technicien de santé

UCG: : Test de grossesse

VAT: Vaccination antitétanique

SOMMAIRE

	Pages
I- INTRODUCTION ET OBJECTIFS	
1- Introduction	1
2- Objectifs	2
II- CADRE D'ETUDE ET METHODOLOGIE	
A- Cadre d'étude	10
1- Caractéristiques de la Commune VI	10
2- Lieu d'étude	13
a) Description du centre	15
b) Personnel	17
c) Activités	19
B- Methodologie	21
III- RESULTATS	
1- Etude descriptive de l'échantillon	22
2- Tableau de morbidité générale	29
3- Analyse des activités de 1995	35
4- Analyse des ordonnances	40
5- Analyse de la perception des patients	42
IV- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	
1- Conclusion	47
2- Recommandations	50
V- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	51
ANNEXES	
RESUME	

CHAPITRE I

INTRODUCTION ET OBJECTIFS

1- INTRODUCTION

L'extension géographique de Bamako dans les dix dernières années a été surtout marquée au niveau de la rive droite, le côté opposé étant limité par les collines.

Cette extension a favorisé l'apparition de quartiers spontanés occupés par des habitants à grande partie à revenu très faible vivant alors dans des conditions très précaires en général et sanitaires en particulier.

Ces populations, jusqu'en 1980, n'avaient comme structures de prestations de soins que le dispensaire PMI (Protection Maternelle et Infantile) de Badalabougou. Cette insuffisance était aggravée par les difficultés d'accès aux infrastructures du centre ville en particulier l'hôpital Gabriel Touré à cause d'un seul pont où la circulation n'est pas du tout fluide surtout aux heures de pointe.

Pour trouver une solution à cette situation parfois dramatique (décès de malade avant d'arriver à l'hôpital, accouchement dans les taxis) l'Etat, dans la mise en oeuvre de la politique sectorielle de santé, en plus du secteur d'état et privé, a ajouté le secteur de santé communautaire rapprochant les structures de prestations des populations impliquant l'engagement des communautés pour la gestion de leurs besoins de santé.

C'est ainsi que la première expérience de ce genre a été la création de l'ASACOBABA dont les CSCOM a connu un succès auprès des populations entraînant une multiplication très rapide de telles structures. Ainsi les populations de Banankabougou et Faladié se sont regroupées et ont mis en place avec la collaboration d'un jeune médecin généraliste, un centre de santé communautaire dénommé CSCOM de l'ASACOBABA, cadre géographique du présent travail.

2- OBJECTIFS

Notre étude vise les objectifs suivants:

- Etudier les activités menées au centre conformément à la politique sectorielle impliquant un PMA (paquet minimum d'activités) à chaque niveau de structure de prestations de soins.
- Faire une analyse critique de la prescription médicamenteuse.
- Analyser la perception des patients sur le fonctionnement du centre.
- Proposer des recommandations en vue de l'amélioration de la qualité des prestations du centre entraînant alors une augmentation de la fréquentation.

LA POLITIQUE DE SANTE AU MALI: (44)

1- La situation sanitaire:

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

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

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

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

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

- une brièveté de l'espérance de vie : 50 ans pour les hommes et 55 ans pour les femmes ,
- une forte mortalité infanto-juvénile : on estime qu'environ 186 enfants pour mille naissances vivantes meurent avant l'âge de 5 ans et 102 avant l'âge d'un an.

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

- Une forte mortalité maternelle: estimée à environ 700 pour 100.000 naissances vivantes, elle est essentiellement causée par 5 affections : dystocies, hémorragies du post-partum, infections puerpérales, tétanos, néphropathies gravidiques.
- La forte endémicité de maladies transmises par l'eau, telles que la schistosomiase ou le ver de guinée.
- L'extension de maladies transmissibles dont la diffusion est accentuée par la survenue du SIDA (tuberculose, lèpre), ou qui se manifestent de temps à autre sous forme d'épidémies mortelles (cholera, méningite, fièvre jaune).
- La présence d'affections cosmopolites qui sont à l'origine d'une demande croissante de soins (affections cardio-vasculaires, diabète, hypertension artérielle, hernies, affections bucco-dentaires...).

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

* Cette situation sanitaire reste aggravée par d'énormes problèmes qui sont :

- les difficultés d'accessibilité à la fois géographique et financière des populations aux services de santé: seulement 33% de la population se trouvaient à moins de 15 Km d'un CSA ou d'un CSCOM en 1993,
- une insuffisance et une mauvaise répartition du personnel socio-sanitaire à travers l'ensemble du territoire.

La couverture sanitaire du personnel socio-sanitaire au Mali en 1994 était de:

- un médecin pour 4.469 habitants à Bamako, et un pour 58.156 habitants dans les régions,
- un infirmier pour 1.342 habitants à Bamako, et un pour 8.367 habitants dans les régions,

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

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

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

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

2- Le système national de santé:

La structure sanitaire du Mali peut être schématisée comme une pyramide dont la base (niveau périphérique) est représentée par les formations sanitaires de premier niveau qui comprennent les dispensaires publics, les centres de santé d'arrondissement, les centres de santé communautaire, les cabinets médicaux privés ;

le sommet (niveau central) regroupe les formations sanitaires de troisième référence que sont les 3 hôpitaux nationaux.

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

L'infrastructure sanitaire ainsi constituée comprend:

* Des formations sanitaires de premier niveau :

- 281 centres de santé d'arrondissement composé chacun d'un dispensaire, d'une Maternité-PMI. Le personnel est composé d'un infirmier, d'une aide soignante et d'une matrone rurale.

- 84 centres de santé communautaire composés chacun d'un dispensaire et d'une Maternité-PMI

- 39 cabinets médicaux privés, 36 cabinets de soins médicaux privés.

* Des formations sanitaires de première référence:

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

Le personnel comprend : deux médecins, 4 à 6 infirmiers d'Etat, 1 à 3 sage-femmes, des infirmières obstétriciennes, 6 infirmiers de santé, 2 techniciens sanitaires, 3 agents d'assainissement.

Un des 2 médecins doit assurer la formation continue du personnel et faire la supervision des centres de santé de villages et d'arrondissements .

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

- les cliniques privées au nombre de 15.

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

* Des formations sanitaires de troisième référence : Ce sont les 3 hôpitaux nationaux. Actuellement au Mali, on peut dire qu'il existe trois types de formation sanitaire : privé, public et communautaire.

3-Les grands choix politiques:

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

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

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

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

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

C'est pourquoi le deuxième séminaire tenu en 1979 a eu comme recommandation essentielle l'option pour la stratégie des Soins de santé Primaires (SSP) définie par l'OMS à la conférence d'Alma Ata en 1978 dont l'objectif principal était de faire participer les populations à

l'amélioration de leur état de santé par l'extension des structures sanitaires aux communautés locales et par une distribution large des médicaments accessibles aux plus démunis.

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

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

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

Cette politique sectorielle s'est fixée les objectifs suivants:

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

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

4- Modalités de mise en oeuvre:

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

- une décentralisation effective avec rédéfinition des rôles de chaque niveau,
- la participation de la communauté dans la gestion du système de santé par la création de centres de santé communautaire,
- la disponibilité de médicaments essentiels en Dénomination Commune Internationale,
- la mobilisation des ressources nécessaires aux financements du système de santé y compris auprès de la population et en rationalisant son utilisation.
- le projet santé, population et hydraulique rurale est un exemple concret pour ces stratégies.

CHAPITRE II

CADRE D'ETUDE ET METHODOLOGIE

A-CADRE D'ETUDE

1- CARACTERISTIQUES DE LA COMMUNE VI:

Présentation générale:

La commune VI est la plus vaste des 6 communes de Bamako avec une superficie de 80 km² soit, environ le tiers de la superficie de la capitale.

Elle est limitée :

- à l'Est, par la portion du district comprise entre son extrémité Sud-Est et le lit du fleuve,
- au Nord, par la portion du lit du fleuve comprise entre la limite Est du district et la limite de la cinquième commune englobant l'île numéro 20.
- à l'Ouest, par la limite Est de la commune V.
- au Sud, par la portion de la limite du district comprise entre les limites Est et Ouest de cette cinquième commune.

Elle est composée de dix quartiers relativement distants les uns des autres et du centre ville. Il s'agit de : Sogoniko, Faladié, Magnambougou, Niamakoro, Banankabougou, Sokorodji, Djanéguéla, Sénou, Yirimadjo, Missabougou.

Le relief est monotone car peu accidenté principalement dans ses parties Nord-Est du côté de Magnambougou, et Nord-Ouest vers Sénou.

Elle est arrosée dans sa partie Est, c'est à dire du côté de Magnambougou par le fleuve Niger et bénéficie de la présence de deux autres rivières dont l'une est intarissable à l'entrée de Sogoniko et l'autre divise Sokorodji en deux parties.

