

MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO STOMATOLOGIE (FMPOS)

ANNÉE ACADÉMIQUE 2007 - 2008

THESE N° _____/

RÉPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

**PERCEPTION DE LA QUALITÉ DES SOINS PAR LES
POPULATIONS AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE KIDAL (CERCLE DE KIDAL)**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le...../..... 2008

devant

La Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto - Stomatologie

par Mr Alfarock Ag ALMOUSTAKINE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'État)

Membres du jury :

Président :	Pr Sanoussi KONATE
Membre:	Pr Mamadou DEMBÉLÉ
Co - Directeur :	Dr Akory AG IKNANE
Directeur de thèse :	Pr Abdel Kader TRAORÉ

DEDICACES

JE DÉDIE CETTE THÈSE :

A Allah le tout puissant, omnipotent, clément et miséricordieux et **son prophète Mohamad (SAW)** pour m'avoir donné la force nécessaire et le courage pour la réalisation de ce modeste travail.

A mon père et ma Mère :

Almoustakine ag BIKELA et Lalla walett ACHERIF

Ce travail est le fruit de vos efforts, vous vous êtes évertués à nous apprendre à respecter la personne humaine et à aimer le travail en nous inculquant des notions telles que la persévérance, la tolérance, la modestie et le courage dans le combat pour la réussite.

Votre souci premier a toujours été la réussite de vos enfants et vous y avez consenti tous les sacrifices nécessaires. Trouvez ici la reconnaissance de mon affectueux attachement. Que Dieu vous garde longtemps parmi nous et fasse que vous soyez toujours satisfaits de nous.

A mes frères et sœurs :

Mohamed- lamine, Fatma, Alhader, Souhayata, Abdoul-Aziz, Rhissa, Leila, Hadi;

Vous avez tous contribué à ce travail par votre soutien moral et votre affection sans faille. Puisse ce travail consolider davantage notre lien fraternel et l'espoir d'un avenir radieux pour nous tous.

A mes oncles:

Adborahmane ag Acherif, Mohamed ag Acherif, Idrissa, Agaly-Moussa, Sidi-Mohamed,

C'est avec grande attention que vous avez suivi ma formation. Retrouvez à travers ce travail toute ma profonde gratitude.

A mes tantes:

Nana, Rockia, Sadia Haidara, Adaoula,

Vous m'avez toujours apporté amour et conseils. Ce travail est le votre car mon cursus a été votre préoccupation. Vos sages conseils m'ont souvent facilité le long parcours qui a abouti à ce travail.

A mes cousins et cousines :

Alhader ag Agaly-Moussa, Aboubacrine, Ismaril, Sidi, Almeimoune, Mohamed ag Sidi-Mohamed,

Vous n'avez ménagé ni votre effort, ni votre temps pour l'unité de la famille. Je vous remercie sincèrement pour le soutien moral, matériel et les conseils. Recevez ici toute ma gratitude.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent :

A tout le personnel du CSRef de Kidal, particulièrement à Dr Kalifa KEITA et Dr Aldjouma TRAORE. Ce travail est le fruit de votre soutien technique, retrouvez ici l'expression de toute ma profonde gratitude.

A tout le corps professoral de la FMPOS, grâce à votre rigueur, votre courage et abnégation, la FMPOS jouit d'une renommée internationale. Soyez assuré de toute ma profonde gratitude.

A Dr Mariam Djibrilla MAIGA, je ne saurais vous remercier assez, tous mes respects et considérations.

A Mamadou KATILE, Mohamed ag ABDOU, Alhousseiny ag SOULEYMANE, pour toute l'attention portée à mon égard, merci pour tout.

A Mohamed ag ARIMAH et sa femme Fati MAIGA pour votre soutien moral et matériel. Retrouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Idrissa S MAIGA et sa femme Yvette DEMBELE pour votre disponibilité, merci pour tout.

A Madame KONDO Awa KONDO, merci pour votre entière disponibilité.

A Alhassane M DIABY, Mohamed ag TAMBAREYREY, merci pour tout.

A Dr Alhassane ag HAIBALA, sincères remerciements et tous mes respects.

A tous ceux qui de loin ou de près ont contribué à ma formation ou à l'élaboration de ce travail.

**HOMMAGE AUX
MEMBRES DU
JURY**

A notre Maître et Président du jury

Professeur Sanoussi KONATE

- Professeur en Santé Publique,
- chef du DER de santé publique, à la faculté de Médecine de pharmacie et d'Odonto-stomatologie,
- Ancien Directeur Général Adjoint de la DNSP
- Ancien Coordinateur des Projets Santé
- Ancien Directeur du Projet Santé Rurale (US-AID)

Honorable Maître

C'est un insigne honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos nombreuses occupations.

Votre amour pour le travail bien fait, votre rigueur scientifique, font de vous un être admirable.

Au cours de notre formation, nous avons toujours apprécié la clarté de votre enseignement et surtout l'amour parental dont nous avons toujours bénéficié.

Recevez ici l'expression de notre gratitude et de nos profonds respects.

A notre Maître et juge

Professeur Mamadou DEMBELE

- Professeur agrégé,
- Spécialiste en Médecine interne, chargé de cours de thérapeutique à la faculté de Médecine de pharmacie et d'odonto stomatologie.

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations.

Nous avons été séduit par votre grande simplicité, votre disponibilité, votre amabilité, et votre rigueur dans le travail bien fait.

Soyez rassuré, cher Maître de notre profonde gratitude

A notre Maître et Co - Directeur de thèse

Docteur Akory AG IKNANE

- Maître Assistant
- Spécialiste en santé publique
- Chef de service de Nutrition à l'INRSP
- Premier médecin Directeur de l'ASACOBA
- Ancien conseiller technique en nutrition à la division de suivi de la situation alimentaire et nutritionnelle à la CPS à Koulouba (DSSAN)
- Président du réseau Malien de nutrition (REMANUT)

Cher Maître,

Vous nous avez accueilli dans votre service et transmis votre savoir en faisant preuve de votre attachement pour notre formation.

C'est l'occasion pour moi de vous remercier vivement, votre abord facile, votre capacité intellectuelle, et votre rigueur dans le travail bien fait suscite l'admiration de tous.