Seuls Sogoniko, Magnambougou, Faladiè, Banankabougou sont lotis. Les autres communes restent encore des quartiers spontanés avec tous les problèmes socio-sanitaires que cela suppose.

Les principales voies de communication sont les routes nationales Bamako-Ségou et Bamako-Sikasso. Les différents quartiers sont reliés par des routes non bitumées difficilement praticables en saison des pluies.

L'éclairage public se limite aux quartiers de Sogoniko, Faladiè et Banankabougou. Grâce au projet d'aménagement urbain, il a gagné une partie de Magnambougou.

La population de la commune VI a été évaluée à 94.996 habitants en 1993, et à 98.975 habitants en 1995.

La proportion des enfants de moins de 15 ans est estimée à 45,5% et celle des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) à 26,2% .

On peut prévoir un total de 3.500 naissances par an, partant d'un taux de natalité de 43‰ généralement admis au Mali.

La population est cosmopolite et regroupe les différentes ethnies du pays.

Tableau 1: répartition de la population de la commune VI par quartier 1991

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

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

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

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

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

2- LIEU D'ETUDE

Cette étude s'est déroulée au niveau du CSCOM de l'ASACOBABA situé en commune VI du District de Bamako. Le centre se trouve précisément implanté à Banankabougou.

Banankabougou et Faladié sont deux quartiers contigus situés à l'Est de Bamako sur la rive droite du fleuve Niger. En 1996 dans le rapport du dernier recensement on a estimé leurs populations à 29.737 habitants.

L'histoire permet d'évoquer que Banankabougou était un hameau de culture des habitants de Banan (village situé derrière Sénou).

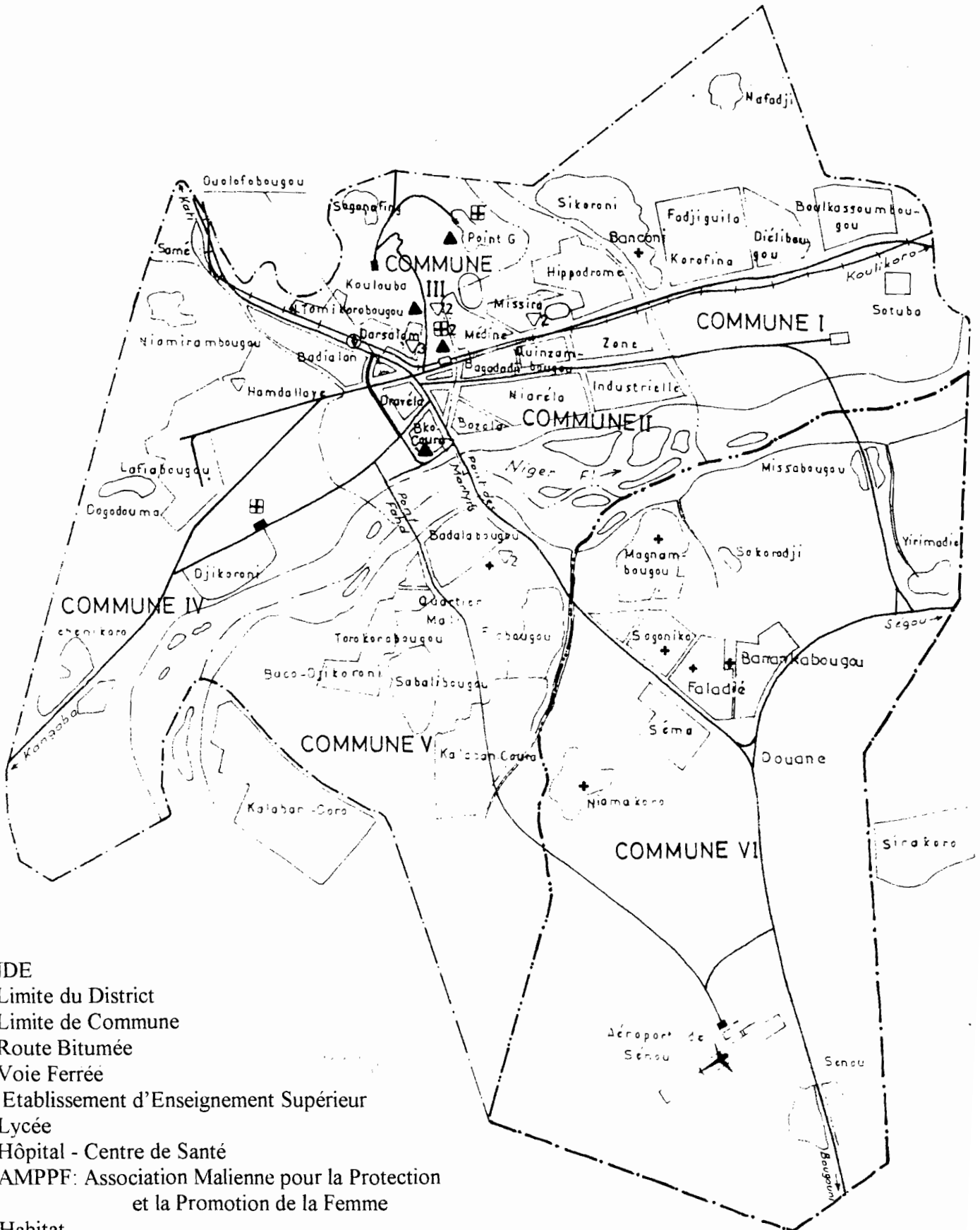
Les premiers occupants connus furent les Traoré, ils seraient venus en 1899.

Quant à Faladié, les premiers occupants connus seraient venus en 1854, c'étaient des Touré.

Ce quartiers doit son nom aux caractéristiques de son site géographique: il s'agit d'une plaine « Fala » de nature argileuse blanchâtre « bogodié ».

DISTRICT DE BAMAKO

ECHELLE 1:100 000



LEGENDE

- Limite du District
- - - Limite de Commune
- Route Bitumée
- ++ Voie Ferrée
- ▲ Etablissement d'Enseignement Supérieur
- ▼ Lycée
- ⊕ Hôpital - Centre de Santé
- ⚡ AMPPF: Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Femme
- Habitat

a- Description du Centre

Le centre est constitué de 4 blocs dont:

- 1 bloc des consultations externes
- 1 bloc maternité
- 1 bloc pharmacie
- 1 bloc soins laboratoire

Pour le bloc des consultations externes il comprend:

- le bureau du Médecin Directeur avec une toilette incorporée
- une salle d'attente
- une salle d'observation avec 6 lits
- une toilette pour le personnel, une autre pour les malades.

Le bloc Maternité comporte:

- une salle pour les consultations (Prénatale, Post-natale, Planning familial, Surveillance des enfants sains)
- une salle de garde
- une salle de travail
- une salle d'accouchement avec lavabo et deux tables d'accouchements
- une salle de repos pour les accouchées avec quatre (4) berceaux.

Pour le bloc Pharmacie on note:

- une salle qui sert de point de vente des médicaments avec des étagères où sont classés les différents produits

b- Le Personnel

Le Personnel comprend:

1- Personnel médical: avec

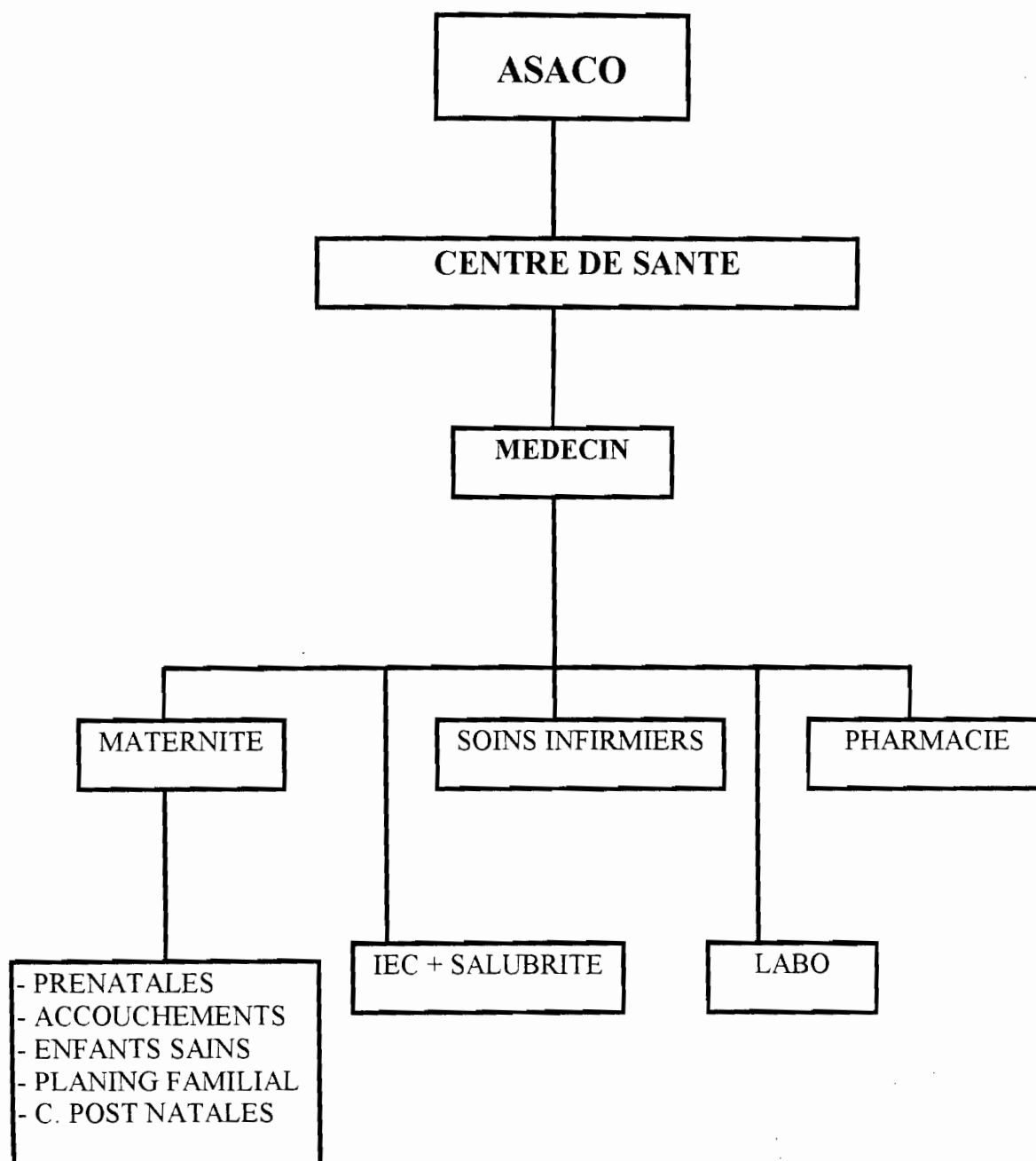
- un médecin généraliste diplômé de l'ENMP qui est le médecin directeur;
- trois techniciens de santé dont:
 - * une sage femme
 - * un infirmier d'Etat
 - * un technicien de laboratoire pharmacie;
- Deux agents techniques de santé :
 - (des infirmières obstétriciennes)
- une aide soignante.

2- Quant au personnel administratif il comprend:

- un gestionnaire de médicaments diplômé de l'EHEP (option comptabilité gestion).

3- Le personnel de soutien: comprend:

- deux gardiens
- un manoeuvre.

ORGANIGRAMME DES CSCOM

c- Activités: Dans le Centre se déroulent les activités suivantes:

Les consultations externes sont effectuées par le médecin directeur et l'infirmier major au tarif de 300FCFA pour les adhérents et 600 FCFA pour les non adhérents. La carte d'adhésion coûte 1000 FCFA pour une durée d'un an.

Au niveau de la maternité sont assurées:

Les consultations prénatales, le carnet de santé de la mère coûte 500 FCFA, valable uniquement pour une seule grossesse.

Pour l'accouchement, les frais s'élèvent à 1500 FCFA pour les non adhérents, 1250 FCFA pour les adhérents, 2000 FCFA pour les accouchements à domicile.

Pour la carte de vaccination de la mère, le tarif est de 100 FCFA . Le ticket pour la planification familiale coûte 300 FCFA. Pour la surveillance des enfants sains, le carnet de santé de l'enfant coûte 500 FCFA et la carte de vaccination 100 FCFA.

Les consultations post natales coûtent 500 FCFA.

Les recherches biomédicales consistent en:

1- Examens standards:

- selles POK
- test d'Emmel
- BW
- ECBU
- GE-Frottis
- Test UCG
- Glycémie
- Groupage -rhésus
- Taux d'hémoglobine
- Albumine sucre dans les urines.

2- Examens plus élaborés

- SNIP
- Prélèvement Vaginal
- Recherche de BAAR (BK)

Ces examens sont effectués par un technicien de laboratoire pharmacie diplômé de l'école secondaire de la santé . Les tarifs de ces examens sont portés en annexes n°1.

B-METHODOLOGIE

Pour recueillir les information, nous avons élaboré deux questionnaires portés en annexe n°1

Pour cela nous avons considéré deux volets:

- un volet réservé aux patients
- un autre aux activités du centre.

Le recueil a été fait durant une période de cinq (5) mois (d'Août 1995 à Décembre 1995).

CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Pour être inclu dans notre enquête, tout patient devrait être inscrit sur une fiche comportant les éléments suivants:

Nom:

Prénom:

Age:

Sexe

Lieu de résidence

Niveau d'alphabétisation

Ethnie

Statut matrimonial

Tout patient ne comportant pas ces différents paramètres était exclu

L'effectif total de l'échantillon a été de 762 patients.

Les données ont été traitées sur micro ordinateur avec le logiciel « Epi-Info ».

CHAPITRE III

RESULTATS

L'analyse des résultats comporte:

Une étude descriptive qui traitera la répartition de l'échantillon en fonction de l'ethnie, de l'âge et du sexe, du statut matrimonial et du sexe, du niveau d'alphabétisation et de l'ethnie, du sexe et du niveau d'alphabétisation.

La deuxième analyse porte sur les tableaux de morbidité générale des principales affections rencontrées.

La troisième analyse a trait à la prescription médicamenteuse.

1- ETUDE DESCRIPTIVE DE L'ECHANTILLON:

Notre étude a porté sur 762 patients venus en consultation externe au niveau du CSCOM de l'ASACOBABA.

Cette étude a pris en compte les paramètres suivants:

- 1- l'ethnie
- 2- l'âge et le sexe
- 3- le statut matrimonial et le sexe
- 4- le niveau d'alphabétisation et l'ethnie
- 5- le niveau d'alphabétisation et le sexe.

Tableau 2: Répartition de l'échantillon selon l'ethnie:

Ethnie	Effectif	%
Bambana	286	37,53
Peulh	129	16,92
Sonraï	56	7,34
Sarakolé	100	13,12
Dogon	36	4,72
Minianka/Senoufo	38	4,98
Malinké	73	9,58
Autres	44	5,77
Total	762	100

Par ordre de fréquence décroissante, on a successivement:

les bambanas 37,53%,

les peulhs 16,92%,

les sarakolés 13,12%,

les malinkés 9,58%,

les sonrhais 7,34%,

les maninakas/sénoufos 4,98%,

les dogons 4,72%,

les autres étant constitués de maures, touaregs, soussos et bobos ils représentent 5,77%.

Il faut noter les difficultés de classification par ethnie car elle change d'une zone à l'autre et varie aussi en fonction du métier exercé.

Tableau 3: Répartition de l'échantillon selon l'âge et le sexe:

Sexe	Masculin		Féminin		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Tranche d'âge						
0-9 ans	146	19,16	114	14,96	260	34,12
10-19 ans	84	11,02	94	12,33	178	23,35
20-29 ans	60	7,87	85	11,15	145	19,02
30-39 ans	29	3,80	59	7,74	88	11,54
40-49 ans	23	3,01	26	3,41	49	6,43
50-59 ans	6	0,78	13	1,70	19	2,49
60 ans et plus	10	1,31	13	1,70	23	3,01
Total	358	46,99	404	53,01	762	100

$$\chi^2=518,67$$

Nous constatons ici que le sexe féminin constitue la majorité des patients venus en consultation soit 53,01% du total avec une fréquence élevée chez les enfants de 0-9 ans.

Ce nombre élevé s'explique par le fait que dans la population globale du Mali, il y a plus de femmes que d'hommes. Il semble aussi que les hommes fréquentent moins les centres de santé communautaire.

Tableau 4: Répartition de l'échantillon en fonction du sexe et du statut matrimonial

Sexe	Masculin		Féminin		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Marié	83	10,89	177	23,22	260	34,11
Célibataire	275	36,08	224	29,39	499	65,41
Divorcé	0	0	3	0,39	3	0,36
Total	358	47	404	53	762	100

Il ressort du tableau que la fréquence des femmes mariées est plus élevée que celle des hommes, 23,22% contre 10,92%. Cela s'explique par le fait qu'à âge égal la fille se marie plus vite que le garçon. Il n'y a pas d'homme divorcés alors qu'on a observé 3 femmes divorcées soit 0,39% liées probablement à un fait du hasard mais aussi à l'existence de la polygamie dans notre société.