Veillez recevoir ici cher Maître le témoignage de toute ma reconnaissance, soyez rassuré de notre haute admiration et de notre profond respect.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Abdel Kader Traoré

- Professeur agrégé
- Spécialiste en médecine interne
- Spécialiste en Communication scientifique
- Directeur général du Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM)
- Membre de l'international Council for the control of Iodine deficiency Disorder (ICIDD)

Honorable Maître,

C'est l'occasion pour moi de vous remercier vivement, vos qualités de pédagogue, votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre dynamisme font de vous un Maître admiré de tous.

Veillez croire cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude, et l'attachement que nous avons à votre égard.

SIGLES ETABREVIATIONS

AS :	Aide soignant
CAM :	Convention d'assistance mutuelle
CG :	Conseil de gestion
CS :	Centre de Santé
CSA :	Centre de Santé d'arrondissement
CSAR :	Centre de Santé d'arrondissement revitalisé
CSCOM :	Centre de Santé Communautaire
CPN :	Consultation prénatale
CSREF :	Centre de Santé de Référence
DCI :	Dénomination commune internationale
DNSI :	Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique
DNSP :	Direction Nationale de la Santé publique
EDS	Enquête Démographique et de Santé
IB :	Initiative de Bamako
Km :	Kilomètre
MS :	Ministère de la Santé
MSSPA :	Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées
ONG	Organisation non gouvernementale
PDDSS :	Plan décennal de développement socio- sanitaire
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PNDS	Programme National de Développement Sanitaire
PPTE :	Pays pauvres très endettés
PRODESS :	Programme de développement sanitaire et social
PSPHR :	Projet Santé population et hydraulique rurale
PVRH :	Programme de valorisation des ressources humaines
RAC :	Réseau administratif de communication
SP :	Sulfadoxine pyrimethamine

Liste des tableaux :

TABLEAU I: ATTRIBUTS ET DIMENSIONS DE LA QUALITÉ DES SOINS

TABLEAU II : DETERMINANTS DE L'ACCES FOCALISES SUR LA PRESTATION DE SERVICE DE SANTE

TABLEAU III : RÉPARTITION DE LA POPULATION PAR RÉGION ET PAR SEXE EN 1998.

TABLEAU IV : ÉVOLUTION DE LA POPULATION MALIENNE EN MILLIER D'HABITANT.

TABLEAU V : RATIO DE COUVERTURE EN PERSONNEL DE SANTE SELON SA CATEGORIE AU MALI EN 2001. :

TABLEAU VI: RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LE NIVEAU D'ÉDUCATION.

TABLEAU VII : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON L'ACTIVITÉ

TABLEAU VIII: RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LE LIEU DE RÉSIDENCE.

TABLEAU IX: RÉPARTITION DES USAGERS SELON LA NECESSITÉ DE SE FAIRE CONSULTER DEPUIS LA DERNIÈRE SAISON DES PLUIES.

TABLEAU X : OPINION DES USAGERS SELON LE NOMBRE DE CONSULTATION AU CSref LIÉ À LA MALADIE DES ENFANTS DEPUIS LA DERNIÈRE SAISON DES PLUIES.

TABLEAU XI : OPINION DES USAGERS SELON L'ENDROIT HABITUELLEMENT UTILISÉ POUR FAIRE FACE A UN PROBLÈME DE SANTÉ DEPUIS LA DERNIÈRE SAISON DES PLUIES.

TABLEAU XII : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LA NECESSITÉ DE SE FAIRE CONSULTER SUITE À UN PROBLÈME.

TABLEAU XIII : OPINION DES USAGERS SELON LA PERTE DE RÉVENU LORSQU ILS ONT EU RECOURS AU CSref.

TABLEAU XIV : OPINION DES USAGERS SELON L'UTILISATION DE PHARMACIE PAR TERRE.

TABLEAU XV : OPINION DES USAGERS SELON L'UTILISATION DE MEDECIN TRADITIONNEL.

TABLEAU XVI: OPINION DES USAGERS SELON LE MONTANT DES FRAIS DE CONSULTATIONS.

TABLEAU XVII: OPINION DES USAGERS SELON LE TEMPS MIS POUR ARRIVER AU CSRef.

TABLEAU XVIII : OPINION DES USAGERS SELON L'ACCÈS AUX TOILETTES.

TABLEAU XIX : REPARTITION DES ENQUETÉS SELON L'ACCÈS AU CSRef EN DEHORS DES HEURES OUVRABLES.

TABLEAU XX : OPINION DES ENQUETÉS SELON L'EMPLACEMENT DU CSRef.

TABLEAU XXI : OPINION DES ENQUETÉS SELON LA CONVENANCE DES HEURES D'OUVERTURE DU CSRef .

TABLEAU XXII : OPINION DES USAGERS SELON LE NIVEAU DE SATISFACTION PAR RAPPORT AUX QUESTIONS QU'ILS POSENT LORS DE LA CONSULTATION.

TABLEAU XXIII : OPINION DES USAGERS SELON LA COMPRÉHENSION DE LEUR PROPRE PROBLÈME DE SANTÉ.

TABLEAU XXIV : OPINION DES USAGERS SELON LE TEMPS D'ATTENTE DU MÉDECIN AVANT DE SE FAIRE CONSULTER.

TABLEAU XXV : OPINION DES USAGERS SELON L'ACCEPTABILITÉ DU DÉLAI D'ATTENTE.

TABLEAU XXVI: OPINION DES USAGERS SELON LE CONFORT DE L'INSTALLATION PENDANT L'ATTENTE.

TABLEAU XXVII: OPINION DES USAGERS SELON LE CONFORT DES LOCAUX.

TABLEAU XXVIII: OPINION DES USAGERS SELON LA PROPRETÉ DES TOILETTES.

TABLEAU XXIX: OPINION DES USAGERS SELON L'OBTENTION DES MÉDICAMENTS PRESCRITS

TABLEAU XXX : OPINION DES USAGERS SELON L'HEURE ARRIVÉE AU CSRef.

TABLEAU XXXI : OPINION DES USAGERS SELON L'ÉCOUTE DU MÉDECIN

TABLEAU XXXII : OPINION DES USAGERS SELON L'ACCUEIL DES PRESTATAIRES DE SOIN.

TABLEAU XXXIII : OPINION DES USAGERS SELON LA CONSIDÉRATION DES PRESTATAIRES DE SOIN.

TABLEAU XXXIV : OPINION DES USAGERS SELON LA CONFIDENTIALITÉ DE LA CONSULTATION.

TABLEAU XXXV : OPINION DES USAGERS SELON L'ATTENTION DE L'AGENT DE SANTÉ VIS À VIS DES PATIENTS.

TABLEAU XXXVI : OPINION DES USAGERS SELON LE RESPECT DE LEUR INTIMITÉ PHYSIQUE.

TABLEAU XXXVII : OPINION DES USAGERS SELON L'EXAMEN PHYSIQUE FAIT PAR L'AGENT DE SANTÉ.

TABLEAU XXXVIII : OPINION DES USAGERS QUI ONT ÉTÉ REFERÉ POUR CONSULTATION SPÉCIALISÉE.

TABLEAU XXXIX : RÉPARTITION DES USAGERS QUI ONT REÇU DES SOINS DANS LE CSRef

TABLEAU XXXX : REPARTITION DES USAGERS SELON LE RETOUR AU CSRef POUR CONTRÔLE.

TABLEAU XXXXI : OPINION DES USAGERS SELON LES RAISONS DE LA FRÉQUENTATION DU CSRef.

TABLEAU XXXXII : REPARTITION DES PRESTATAIRES DE SOINS SELON LEUR NIVEAU DE QUALIFICATION.

Listes des graphiques :

Graphique 1 : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LE SEXE.

Graphique 2 : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON L'ÂGE.

Graphique3 : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LA SITUATION MATRIMONIALE.

Graphique 4 : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LE NIVEAU DE FRÉQUENTATION DU CSRef.

Graphique 5 : RÉPARTITION DES USAGERS SELON LE RECOURS SYSTÉMATIQUE À L'UTILISATION DU CSRef FACE A UN PROBLÈME GRAVE.

Graphique 6 : OPINION DES USAGERS SELON LE COUT DES MÉDICAMENTS.

Graphique 7 : OPINION DES USAGERS SELON LES SOINS OFFERTS

Graphique 8 : OPINION DES USAGERS SELON LES MOYENS UTILISÉS POUR SE RENDRE AU CSRef.

Graphique 9 : OPINION DES USAGERS SELON LE NIVEAU DE SATISFACTION QUANT À LA QUALITE DES SOINS REÇUS.

TABLES DES MATIERES	Pages
I. INTRODUCTION	18
II. OBJECTIFS	24
1. Objectif général.	
2. Objectifs spécifiques	
III. GENERALITES.....	26
Revue de la littérature	
Déterminants de l'utilisation des services dans les pays en développement	
Modèle d'utilisation des services de santé	
Déterminants liés à la qualité des soins	
Généralités sur le Mali	
Historique de la santé au Mali	
Fonctionnement des CSRef	
IV. METHODOLOGIE	49
1. Cadre et lieu de l'étude	
2. Type et période d'étude	
3. Population d'étude	
4. Echantillonnage	
5. Technique de mesure des variables et de collecte des données	
6. Instrument de collecte des données	
7. Déroulement de la collecte des données	
8. Gestion des données et analyse statistique	
9. Considérations éthiques	
10. Contrôle de la qualité des données	
11. Ressources humaines	
V. RESULTATS	55
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	80
VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	85
VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	88
Fiche signalétique	93
Serment d'Hippocrate.....	XCIV
IX. ANNEXES	XCVI

INTRODUCTION

La stratégie des soins de santé primaire lancée en **1978** à Alma Ata en ex-URSS a permis, depuis lors, de situer le rôle fondamental que les individus et les communautés doivent jouer dans le cadre de la résolution de leurs propres problèmes de santé [6].

En 1987, l'UNICEF, qui avait une politique de soins gratuits à l'endroit de sa population cible (mère et enfant), a, lors de sa participation à la réunion du comité régional de l'OMS pour l'Afrique qui s'était transporté à Bamako, adopté le système de recouvrement de coûts. << L'initiative de Bamako >> venait ainsi de naître. La stratégie adoptée fut de procéder au recouvrement de coût du seul médicament [12].

Cette dynamisation des soins de santé primaires lancée en **1987** en Afrique et appelée « **Initiative de Bamako** », en permettant d'accroître les ressources financières des structures de soins qui assureraient en contre partie la disponibilité des médicaments essentiels génériques, avait comme objectifs de [4] :

- Améliorer l'accès aux soins de santé primaires, définis dans le Cadre d'un paquet minimum d'activités (PMA) devant être réalisé par les services de santé de district ;
- Améliorer l'efficacité des structures de soins et la qualité des Prestations en permettant d'octroyer des incitations financières au personnel et en générant un contrôle venant d' « usagers- clients » plus exigeants ;
- Favoriser la participation communautaire au financement des soins, accompagnée d'un droit de regard des usagers et de la communauté à travers un transfert de gestion des centres de santé à la communauté.

La déclaration de la **politique sectorielle de santé et de population** a été adoptée par le Mali le 15 décembre 1990. La principale stratégie de cette politique sectorielle de santé est la responsabilisation des communautés dans le processus de prise en charge de leur propre état de santé avec leur participation active et volontaire. Elle consacre le désengagement progressif de l'état dans le système d'offre de soins au niveau du premier recours, le laissant entièrement aux communautés organisées en associations de santé communautaire. Cette nouvelle option politique en matière de santé a permis de faire évoluer la pyramide sanitaire du Mali en fonction des trois (3) niveaux [7]:

- Le niveau national conceptuel,
- Le niveau régional d'appui stratégique,
- Le niveau périphérique opérationnel ou d'exécution.

Avec la mise en place du système de recouvrements des coûts, disponibilité des médicaments essentiels et « gestion communautaire », la revitalisation des centres de santé d'arrondissement (CSA) et leur transformation en CSCom qui sont des centres de santé gérés par une association privée sans but lucratif et liée à l'état par une convention d'assistance mutuelle (C¹) les amenant à participer à la réalisation de service public.

¹ CAM : Convention d'assistance mutuelle

Un plan décennal de développement sanitaire et social (1981-1990) fut élaboré. Il devait être exécuté séquentiellement sous forme de programme quinquennal (Programme de développement Sanitaire et Social - **PRODESS**) [12].

Un des objectifs du **PRODESS** est d'étendre la couverture sanitaire et d'améliorer la qualité des soins afin d'offrir le PMA aux populations les plus éloignées.