Tableau 5: Répartition de l'ethnie en fonction du niveau d'alphabétisation

Niveau alphabétisation	Aucun		Langue Nat.		Primaire		Secondaire		Supérieur		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Bambara	168	22,04	2	0,26	101	13,25	14	1,83	1	0,13	286	37,53
Peulh	76	9,97	0	0	40	5,24	10	1,31	3	0,39	129	16,92
Sarakolé	63	8,26	0	0	32	4,19	5	0,65	0	0	100	13,12
Malinké	32	4,19	0	0	36	4,72	4	0,52	0	0,10	73	9,58
Sonraï	39	5,11	0	0	10	1,31	6	0,78	1	0,13	56	7,34
Minianka/ Senoufo	12	1,57	1	0,13	20	2,62	3	0,39	2	0,26	38	4,98
Dogon	22	2,88	0	0	12	1,57	2	0,26	0	0	36	4,72
Autres	20	2,62	1	0,13	13	1,70	10	1,31	0	0	44	5,77
Total	432	56,69	4	0,52	264	34,64	54	7,08	7	0,91	762	100

Dans ce tableau, il ressort que 56,69% du total n'ont aucun niveau d'alphabétisation.

0,52% du total sont alphabétisés en langue nationale

34,64% ont comme niveau d'alphabétisation le primaire

7,08% du total ont comme niveau d'alphabétisation le secondaire.

0,91% du total ont comme niveau d'alphabétisation le supérieur.

Nous constatons que pour tous les niveaux d'alphabétisation:

les bambanas ont 15,47%

les peulhs ont 6,95%

les malinkés 5,37%

les sarakolés 4,84%

les sonraï 2,22%

les minianka/senoufo 3,27%

les dogons 1,83%

Nous remarquons que le pourcentage du niveau d'alphabétisation est plus élevé chez les bambanas. Ceci s'explique par le fait qu'ils sont dominants dans l'échantillon.

La mauvaise répartition des écoles rendant leur accès très difficile pour les enfants et le chômage des populations expliquent ces taux faibles du niveau d'alphabétisation.

Actuellement avec la nouvelle dynamique partenariale de l'école malienne, nous constatons une croissance des fréquentations scolaires.

Tableau 6: Répartition du niveau d'alphabétisation selon le sexe:

Niveau Alphabétisation	Sexe				Total Eff. %	
	Masculin		Féminin			
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Aucun	186	51,95	246	60,89	432	56,69
Langue Nationale	2	0,55	2	0,55	4	0,52
Primaire	135	37,70	120	29,70	265	33,45
Secondaire	31	8,65	23	5,69	54	7,07
Supérieur	4	1,11	3	0,74	7	0,91
Total	358	46,99	404	53,01	762	100

Dans ce tableau il ressort que 60,89% de sexe féminin n'ont aucun niveau d'alphabétisation contre 51,95% de sexe masculin. cela s'explique certainement par le fait qu'il y a des enfants qui n'ont pas l'âge d'aller à l'école mais aussi dans la population globale du Mali, le sexe ratio est en faveur du sexe féminin. Nous remarquons que les deux sexes ont le même taux d'alphabétisation en langue nationale.

Pour le primaire il y a 37,70% de sexe masculin contre 29,70% du sexe féminin.

Pour le secondaire, on a 8,65% de sexe masculin contre 5,69% de sexe féminin.

Pour le supérieur, on note 1,11% de sexe masculin contre 0,74% de sexe féminin.

Pour tous les niveaux d'alphabétisation, nous constatons que le pourcentage du sexe masculin est plus élevé que celui du sexe féminin.

Les filles présentent un taux élevé de redoublement dû aux travaux ménagers et d'abandons pour le mariage précoce dont l'âge limite est de 15 ans dans notre société. Néanmoins d'autres arrivent à poursuivre les études ce qui explique les 0,74%, ceci est dû au fait que certains parents connaissent l'importance de la scolarisation des filles et celles-ci aussi, dans l'idée de se comparer aux hommes préfèrent suivre les études que de se marier.

2- MORBIDITE GENERALE

Tableau 7:

Nature des affections	Nombre de cas	Pourcentage
Paludisme	82	41
Diarrhée	20	10
Pneumonie	12	6
Bilharziose	11	5,5
Rougeole	9	4,5
Candidose vaginale	8	4
Varicelle	7	3,5
Urticaire	6	3
HTA	6	3
Gonococcie	4	2
Autres=13	35	17,5
Total	200	100

Par ordre de fréquence décroissante on a successivement:

le paludisme 41%

la diarrhée 10%

La pneumonie 6%

la bilharziose 5,5%

la rougeole 4,5%

la candidose vaginale 4%

Varicelle 3,5%

l'urticaire 3,%

l'HTA 3%

Gonococcie 2% .

Les autres affections sont représentées par la conjonctivite, la malnutrition, la brûlure superficielle, la dysménorrhée, le RAA, le panaris, la gâle, l'otite, la dysentérie amibienne, l'oxyurose, l'insuffisance cardiaque.

- Du tableau n°7, nous constatons que le paludisme est le plus fréquent de toutes les affections rencontrées dans notre échantillon. Il représente 41% du total. Ceci est dû au fait que le paludisme est une maladie endémique avec des pics épidémiques pendant la saison pluvieuse car il y a la prolifération des anophèles due à la présence des eaux stagnantes.

D'après L. J. André, P. Aubry et P. Barabé (1) le paludisme c'est la première maladie mondiale par le nombre de sujets atteints: un milliard de personnes vivent en zone d'endémie. C'est aussi la plus grande cause de mortalité infantile dans les pays tropicaux.

Il semble aussi qu'il y a une résistance du plasmodium falciparum aux substances utilisées dans notre pays.

En Indochine, Nguyễn T.A. (27) a mis en évidence la résistance du plasmodium falciparum non seulement à la chloroquine mais encore au fansidar.

La confirmation fut apportée par Jacques C. au Congo Brazzaville (10).

- L'augmentation du nombre de cas de diarrhées pourrait être due au débordement permanent des canalisations et à la stagnation des eaux de pluie dans la plupart des quartiers [4]. Dans notre étude, nous avons constaté que le groupe vulnérable est celui des enfants de 6-24 mois. Les enfants souffrant de diarrhée appartiennent toujours à des milieux pauvres vivant sans aucune hygiène.

Au Burkina Faso (15), les diarrhées représentent la première cause d'hospitalisation dans les hôpitaux. Un enfant fait en moyenne 5 épisodes de diarrhées par an et les enfants de moins de 5 ans sont les plus atteints, en particulier au moment du sevrage. Les diarrhées du nourrisson sont parmi les premières causes de morbidité et de mortalité: elles augmentent pendant la période de sécheresse pour atteindre leur pic au mois de Mai.

Les études épidémiologiques confirment que ce sont les enfants dont l'âge est compris entre 6-24 mois qui sont le plus particulièrement touchés par la diarrhée [36] et la malnutrition qui s'en suit.

- Les infections respiratoires aiguës et particulièrement les pneumonies sont responsables d'une morbidité et d'une mortalité importantes chez les enfants dans les pays du Tiers-Monde. On a montré par exemple que le taux de mortalité des enfants de 0-5 ans dans ces pays pouvait être 35 fois supérieures à celui qui existe dans les pays développés [30].

Les pneumonies représentent la majeure partie des affections pulmonaires, elles sont plus fréquentes chez les enfants et sont le plus souvent associées à un syndrome palustre.

Il est difficile d'envisager une réflexion sur le pneumocoque en pédiatrie sans considérer les pneumonies [21]. Les pneumonies à pneumocoque gardent une grande part du mystère sans doute en raison de la difficulté d'un diagnostic précis.

- La bilharziose représente 5,5%, elle est due à la présence des marigots et des mares où vivent les mollusques. Elle est fréquemment rencontrée chez les enfants qui jouent dans ces eaux souillées. Là, la pénétration se fait par voie transcutanée. Aussi, la cohabitation homme-bétail joue beaucoup dans la transmission de la bilharziose.

Golvan Y. J. [19] dit que le problème de la prophylaxie est compliqué par l'existence de nombreux mammifères sauvages et domestiques qui servent de réservoirs de virus.

P. Jacquemin, J. L. Jacquemin [12] trouvent que les schistosomias (terme préconisé par l'OMS) affectent actuellement dans les climats chauds et humides plus de 300 millions

d'hommes, donnant aux bilharzioses la deuxième place des fléaux mondiaux, juste après le paludisme.

- La rougeole, la plus répandue des fièvres éruptives, est une maladie infectieuse aigue due à un virus spécifique unique, très contagieuse, endémo-épidémique, solidement immunisante[32]. Sa gravité est liée au terrain et au niveau de vie; la rougeole reste encore une maladie meurtrière et redoutée dans les populations pauvres. Malgré la vaccination, elle se voit chaque année de Novembre à Juin et sur toute l'étendue de notre territoire. Elle se voit chez les enfants le plus souvent à partir du 9ème mois.

Pilly en 1994 affirme que la réceptivité est universelle mais la gravité est liée au terrain [33].

Les nourrissons sont protégés par les anticorps maternels jusqu'à l'âge de 9 mois. Elle atteint essentiellement l'enfant avant la puberté. C'est l'une des causes les plus fréquentes dans notre pays de mortalité infantile.