L'utilisation des services de santé de premier niveau en Afrique reste très faible malgré les efforts importants qui ont été consacrés depuis plus d'une décennie pour renforcer l'offre des soins [3]. Il en est de même pour le Mali où seulement 44 % de la population a accès aux soins dans un rayon de 5 km en 2002 et 45 % en 2003 [1]. Des travaux de plus en plus nombreux démontrent que la qualité, telle qu'elle est perçue par les patients et leurs familles, est un des déterminants majeurs de l'utilisation des services de santé [9]. Les comportements en cas de maladies sont fortement associés à l'image de qualité que projettent les dispensateurs de soins (Akin, Guilkey, Denton, 1995) [2]. La faible utilisation des formations sanitaires publiques est pour une large part attribuable à une qualité déficiente des services (Sauerborn, Nougara et Diesfeld, 1989) [19]. Plusieurs expériences notamment au Bénin, en Guinée, au Cameroun et en Mauritanie suggèrent que la revitalisation du secteur public et l'amélioration générale de la qualité des services soient en mesure de stimuler l'utilisation de ces services [9].

On peut apprécier la qualité des soins sous deux angles : la qualité technique qui renvoie essentiellement aux compétences et aux pratiques

professionnelles et la qualité perçue (satisfaction du patient par rapport à l'accessibilité, à la réactivité, à la globalité, à la continuité, et à l'efficacité des soins).

Nous nous intéresserons dans cette étude à l'autre dimension non moins importante de la qualité de soins dont on s'est peu soucié jusqu'à présent : la qualité perçue. Elle met en relief la qualité des relations entre les patients et les professionnels de santé.

La qualité se mesure habituellement par rapport à des standards de soins ou de normes. Il existe des standards de soins qui définissent la qualité des soins. L'adhésion à ces normes et standards connaît des limites en raison de l'absence d'un système de mesure et d'une stratégie de contrôle de la qualité (par exemple l'évaluation, l'accréditation).

En plus il existe des difficultés de mobilisation des ressources adéquates à tous les niveaux, bien que la disponibilité des ressources ne garantisse pas à elle seule des soins de qualité [6].

Les conceptions de la qualité s'appuient, plus ou moins explicitement sur les prémisses suivantes : des ressources adéquates, utilisées selon les « règles de l'art », conduisant à la production de services appropriés, dont la prescription (par les professionnels) et l'utilisation (par les usagers) pertinentes ont un impact positif sur la santé [9].

La qualité est une propriété plutôt relative qu'absolue dont l'optimum est fonction du contexte socio-économique, du niveau des ressources, des intrants technologiques et des valeurs culturelles du milieu [9]. D'après Donabedian (Donabedian, 1992), la qualité englobe tous les aspects ci-dessus cités et peut être classée selon six attributs : efficacité, efficience, caractère optimal, acceptabilité, légitimité et équité.

La mesure de la qualité renvoie aux travaux de Donabedian (Donabedian, 1990, Donabedian 1992) qui portent sur trois éléments à savoir : les ressources y compris l'organisation, les processus et les résultats [9].

Dans un contexte de sous-utilisation des services de santé [3], malgré l'extension de la couverture sanitaire dans le pays qui compte actuellement près de 776 CScoms et 59 CSRef (réalisations du Gouvernement 8 juin 2002- 31 mars 2007), l'effort pour la qualité constitue un élément important dans le système d'offre de service.

La perception de la qualité des soins par la population explique - t- elle le niveau de fréquentation des services du CSRef de Kidal ?

OBJECTIFS

1. Objectif général

Evaluer la qualité des soins offerts au Centre de Santé de Référence de KIDAL telle que perçue par les populations.

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer le niveau de fréquence d'utilisation des services de santé offerts par le Centre de Santé de Référence de KIDAL ;
- Identifier le niveau de qualification des prestataires de soins du Centre de Santé de Référence de KIDAL ;
- Evaluer la satisfaction de la population par rapport à la qualité des soins reçus, notamment en rapport avec leur globalité, leur continuité et leur réactivité.

GÉNÉRALITÉS

1. Revue de la littérature

Les politiques de santé des pays africains au sud du Sahara ont connu de nombreuses réformes depuis trois décennies dont entre autres l'apparition d'un secteur privé communautaire à but non lucratif mais également privé à but lucratif (médecine, pharmacie, laboratoire, cabinets dentaires dès les années 1985 au Mali et dans les cinq années qui ont suivi au Burkina Faso, Sénégal et au Niger [4]. En même temps la plupart des politiques nationales de santé accompagnées par les partenaires au développement ont considérablement renforcé l'offre publique de soin de premier niveau [4]. Mais en dépit de cet accroissement substantiel de l'offre des soins, les taux d'utilisation des structures de soins sont restés faibles dans l'ensemble de ces pays et oscille en 2003 entre 0,10 et 0,30 contacts par personne et par an [4].

- **Déterminants de l'utilisation des services de santé dans les pays en développement :**

Les déterminants de l'utilisation des structures de soins peuvent se classer en trois grands groupes, les **déterminants financiers** (recouvrement des coûts, paiement direct des soins, niveau de revenu des ménages, prix et coût des soins, coût du transport, couverture maladie), les **déterminants liés à la qualité des soins** (qualité structurelle, disponibilité en médicament, processus de soins, relation soignant / soigné, qualité perçue, satisfaction des usagers) et les **déterminants socioculturels** [4].

Les **autres déterminants** sont plus spécifiques et dépendants de l'environnement (accès géographique, état de santé des patients), des caractéristiques des individus (âge, genre, instruction) et des cultures et pratiques (perception de la maladie et de sa gravité) [4].

Dans une étude réalisée en 2005 par **Mushagalusa SALONGO [18]** sur les déterminants socio-économiques de l'utilisation des services, il ressort que l'utilisation des services de santé est un évènement dichotomique, soit l'individu utilise soit il n'utilise pas. La demande des soins de l'individu est donc mesurée par la probabilité d'accéder aux services de santé s'il est malade. Ainsi deux individus ayant des caractéristiques socio-économiques différentes auront des probabilités inégales d'accéder aux soins.