La rougeole est une cause toujours importante de mortalité infanto-juvénile au Burkina-Faso malgré qu'il soit le 1er pays d'Afrique où le vaccin contre la rougeole a été utilisé en campagne de masse [40].

- Dakouri G., Lecovre C. P. [5], dans leur étude sur les leucorrhées infectieuses trouvent que les candidoses vaginales représentent le quart des causes de leucorrhées dues à candida albicans. Le signe d'appel est en général l'existence d'une leucorrhée ou d'un prurit vulvaire.

Au cours de notre échantillonnage, les femmes venues en consultation se plaignaient effectivement de prurit vulvaire et de leucorrhée abondante ayant l'aspect de lait caillé. Elle se rencontre dans 4% des cas.

R. Perrin [35] trouve que les infections génitales basses à chlamydia trachomatis ne sont pas rares chez la femme à Cotonou et que le germe le plus souvent associé à chlamydia trachomatis est candida albicans.

- L'urticaire est une affection caractérisée par une lésion cutanée saillante, bien circonscrite de couleur rose clair due le plus souvent à l'auto-médication, notamment l'usage abusif des pénicillines.

Jean François Bach et coll [13] trouvent que les réactions médicamenteuses anaphylactiques surviennent dans les minutes ou même dans les secondes qui suivent l'administration du médicament et se présentent comme une urticaire généralisée souvent associée à de l'asthme.

Bergoend H. [3] confirme cette hypothèse: tous les médicaments peuvent provoquer de l'urticaire. Il trouve que l'urticaire est une affection fréquente, 5% des individus en seraient atteints au moins une fois dans leur vie.

- La varicelle est une maladie infectieuse, contagieuse et se voit chez l'enfant d'Octobre à Juin, elle représente 3,5% des cas.

La varicelle a une contagiosité extrême [34]; 90% des adultes ont eu la varicelle, elle survient entre 2-10 ans le plus souvent.

- La gonococcie est une maladie sexuellement transmissible, sa gravité est liée à la mortalité et à l'infertilité qu'elle entraîne pour les deux sexes. Elle représente 2% des cas.

- Selon l'OMS, l'HTA se définit comme une pression systolique >140 mmHg, une pression diastolique >90 mmHg. Vacheron A. et Matteo J. D. [11] estiment que l'HTA est relativement rare dans les 2 sexes jusqu'à 25 ans.

La surconsommation alimentaire et l'excès pondéral qui en résulte, la consommation excessive de chlorure de sodium semblent être les deux facteurs responsables les plus importants. L'HTA est une cause importante de morbidité et de mortalité par ses conséquences qui intéressent le cœur, le cerveau et les reins.

Dans notre étude, 3% des patients présentent l'HTA due certainement au tabac et à l'alcool chez les hommes et à l'utilisation de corticoïdes chez les femmes pour se dépigmenter et pour prendre du poids.

T. Lang [23] a étudié l'effet des différentes formes de boissons alcoolisées sur le niveau tensionnel. Il conclure que les corrélations habituelles entre niveau tensionnel, poids et consommation d'alcool sont retrouvées. G. Lagrue [20] a comparé l'état vasculaire de 43 fumeurs à celui d'une population appariée non fumeuse. Il trouve que les fumeurs présentent plus d'altérations vasculaires que les non fumeurs.

3-Analyse des Activités du CSCOM de l'ASACOBABA EN 1995

Le CSCOM de l'ASACOBABA est beaucoup fréquenté par les populations de Banankabougou et Faladiè, ainsi nous observons:

- le nombre de consultations externes par an qui a passé de 14.135 en 1994 à 14.914 en 1995 d'où une augmentation de 5,22%.
- le nombre d'accouchement qui a passé de 754 en 1994 à 779 en 1995 d'où 3,20% d'augmentation,
- le nombre de consultations prénatales qui a passé de 1347 en 1994 à 1378 en 1995 donc une augmentation de 2,24%,
- le nombre d'enfants vaccinés qui a passé de 4811 en 1994 à 6509 en 1995 donc une augmentation de 26,08%.

A partir de ces chiffres, nous constatons une augmentation de toutes les activités au courant de l'année 1995. Ce qui dénote une bonne fréquentation du centre par les populations.

En 1995, bien que le centre soit bien fréquenté par les habitants des deux quartiers, il existe encore des accouchements à domicile dont la répartition est dans le tableau n°8.

Tableau 8: Répartition des accouchements à domicile par quartier

Quartiers	Effectif	%
Banankabougou	39	46,42
Faladiè	34	40,47
Yirimadjo	8	9,52
Senou	1	1,19
Missabougou	1	1,19
Autres	1	1,19
Total	84	100

Nous constatons 84 cas d'accouchements à domicile représentant 10,87% du total des accouchements.

Parmi ces accouchements à domicile, nous avons 46,42% pour Banankabougou et 40,47% pour Faladiè.

Ces taux élevés sont dûs à plusieurs causes:

- la non information des femmes sur les risques des accouchements à domiciles:
- souvent il s'agit de multipares qui pensent que l'habitude exclut le danger.

* Elles aussi ne veulent pas venir accoucher dans les mains d'agents qui ont l'âge de leurs enfants.

* De plus ces patientes payent en espèce ou en nature les prestations des agents dont elles sont les « protégées ».

Concernant les parturientes référées sur l'hôpital Gabriel Touré: Elles sont au nombre de 14 cas: soit 1,79%

Leurs diagnostics de présomption étaient:

- 4 cas de procidence du cordon: soit 28,57%
- 1 cas de placenta praevia: soit 7,14%
- 3 cas de disproportion foeto-maternelle: soit 21,42%
- 2 cas de travail trainant: soit 14,28%
- 1 cas de présentation transversale: soit 7,14%
- 3 cas de dilatation stationnaire.: soit 21,42%

Pour la consultation de Planning Familial: Le nombre s'élève à 822 cas.

*Les méthodes les plus recommandées sont:

- les Piqûres (Depo-Provera)
- les Comprimés (Lofemenal)

* Les méthodes disponibles dans le centre

- les comprimés (Lofemenal, ovrettes, Eugynon, Pilplan)
- les piqûres (Depo-Provera)
- les condoms,
- les mousses (Néo-Sampon).

Concernant la vaccination: Nous avons:

6509 cas répartis comme suit:

- 4956 dont 913 pour les femmes en âge de procréer et 4043 pour les enfants.
- 1553 représentent le nombre de vaccinés contre la méningite.

La répartition par antigène pour les enfants de 0-11 mois: a donné

- * 809 enfants ont été vaccinés contre le BCG soit 30,72% et 648 soit 24,61% des cas contre le Polio.
- * 886 enfants ont été vaccinés contre le DTCP1 soit un taux de 33,64%.
- * 841 enfants ont été vaccinés contre le DTCP2 soit un taux de 31,94%
- * 701 enfants ont été vaccinés contre le DTCP3 soit 26,62% des cas.
- * 596 enfants ont été vaccinés contre la rougeole soit un taux de 22,63%.
- * 210 enfants ont été vaccinés contre la fièvre jaune soit un taux de 7,97% des cas.
- * 5% des femmes soit 349 en âge de procréer ont été vaccinés contre le VAT1.
- * 4,54% des femmes contre le VAT2 soit 317 femmes
- * 3,53% contre le VAT3 soit 247 femmes.

Ces résultats prouvent que le taux de couverture vaccinale des femmes en âge de procréer et des enfants de 0-11 mois sont encore faibles.

Pour la consultation externe: Nous avons compté le nombre de consultations en jour de semaine et en mois de l'année. On a trouvé sensiblement le nombre moyen de 35 consultations par jour.

La répartition selon les mois est la suivante:

Janvier: 855	Juillet: 1069
Février: 824	Août: 1360
Mars: 946	Septembre: 1730
Avril: 923	Octobre: 1689
Mai: 1046	Novembre: 1693
Juin: 1164	Décembre: 1625

Nous constatons une fréquence élevée à partir d'Août jusqu'en décembre. Ceci étant dû certainement à la saison des pluies augmentant ainsi le nombre de paludéens et par conséquent le nombre de consultants.

- ***Pour la consultation d'enfants malades:*** Nous avons enregistré 5091 cas soit 34,13% des consultations externes.

- ***Pour la surveillance des enfants sains:*** Le nombre s'élève à 529 cas.

Nous avons étudié la courbe de poids et de taille de ces enfants.

Nous avons donc constaté que 2 enfants soit 0,37% du total présentaient une MPE grave, 16 soit 3,02% du total présentaient une MPE modérée.

- Au CSCOM le personnel ne fait pas de démonstration nutritionnelle de façon irrégulière, la seule activité dans ce sens (causerie-débat) est exécutée par un agent d'ailleurs extérieur au centre.

4- Analyse des ordonnances:

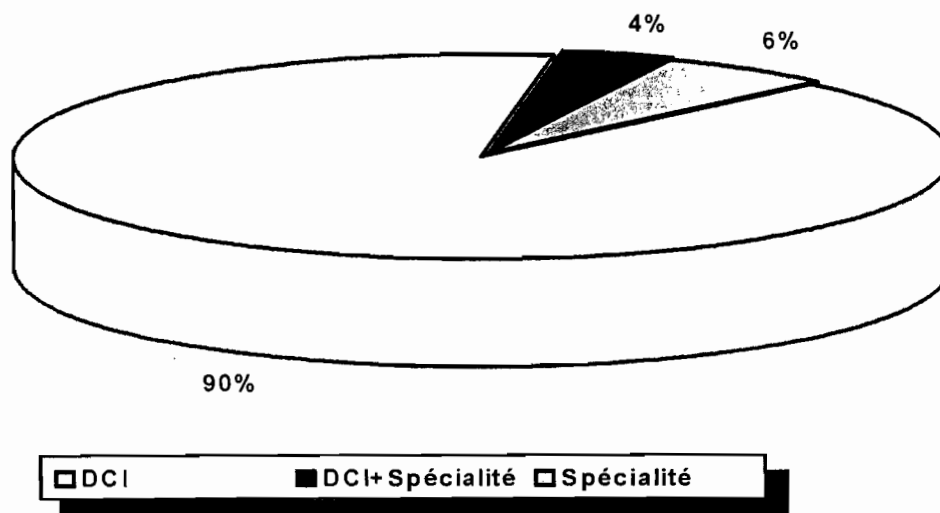
Elle s'est orientée sur:

- le nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance.
- le coût moyen des ordonnances
- la nature des médicaments (en DCI).

Ainsi, nous avons trouvé que:

- le nombre moyen de médicaments par ordonnance est égal à 3,12;
- le coût moyen 1320 FCFA
- l'ordonnance la plus chère est 1800 FCFA
- l'ordonnance la moins chère est 190 FCFA.

REPARTITION DES PRESCRIPTIONS SELON LE TYPE DU PRODUIT

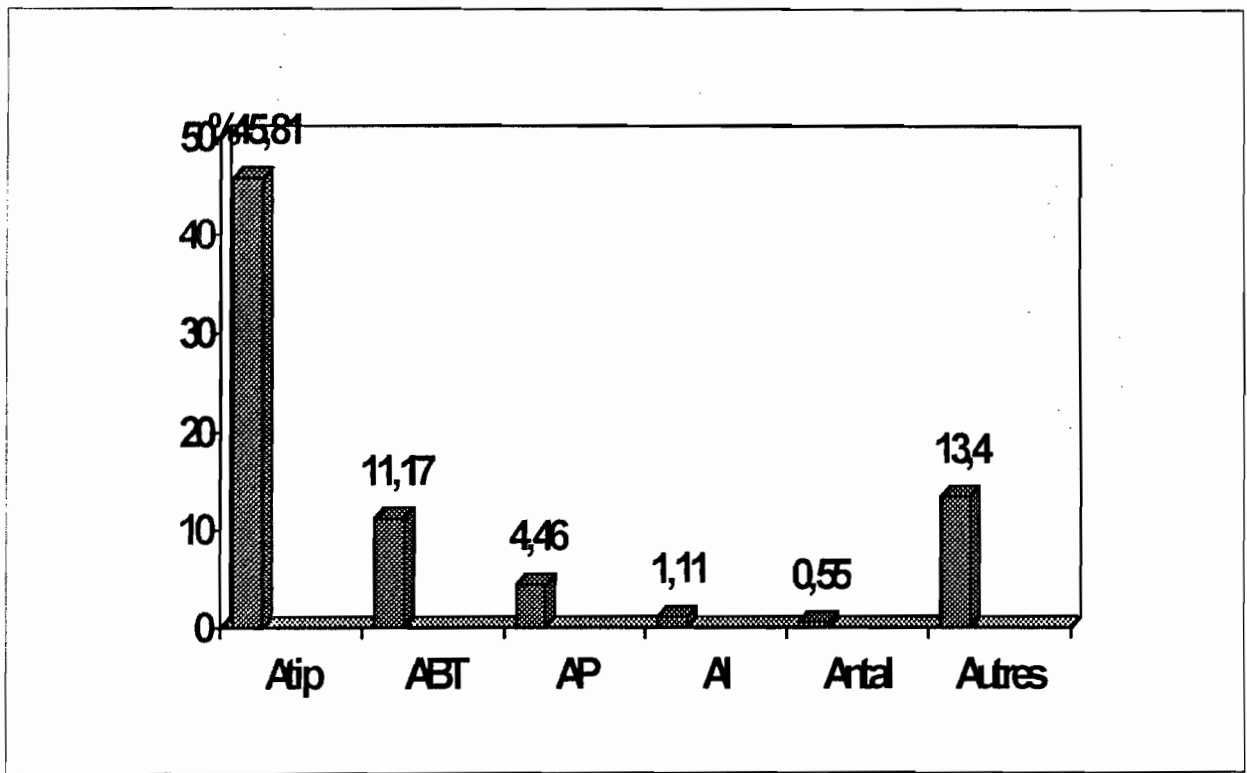


90% des prescriptions sont en DCI.

6% des prescriptions sont en spécialité.

Le reste est représenté par l'association des DCI et spécialité.

REPARTITION DES MEDICAMENTS DCI PAR FAMILLES THERAPEUTIQUES



Atip= Antipaludéens: 45,81%

ABT= Antibiotiques: 11,17%

AP= Antiparasitaires: 4,46%

AI= Antiinflammatoires: 1,11%

Antal = Antalgiques: 0,55%

Autres= 13,4% Antispasmodiques, vitamines, antihypertenseurs, sels de rehydratation orale

NB: Il faut noter des associations:

ATB+Antal

ATB+AP

AP+Antal

ATB+Atip

5- Analyse de la Perception des patients:

L'enquête a été faite auprès de 762 patients venus en consultation externe grâce à un questionnaire porté en annexe N°2.

Ce questionnaire porte sur les paramètres suivants:

- Sources d'orientation sur le centre
- Raisons de la visite au centre
- Qualité de l'accueil au niveau du centre
- L'appréciation du temps d'attente à la consultation
- Le coût et la qualité des médicaments prescrits
- Délais d'achat des ordonnances.

Les résultats sont portés sur les tableaux ci-dessous:

Tableau 9: Répartition des patients selon les sources d'orientations sur le centre

Sources d'orientation	Effectif	%
Médias (radio)	211	27,69
Parent	189	24,80
Ami	140	18,37
Voisin	138	18,11
Agent du centre	84	11,02
Total	762	100

27,69% des patients ont été informé par les médias (radio) grâce à la multiplication des radios (radio nationale et privée qui sont les plus écoutées par les femmes surtout les ménagères).

Nous savons aussi que ce sont ces femmes qui diffusent très rapidement les informations soit sur le chemin du marché, soit au cours d'autres cérémonies (mariage, baptême etc...).

Nous constatons que ce sont les agents du centre qui ont moins diffuser les informations de la création du centre ce qui peut être un facteur de diminution du taux de fréquentation du centre.

Tableau 10: Répartition des patients selon les raisons de la visite dans le centre

Raisons de la visite centre	Effectif	%
Proche de mon domicile	282	37,90
Bonne qualité de l'accueil	141	18,50
Disponibilité des médicaments prescrits	125	16,40
Domicile proche+disponibilité médicaments prescrits	104	13,60
Domicile proche+bonne qualité accueil	51	6,69
Disponibilité des médicaments + bonne qualité accueil	43	5,60
Domicile proche+bonne qualité accueil +disponibilité des médicaments prescrits	10	1,31
Total	762	100

37,90% des patients ont évoqué que le centre était proche de leur domicile ce qui les a amené à fréquenter le centre. Ceux-ci pourront informer leur voisinage ce qui va entraîner une augmentation de la fréquentation.

D'autres ont trouvé que les médicaments prescrits étaient disponibles.

Tableau 11: Répartition des patients selon la qualité de l'accueil au niveau du centre

Qualité de l'accueil	Effectif	%
Bon accueil	646	84,77
Assez bon	115	15,09
Mauvais	1	0,13
Total	762	100

84,77% des patients sont satisfaits de la bonne qualité de l'accueil au niveau du centre et sont tous prêts à y retourner. Cela conduit à une augmentation de la fréquentation car ceux-ci pourront sensibiliser d'autres personnes à fréquenter le centre. Cependant, 0,13% trouvent que cette qualité est mauvaise cela à cause d'une mauvaise organisation du personnel.

Tableau 12: Répartition des patients en fonction du temps d'attente pour la consultation

Temps d'attente pour la consultation	Effectif	%
Très court (15 à 30mn)	315	41,33
Un peu long (45 à 60mn)	225	29,52
Trop long (plus de 60mn)	222	29,13
Total	762	100

58,65% des patients des patients ont affirmé que le temps d'attente pour la consultation était un peu et même trop long. Nous savons que ce sont les femmes qui conduisent les enfants à la consultation or celles-ci doivent retourner pour le ménage donc ne doivent pas perdre trop de temps au centre. Cette longue attente peut entraîner une diminution de fréquentation du centre.