Selon leurs observations, une étude sur les caractéristiques de la population libanaise ne bénéficiant d'aucune couverture médicale [14] a révélé que l'accès aux soins de santé existe quand il y a utilisation des services de santé et dans ce contexte il prend la forme d'un « **accès réalisé** ». Dans le cas contraire, quand il n'y a pas utilisation des services de santé ou quand cette utilisation est limitée face à un besoin, cet accès devient un « **accès potentiel** » et plusieurs obstacles sont présumés (Northam, 1996) [14]. Ils peuvent être :

- d'ordre **géographique** quand il est nécessaire de parcourir de grandes distances pour accéder aux soins,
- d'ordre **financier** et se retrouvent surtout dans les pays où il n'existe pas de système d'assurance maladie couvrant l'ensemble de la population tels qu'aux **Etats-Unis**.
- d'ordre **temporel** se trouvent dans les pays comme la **Grande Bretagne** où existent de longues listes d'attente pour des opérations courantes [14].
- **obstacles d'ordre social et culturel** : **social** parce que les catégories favorisées peuvent plus facilement accéder à des équipements de haut niveau en raison de leur réseau de

relation ou de leur information et **culturel**, car des croyances ou des modes de représentation liés à l'appartenance culturelle peuvent créer des barrières pour l'accès aux soins [14]. Ceci est particulièrement vrai pour les pays en voie de développement, mais aussi pour des pays où existent des minorités ethniques (**Lucas Gabrielli, Nabet et Tomeler 2001**) [14].

D'après **Kroeger (1983)** qui a compilé plusieurs études réalisées dans les pays en voie de développement et selon une étude réalisée en 2000 par **SISSOKO H.** sur les aspects liés à l'utilisation des accoucheuses traditionnelles [20], il ressort que les principaux déterminants de l'utilisation des services de santé dans ces pays peuvent être regroupés de la façon suivante :

- **Caractéristiques des individus ou les facteurs prédisposant** : socio-démographique (l'âge, le sexe, l'éducation, la taille de la famille, le statut matrimonial, la religion, l'ethnie) ;
- **Caractéristiques liées à la maladie, aux perceptions** qu'ont les patients de la maladie : le caractère chronique ou aigu, sévère ou bénin de la maladie, les contextes étiologiques attribués à celle-ci et les bénéfices attendus de l'utilisation d'une ressource de santé ou d'une autre ;
- **Caractéristiques des services offerts et les perceptions** qu'ont les patients ou les facteurs facilitant : l'accessibilité géographique, l'acceptabilité des dispensateurs de soins, l'attrait généré par la qualité des soins, les coûts.

- **Modèle d'utilisation des services de santé**

Le modèle de comportement de l'utilisation des services de santé (**Andersen 2001**) [20], constitue le cadre de référence de cette étude. Le modèle suggérait que l'utilisation des services de santé est fonction de la prédisposition des personnes à utiliser ces services, des éléments qui facilitent ou entravent cette utilisation et des besoins des personnes à recourir aux soins. L'unité de mesure était la famille.

En 1992, un modèle d'utilisation appliqué aux pays en développement a été proposé par **Fournier P et Haddad**. Il s'agit d'un modèle séquentiel dans lequel on distingue trois étapes très liées par différents mécanismes :

- **l'émergence du besoin de santé,**
- **l'expression du besoin de service et le choix d'un prestataire et**
- **la concrétisation de ce besoin** qui se traduira par des comportements d'utilisation et de non utilisation. [20].

Cependant, l'élément principal du modèle, reste le comportement des individus en particulier au niveau de leur utilisation des services de santé et des résultats qui en découlent en terme d'état de santé et de satisfaction des services [14]. Le modèle comporte donc quatre variables : les caractéristiques contextuelles, les caractéristiques individuelles, le comportement de santé et les résultats de santé [14].

Les caractéristiques contextuelles sont réparties en :

- . **éléments prédisposant** (caractéristiques démographiques, caractéristiques sociales et les croyances) à l'utilisation des services de santé,
- . **éléments favorisant** l'utilisation des services de santé (politique de santé, financement et organisation des services de santé), et

. en **besoins ressentis** (mesures de santé liées à l'environnement, et indicatrices de santé tels que le taux de mortalité de morbidité et de handicap) ou évalués justifiant l'utilisation des services de santé.

Les caractéristiques individuelles qui présentent les mêmes caractéristiques que les précédents.

Les comportements de santé relèvent des pratiques individuelles de santé, du processus de soins et de l'utilisation des services de santé.

Les résultats peuvent découler de l'utilisation des services : l'état de santé perçu, l'état de santé évalué et la satisfaction du patient.

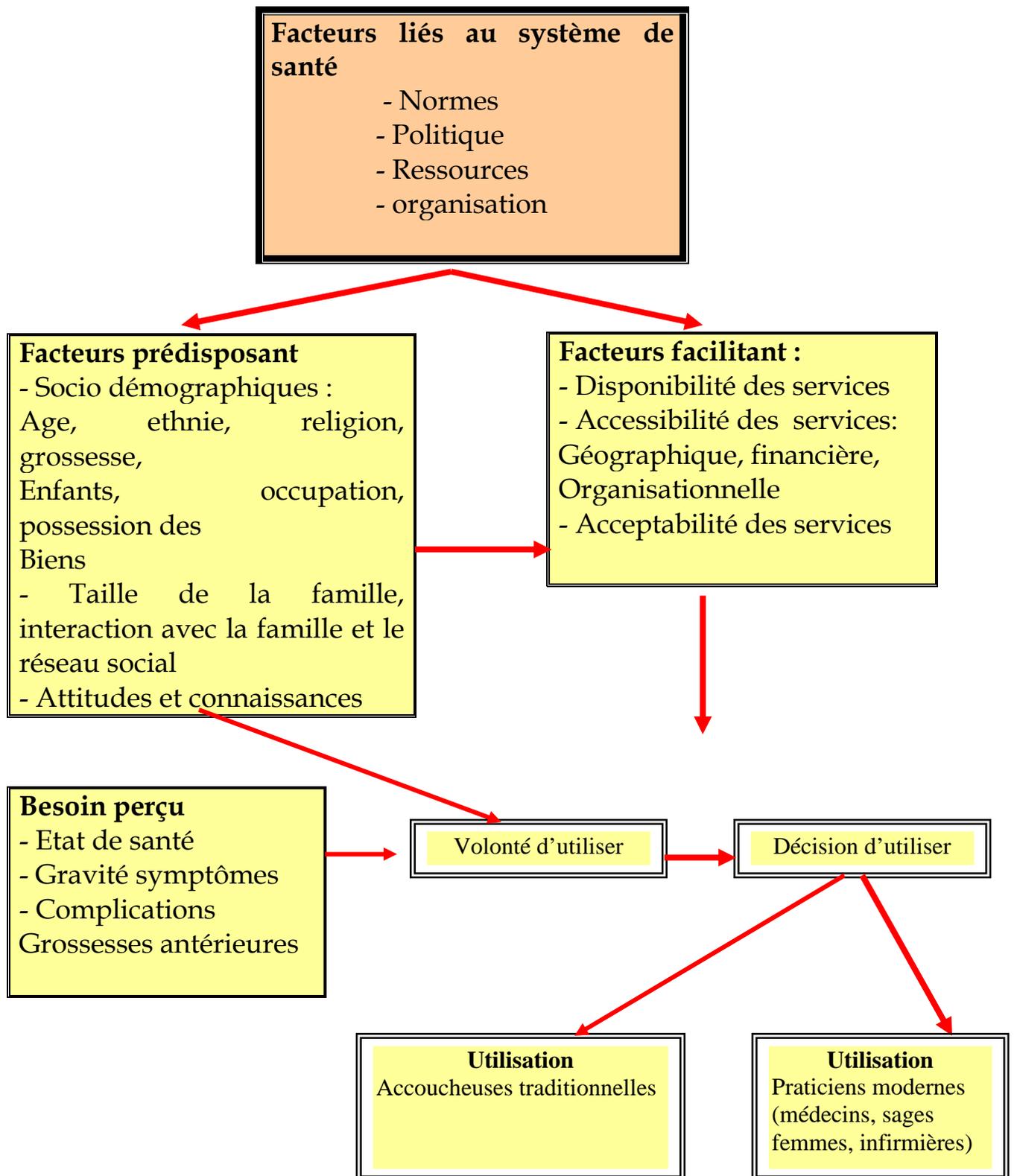


SCHÉMA I: CADRE CONCEPTUEL DU SYSTÈME DE SOIN D'APRÈS LE MODÈLE DE POOLE ET CARLTON (1986).

- **Déterminants liés à la qualité des soins**

Différentes définitions permettent de mettre en évidence les composantes essentielles de la qualité des soins.

- **Selon l'école Américaine**

La qualité des soins recouvre cinq composantes :

- L'efficacité médicale,
- La conformité aux normes scientifiques admises par les plus hautes autorités en la matière,
- L'adéquation entre l'offre de prestation et les besoins des malades,
- La sûreté (minimum de risque pour le malade),
- L'efficacité économique permet à qualité égale une utilisation optimale des ressources disponibles.

- **Selon l'OMS**

La qualité est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.

Selon **Donabedian (1980)** la satisfaction peut être considérée comme un résultat de la prestation de service (les usagers plus satisfaits sont plus fidèles au traitement) ; les usagers peuvent contribuer à définir la qualité dans ce domaine, ils ont généralement une vision plus large que celle des praticiens (notamment en ce qui a trait aux aspects interpersonnels). En

exprimant leur niveau de satisfaction, les usagers font une évaluation de la qualité des services.

En outre, la qualité ne peut être considérée en dehors de son contexte, c'est une propriété plus relative qu'absolue, et l'obtention de l'optimum est contrariée par le contexte socio - économique, le niveau de ressources, les intrants technologiques et bien entendu les valeurs culturelles du milieu. [9] Pour Donabedian (Donabedian, 1992), la qualité englobe tous ces aspects. Il en classe les attributs en six **(6)** grandes catégories : l'efficacité, l'efficience, le caractère optimal, l'acceptabilité, la légitimité, et l'équité.

La 1^{ère} catégorie (**efficacité**) renvoie au résultat en terme de santé. L'efficience et le caractère optimal sont proches et nuancent la notion de résultat pour intégrer des contraintes, entre autres financières. La quatrième catégorie (**l'acceptabilité**) permet de prendre en compte l'environnement technique et social et aussi les caractéristiques de la personne concernée par l'intervention ou l'acte. Finalement, les notions de légitimité et d'équité se rapportent à des préférences et des valeurs sociales [9].

- Attributs et dimension de la qualité [9]

TABLEAU I : ATTRIBUTS ET DIMENSIONS DE LA QUALITÉ DES SOINS :

Ressources
Présence de médicaments de qualité Disponibilité des médicaments Locaux adéquats Disponibilité « d'appareils » Nombre de docteurs (en fait de personnels de santé) Personnel qualifié pour traiter les hommes Personnel qualifié pour traiter les femmes
Processus (aspects technique)
Examen clinique convenablement exécuté Utilisation appropriée Diagnostic bien porté Médicaments adéquats prescrits Surveillance jusqu'à la guérison
Processus (aspects interpersonnels)
Accueil convenable Marques de compassion (voire pitié) Respect du patient en tant que personne Temps consacré suffisant Explication pour éviter que la maladie ne se reproduise Honnêteté dans les comportements professionnels et extra professionnels
Résultats
Efficacité des soins Guérison rapide

Source : FOURNIER P, HADDAD S, Dimension de la qualité de services de santé en Afrique au Sud du Sahara, in Brunet-Jailly, J(ed), Innover dans les systèmes de santé.

La qualité perçue par les usagers recouvre un spectre très large de représentations. Bien entendu les ressources (médicaments, médecins, locaux) y occupent une place importante mais d'autres attributs comme la compétence du personnel ou les relations entre les patients et les professionnels sont également présents [9] .

TABLEAU II: DETERMINANTS DE L'ACCÈS FOCALISÉS SUR LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ (D'APRÈS PENCHANSKY / THOMAS, 1981)

Dimension	Acceptabilité	Disponibilité	Accessibilité	Qualité des soins	Accès financier
Facteurs potentiels influant sur l'accès aux services de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Processus de prise de décision au niveau ménage, - Perception en ce qui concerne les maladies, les prestataires, les médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> - Paquet de service définit, - Stock de médicaments, vaccins, - Personnel de santé techniquement compétent, - Infrastructure, - Diagnostic 	<ul style="list-style-type: none"> - Distance des centres de santé, Horaires ; routes et transport ; - Système de références et service, ambulance 	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil, - intimité donnée aux patients, - Accès à l'eau, l'électricité, l'hygiène, - maintien, nettoyage 	<ul style="list-style-type: none"> - Coûts directs et indirects ; - Mode de paiement ; - Ressources et capitaux du ménage (argent, réseaux sociaux, épargne, crédit etc.)