Tableau 13: Répartition selon le coût et la présentation des médicaments

Qualité de médicaments (coût et présentation)	Effectif	%
Bon prix	646	84,77
Bien présentés dans des sachets	85	11,15
Bon prix+bien présentés dans des sachets	31	4,06
Total	762	100

Il faut préciser que les réponses pour le choix du médicament, on avait pas toujours les mêmes patients, l'interrogatoire se faisant de façon aléatoire.

D'une manière générale, on retient que pour 84,77% des cas, c'est le prix très abordable du médicament qui amène à fréquenter le centre.

Tableau 14: Répartition des patients en fonction du délai d'achat des ordonnances

Delais d'achat des ordonnances	Effectif	%
Le même jour de la délivrance et en entier	654	85,82
Au bout de 3 jours	78	10,24
Après 3 jours	30	3,94
Total	762	100

En fonction du coût et du nombre de médicaments prescrits, 85,82% des patients sont parvenus à payer leur ordonnance le même jour de sa délivrance ce qui témoigne que le coût des médicaments est à leur portée.

Pour 3,94% des patients, les médicaments sont trop chers c'est pourquoi d'ailleurs, ils mettaient trop de temps avant d'acheter les produits, ce qui peut entraîner une mauvaise conduite du traitement voire son abandon.

CHAPITRE IV

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1- CONCLUSION

Cette étude menée d'Août 1995 à Décembre 1995 avait pour objectifs :

- Etudier les activités menées au centre conformément à la politique sectorielle impliquant un PMA à chaque niveau de structure de prestation de soins.
- Faire une analyse critique de la prescription médicamenteuse.
- Analyser la perception des patients sur le fonctionnement du centre.
- Proposer des recommandations en vue de l'amélioration de la qualité des prestations du centre induisant alors une augmentation de la fréquentation.

Les supports utilisés pour le recueil des données ont été:

les questionnaires portés en annexe N°2.

L'étude a abouti sur les conclusions suivantes:

762 patients dont 358 de sexe masculin soit 46,99% des cas et 404 de sexe féminin soit 53,01% du total ont été inclus dans l'étude.

1-La répartition par tranche d'âge a été:

- de 0-9 ans 260 cas soit 34,12%
- de 10-19 ans 178 cas soit 23,35%
- de 20-29 ans 145 cas soit 19,02%
- de 30-39 ans 88 cas soit 11,54%
- de 40-49 ans 49 cas soit 6,43%
- de 50-59 ans 19 cas soit 2,49%
- de 60 ans et plus 23 soit 3,01%.

2- Le bilan des activités au cours de l'année 1995 a permis d'aboutir aux constatations suivantes:

* consultation externe: 14.135 en 1994 à 14.914 en 1995 avec 5,22% d'augmentation

* consultation prénatale: 1.347 en 1994 à 1.378 en 1995 d'où 2,24% d'augmentation.

* accouchement: 754 en 1994 à 779 en 1995 donc 3,20% d'augmentation

* consultation de planning familial: 811 en 1994 à 822 en 1995 d'où une augmentation de 1,26%

* enfants vaccinés: 4.811 en 1994 à 6.509 en 1995 d'où une augmentation de 26,08%.

- de 0-11 mois

BCG: 30,72% du total Polio 0: 24,61% des cas

DTCP1: 33,64%

DTCP2: 31,94%

DTCP3: 26,62%

Rougeole: 22,63%

Fièvre jaune: 7,97%

* Vaccination des femmes en âge de procréer:

VAT1: 5%

VAT2: 4,54%

VAT3: 3,53%

3- Concernant la morbidité, on retrouvé les affections suivantes par ordre décroissant:

- le paludisme
- la diarrhée
- la pneumonie
- la bilharziose
- la rougeole
- la candidose vaginale
- l'urticaire
- l'HTA
- la varicelle
- la gonococcie.

4- L'enquête auprès des patients a permis d'aboutir aux résultats suivants:

- Par rapport aux sources d'orientation sur le centre 27,69% des patients ont été informés par les médias (radios).

- Par rapport aux raisons de la visite dans le centre 16,40% des patients ont évoqué que les médicaments prescrits étaient disponibles.

- Par rapport à la qualité de l'accueil

85% des patients sont satisfaits de la bonne qualité de l'accueil.

- Par rapport au temps d'attente pour la consultation 58,65% des patients ont trouvé que le temps d'attente pour la consultation était long.

- Par rapport à la qualité des médicaments prescrits 85% des patients ont répondu que les médicaments prescrits étaient à bon prix.

- Par rapport au délais d'achat des ordonnances:

85% des patients sont parvenus à payer leur ordonnance le même jour de sa délivrance.

2-RECOMMANDATIONS

En vue d'améliorer la qualité des prestations du CSCOM de l'ASACOBABA, il nous paraît opportun de proposer les recommandations suivantes:

1- Pour le personnel:

- Augmenter le nombre de personnel au moins deux agents dans chaque unité.
- Sensibilisation du personnel pour être plus accueillant.
- Améliorer la qualité des prestations offertes.
- Organiser des séances de formation et de recyclage du personnel.

2- Pour les autorités de tutelle:

- Equiper le centre d'une ambulance pour l'évacuation des cas graves.
- Doter la maternité en oxygène.
- Clôturer la cour pour assurer la sécurité des patients.
- Créer un service d'accueil pour orienter les patients dans les différentes unités.
- Ouvrir un cabinet dentaire.

3- Pour la population:

Des mesures doivent être prises pour les campagnes de sensibilisation des populations par le personnel dans les quartiers pour:

- pratiquer le planning familial
- faire les consultations prénatales
- venir accoucher au centre

L'accent doit être mis sur l'IEC (Information Education Communication) qui doit être renforcée à tous les niveaux pour une meilleure santé de ces populations.

Toutes ces actions du CSCOM doivent assurer aux communautés un bon état de santé leur permettant de mener une vie économiquement productive.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- André L. J.; Aubry P.; Barabé P.; Pierre P.

Paludisme: Nouvelles perspectives en pratique quotidienne.

Santé et Médecine en Afrique tropicale, 1980, 5032: 23-43.

2- Ayivi B.; Koumakpai S.

La chimioprophylaxie antipaludique chez l'enfant est-elle efficace ?

Pub Méd. Afr., 25ème année Mai-Juin-Juillet, 1992, 12: 1p.

3- Bergoend H.

Les urticaires

Abrégé de dermatologie et de vénéréologie, 2è Edit, Masson, 1978: 249-254.

4- Coulibaly A.; Rey J. L.; Davis C. E.; Soro N. B.; Diarra A. Trobet C.; Houenou Y.

Morbidité et mortalité hospitalières dûes aux maladies diarrhéiques (Côte d'Ivoire).

Pub Méd Afr, 21ème année, 1993, 91: 23-29.

5- Dakouri G.; Lecovre C. P.

Le diagnostic bactériologique des leucorrhées infectieuses . Bilan d'une année d'examens microbiologiques à Abidjan.

Pub Méd. Afr, Octobre 21ème année, 1987, 85: 30-35.

6- Dembelé A.

Etude de la gestion des médicaments dans cinq centres de santé communautaire du District de Bamako.

Thèse Pharmacie, 1995, 21, 103p:

7- Diallo A.

Situation sanitaire du département de Louga Dakar.

Thèse Méd, 1980, 89, 71p.

8- Diallo A.

Place et importance des substances pharmaceutiques dans le cadre du système des prestations sanitaires au Mali.

Thèse Médecine, 1977, 8: 83p.

9- Golvan Y. J.

Schistosomiases.

Eléments de parasitologie médicale. Edit Flammarion, 1983, 5647: 160-188

10- Jacques C.

Chimiosensibilité in vivo et in vitro de *P. falciparum* à Brazzaville Congo.

Cahiers d'études et de recherche francophones, 1995, 1, (5): 25-30.

11- Jean D. M.; André V.

Hypertension artérielle

Expansion scientifique française cardiologie. 2^e Edit. 5440: 587-603.

12- Jacquemin P.; Jacquemin J. L.

Schistosomes ey bilharzioses

Abrégé de parasitologie clinique, Masson & Sci, 1974, 1454: 82-86

13- Jean F. B.; Philipe L.

Manifestation clinique de l'hypersensibilité immédiate

1989, 5550: 239-241.

14- Kassambara M.

Evaluation d'un centre de santé maternelle et infantile en milieu urbain

Thèse médecine, 1989, 15: 91p.

15- Konki B.; Curtis V.; Mortens T.; Traoré E.; Cousens S.; Tall F.; Diallo I.

Des croyances aux comportements: diarrhées et pratiques d'hygiène au Burkina Fasso.

Cahiers d'études et de recherches francophones, 1994, 4, (4): 359-366.