2. Généralités sur le Mali [17]

Le Mali est un vaste pays continental de l'Afrique de l'Ouest situé dans la zone soudano-sahélienne couvrant une superficie de 1 241 238 km². Il est limité au nord par l'Algérie, à l'est par le Niger et le Burkina Faso, à l'ouest par le Sénégal et Mauritanie, au sud par la Guinée, la Côte d'Ivoire et le Burkina Faso.

Le Mali est traversé par les deux plus grands fleuves de l'Afrique de l'Ouest : le Niger et le Sénégal. Des barrages ont été construits sur ces fleuves notamment ceux de Manantali, Selingué, Markala et d'autres petits barrages surtout au plateau dogon.

- **Situation administrative et socio-démographique**

Le Mali est divisé en 8 régions économiques et administratives (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou, Kidal) et le District de Bamako qui a rang de région (voir carte 1) ; 55 cercles (actuellement préfectures) ; 285 arrondissements (sous préfectures) ; 701 communes dont 37 urbaines et 664 rurales.

Trois principales zones climatiques :

- les zones soudaniennes nord et sud avec en moyenne 1500 mm de pluie par an ;
- la zone sahélienne avec 200 à 800 mm de pluie par an ;
- la zone saharienne avec moins de 200 mm de pluie par an.

Selon le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH)², d'avril 1998, le Mali avait une population résidente de 9 810 912 habitants dont 50,5% de Femmes contre 49,5 % d'hommes. Avec un taux d'accroissement annuel de 2,2 %, la population résidente estimée en 2006

² RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

à 11 616 052 d'habitants ³ atteindra **12 689 595** en 2007 et 19 153 000 habitants en 2025 (3). La population malienne est à 73,2% rurale, malgré une forte mobilité liée à l'exode rural. Elle se caractérise par sa jeunesse. En effet, 55,2% de la population a moins de 19 ans et 17 % moins de 5 ans dont 14 % âgé de 12 à 59 mois. Les femmes en âge de procréer représentent 22,6 % de la population générale.

Le Mali figure parmi les pays à forte croissance démographique. La densité de la population est faible (7,7 habitants par Km²), mais reste inégalement répartie.

TABLEAU III : RÉPARTITION DE LA POPULATION PAR RÉGION ET PAR SEXE EN 1998 :

RÉGION	POPULATION EN 1998			Taux d'Accroissement	Population totale 2007
	Hommes	Femmes	Total		
Kayes	671 678	702 638	1 374 316	2,3%	1 777 563
Koulikoro	778 332	792 175	1 570 507	2,5%	2 031 320
Sikasso	880 108	902 049	1 782 157	2,8%	2 305 071
Ségou	831 386	843 972	1 675 358	2,1%	2 166 935
Mopti	730 771	747 734	1 478 505	1,3%	1 912 323
Tombouctou	232 978	243 815	476 793	0,3%	616 692
Gao	193 517	201 077	394 594	1,2%	510 374
Kidal	22 285	20 101	42 386	2,2%	54 823
Bamako	514 967	501 329	1 016 296	4,0%	1 314 494
ENSEMBLE	4 856 022	4 954 890	9 810 912	2,2%	12 689 595
%	49,50%	50,50%	100%		100%

³ RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

Source : Recensement général de la population et de l'habitat, avril 1998 : principaux Résultats - janvier 2001

Le taux de natalité est estimé à 46,1 pour mille ; celui de la mortalité générale est de 15,2 pour mille et l'espérance de vie à la naissance est de 61,6 ans [21].

Les mariages précoces sont fréquents avec un âge médian à 16 ans pour les filles et 25 ans pour les garçons. Près de 50% de la population sont âgés de moins de 15 ans et plus de 45% sont de 15 à 49ans. Les scolaires entre 5 à 19 ans constituent 37% de la population. Le taux d'alphabétisation des adultes au niveau national reste faible. Il était de 26% en 1997 avec des fortes disparités d'une part entre les hommes et femmes et d'autre part entre zones urbaines et zones rurales. Le Mali est un pays pauvre. Seulement 49% de la population et 50% de la population urbaine ont accès à l'eau potable. L'économie repose essentiellement sur l'agriculture l'élevage et la pêche.

TABLEAU IV : ÉVOLUTION DE LA POPULATION MALIENNE EN MILLIER D'HABITANTS

	1995	2005	2015	2022	2025
Population totale	9 012	11 366	14 896	17 500	19 153
Population rurale	6 611	7 581	8 834	9 418	9 785
Population urbaine	2 351	4 162	6 779	8 062	9 368