16- Keita B.

Approche épidémiologique des prestations sanitaires à Sélingué. (1984-1995)

Thèse Médecine, 1995, 42: 49p

17- Koffi N. M.; Camara M.; Dagnon S.

Bilan d'une année d'activité du service de la médecine collective à l'INSP d'Abidjan (Institut National en Santé Publique).

Pub Méd Afr, 24ème année, 1991, 115: 32-35.

18- Koné S.

Etude de la fréquentation des formations sanitaires du district de Bamako par la population de Banconi.

Thèse Méd, 1988, 41: 80p.

19- Langlois B.

Candidoses vaginales

Actualité thérapeutique internationale. rev Sanofi Winthrop, 1993, 17: 4-6.

20- Lagrue G.

Alcool, tabac, et pression artérielle.

HTA actualité, 1988, 9: 1p.

21- Lagarderie B.; Marguet Ch.

Pneumonies de l'enfant en Médecine communautaire .

Méd maladie inf., 1944, (24) spécial: 971-974.

22- Le Bras J.

La situation des chimiorésistances du paludisme en Afrique. Médecine tropicale, rev fr patho et santé pub. trop., 1995, 4, (55)sup: 9-13.

23- Lang T.

Alcool, tabac et pression artérielle.

HTA actualité, 1988, 9: 1p.

24- Mariko O.

Santé communautaire au Mali: cas de l'ASACOBA.

Thèse Méd, 1993, 55: 213p.

25- Mali Santé.

Processus de mise en place des CSCOM.

Magazine trimestriel d'information générale sur la santé et le médicament. Adit PPM, Mai-Juin-Juillet, 1994, 2: 28p.

26- Monekosso G. L.

La gestion sanitaire au niveau du district. De la médiocrité à l'excellence dans les prestations sanitaires.

OMS Bureau régional pour l'Afrique . Brazzaville, 1994: 141p.

27- Nguyễn A. T.

Paludisme.

Epidémiologie tropicale 1988, 4471: 119-153.

28- OMS.

L'engagement communautaire en faveur du développement sanitaire: un défi pour les services de santé.

Rapports techniques, 1991, 809: 62p.

29- OMS.

Utilisation des médicaments essentiels.

Série rapports tech. 1992, 825. 83p.

30- Camargos P. A. M.; Marcelo S. A.; Adalberto F. R.; Janette F.; Marra A. P.; Cibele A. P.

Test d'agglutination de particules de latex pour le diagnostic étiologique des pneumonies ç streptococcus pneumoniae et hémophilus influenzae.

Cahiers d'études et de recherches francophone, 1993, 1, (3): 41-44.

31- Piot P.; Chevallier E.; Colebunders R.; Bitar D.; Muhangayiré F.; Bravé A.; Crablé F.;

Duyardin B.; Rougeaux O.; Reinert P.

Developpement et santé.

Rev int perf méd et santé, 1996, 122: 32p.

32- Pilly E.

Rougeole.

Maldie inf, 1982, 2642: 376-385.

33- Pilly E.

Rougeole

Maladie inf, 1994, 6327: 508-510.

34- Pilly E.

Varicelle

Maladie inf, 1994, 6327: 447-449.

35- Perrin R. Massougbodji A.; Offrin G.; De Souza J.; Anagonou S.; Darboux R.; Alikounou E.

Infections génitales basses à chlamydia trachomatis chez la femme à Cotonou.

Pub Méd Afr, 25ème année, 1992, 121: 19-24.

36- Philipe G.

Diarrhée de l'enfant et malnutrition.

Pédiatrie en Afrique. -Rev Méd infatile Magherb Afr noire. Diarrhée de l'enfant et malnutrition, 1994, 15: 19-24.

37- Sangho H.

Monographie sur le centre de santé de l'ASACOBABA. -CES de santé publique, Mars, 1994.

38- Samaké B. M.

Etude de l'action d'un centre de santé communautaire dans la lutte contre le SIDA dans un quartier périurbain de Bamako (Bankoni).

hèse Méd, 1992. 28: 149p.

39- Singaré A.

Etude de la prescription des antibiotiques dans certaines formations sanitaires du cercle de Niono (région de Ségou).

Thèse Médecine, 1994, 12: 86p.

40- Schlumberger M.; Sawadogo I.; Sanou Ch.; Traoré A.; Rümke H.; Roisin A.

Description et enquête lors d'une épidémie de rougeole au Burkina Faso.

Cahiers d'études et de recherches francophones, 1995, 1, (5): 31-35.

41- Takougang I.; Louis J. P.; Migliani P.; Noumi E.; Mohome N.; Ekobo A. S.

Quelques aspects comportementaux de l'exposition à la bilharziose dans les aménagement hydroagricoles en zone sahélienne (extrême nord du Caméroun).

cahiers d'étude et de recherche francophone, 1993, 6, (3): 457-463.

42- Tangara B. S.

ASACOBABA. -Rapport tech. Exercice 1994-1995, 8p. Bamako.

43- Touré A.

Centre de santé MUTEK: évaluation eu terme de sa 1ère année d'activité.

Thèse Médecine, 1992, 15: 165p.

44- Yaro K.

Etude comparative de la qualité des soins au niveau de la maternité entre CSCOM et SSC au niveau de la commune VI du District de Bamako.

Thèse Médecine, 1996, 1: 100p.

ANNEXE 1:

Tarification des examens complémentaires

Nature des examens complémentaires	Tarifs (en FCFA)
Glycémie	1.500
groupage-Rhésus	700
Selles P.O.K.	700
B.W.	750
Test d'Emmel	700
GE + frottis	800
Test U.C.G.	2.000
Prélèvement vaginal	1.300
Urines: Culot	400
cyto-bact	1.300
Albumine	200
Sucre	200
SNIP	Gratuit
Recherche BK	Gratuit
Taux d'hémoglobine	700

ANNEXE N°2:

FICHE ACTIVITES

1- ANALYSE DE LA CONSULTATION

- * Motif de la consultation:
- * Diagnostic posé:
- * Nombre de consultation:

2- ANALYSE DES PRESCRIPTIONS

- * Nombre moyen de produits prescrits par ordonnance
- * Coût moyen
- * Nature du produit DCI / _____ / en spécialité: / _____ /

3- ANALYSE DES ACTIVITES : SMI -PF

- * Nombre de consultation prénatale avec vaccination
- * Nombre d'accouchement normaux assistés
- * Nombre d'enfant vaccinés par tranche d'âge et par antigène
- * Nombre de consultation de PF
- * Methodes les plus recommandées
- * Méthodes disponibles au centre
- * Surveillance des enfants sains
- * Consultation d'enfants malades
- * Nombre d'accouchement à domicile puis venu au centre
- * Nombre de parurientes referées
- * Diagnostic de présomption

FICHE PATIENT

1- IDENTIFICATION:

Prénom: _____ Nom: _____
Sexe: _____ Age: _____ Ethnie: _____ Situation matrimoniale: _____
Lieu de residence: _____
Niveau alphabétisation: _____

2- CONSULTATION

Qui vous a orienté sur le centre ?

- Personne: / ___ / Voisin: / ___ / Parent: / ___ / gerant du centre: / ___ / Ami: / ___ /

Pourquoi êtes-vous venus au centre ?

- Parceque c'est très près de mon domicile: / ___ /
- Parceque on m'q conseillé ce centre: / ___ /
- A cause de la bonne qualité du personnel: / ___ /
- De la disponibilité des médicaments bon marchés: / ___ /
- Autres: / ___ /

Quelles appréciations avez-vous eu du centre ?

- Bon accueil: / ___ /
- Assez bon accueil: / ___ /
- Mauvais accueil: / ___ /

Temps d'attente à la consultation:

- Très courts: / ___ / (15-30 minutes)
- Un peu long: / ___ / (45-60 minutes)
- Trop long: / ___ / (plus de 60 minutes)

Les médicaments prescrits sont toujours disponibles

- A bon prix: / ___ /
- Bien présentés dans des sachets propres: / ___ /

Achetez-vous l'ordonnance prescrite ?

- Absolument le jour de sa délivrance et en entier: / ___ /
- Au bout de 3 jours: / ___ /
- Après 3 jours: / ___ /

NOM: BALDE

PRENOM: Blihissa

TITRE DE LA THESE: ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE DU CSCOM DE L'ASACOBABA

ANNEE: 1996-1997

Ville de SOUTENANCE: Bamako

PAYS D'ORIGINE: MALI

LIEU DE DEPOT: BIBLIOTHEQUE de la Faculté de Médecine , de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

SECTEUR D'INTERET: SANTE PUBLIQUE

RESUME:

Avec un total de 762 patients, nous avons étudié la perception des patients sur le fonctionnement du CSCOM de l'ASACOBABA.

Nous avons décrit et analysé les principales affections les plus morbides.

MOTS-CLES: CSCOM, ASACO, DCI, MORBIDITE

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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