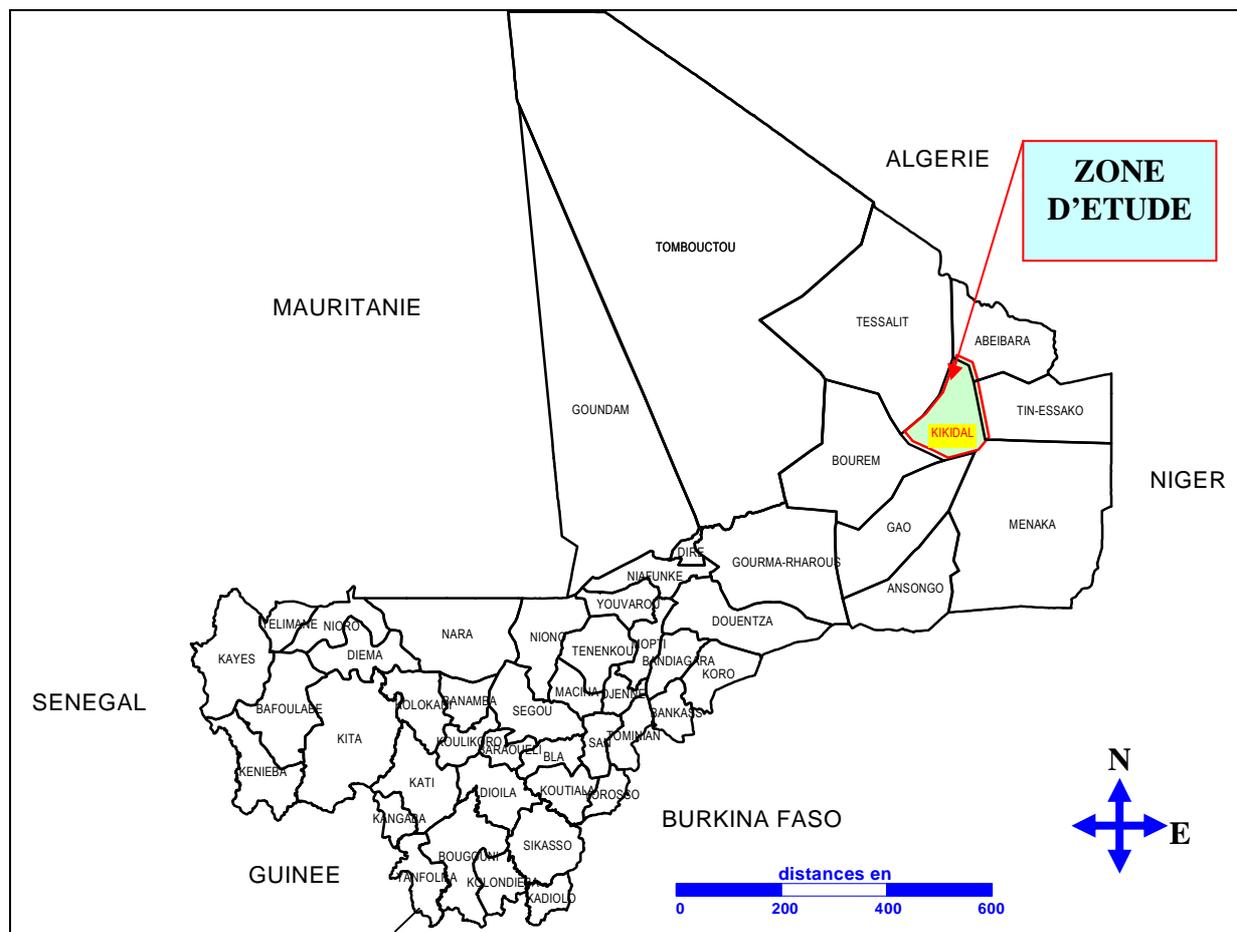
Source : Prospectives Mali 2025.

Le régime politique est basé sur la démocratie et le multipartisme.

Depuis 1992 le régime constitutionnel malien a opté pour la décentralisation, c'est à dire la décentralisation et la responsabilité des communautés dans la gestion des affaires publiques. Les responsabilités de chaque niveau administratif sont clairement définies et, le plan de

développement économique et social ainsi que les plans sectoriels sont élaborés dans le respect des attributions respectives des régions, districts, cercles et communes.

SCHEMA II : CARTE ADMINISTRATIVE DU MALI – RÉGIONS ET CERCLES



Source : Comprendre l'impact de la décentralisation sur les services de la santé de la reproduction, revue documentaire, INRSP / ASACOBA, 2000.

- **Situation sanitaire**

- Historique

Dès le début des années 1970, les problèmes financiers de l'Etat malien ont fait qu'il ne pouvait plus assurer correctement le fonctionnement des formations sanitaires publiques. Parallèlement, les besoins de santé des populations ne cessaient de croître d'année en année. [1] Dès lors, le principe de la gratuité des soins était remis en cause. Le début des années 1980 a vu les moyens consacrés par l'Etat à la santé s'amenuiser et leur mauvaise gestion a conduit à une baisse progressive de la qualité des prestations dans les structures sanitaires publiques [1]. Par exemple, de 1970 à 1988, la part du budget de l'Etat consacré à la santé passait de 9% à 4% du budget total; de 1983 à 1987, les investissements dans le secteur santé passaient de 52% à 9% du budget alloué à la santé (MSPAS, 1989).

Face à cette réalité, la fin des années 80, a vu différentes expériences de "recouvrement des coûts", c'est à dire de paiement direct par les ménages, se développer dans le pays, suivant le principe de la prise en charge par les communautés elles-mêmes de leur propre santé.

En effet, plus qu'une simple exigence d'autonomie ou de participation communautaire, il s'est agi en réalité de répondre à une nécessité économique, vue l'incapacité des structures publiques d'assurer aux populations un niveau de soins décent, à cause de ressources insuffisantes et de mauvaise gestion[1].

Le 15 décembre 1990, fut adoptée une déclaration de politique nationale de santé et population avec pour objectif fondamental l'amélioration des conditions de vie de population à travers l'éducation, la santé, le logement, l'alimentation, la nutrition[15].

L'adoption du PRODESS et au regard de la composante « intégration de la lutte contre la maladie et des actions en matière de santé de la reproduction et de nutrition », une nouvelle réforme de la Direction Nationale de la Santé Publique est intervenue avec la création de la Division Santé de la Reproduction en 2000 en lieu et place de la DSFC⁴.

- Organisation de la gestion des soins

⁴ DSFC : Division Santé Familiale et Communautaire

Le Mali est partie prenante dans toutes les stratégies adoptées par la région africaine en matière de santé, notamment la stratégie de lutte contre les endémies majeures qui sévissent dans le monde et particulièrement dans la sous-région.

De 1960 à nos jours, beaucoup d'efforts de financement et de réalisation ont été accomplis par l'état malien, avec le concours des partenaires techniques et financiers et des populations.

Un plan décennal de développement sanitaire et social (1981-1990) fut élaboré. La première séquence du plan (1981-1986) était censée être exécuté dans le cadre des différents projets qui étaient soit en cours de préparation, soit en cours d'exécution.

Le gouvernement, dans le cadre de sa politique de développement à la base, créa des comités locaux de développement (CLD) au niveau de chaque cercle, chargés de mobiliser des fonds en vue de contribuer au financement du développement local. Leur assiette était assise sur le recouvrement d'une taxe appelée taxe de développement. Dans la zone du projet PDS (Kita, Bafoulabé, et Kéniéba), le fonds devrait contribuer à subventionner les soins afin de réduire notablement la contribution des populations. La pratique du recouvrement des coûts, qui débuta en 1984 dans la zone du PDS, fut généralisée par la suite, avec le concours des ONG (Association française des volontaires du progrès, volontaires du corps de la paix, coopération Suisse,...) , avec des approches variées selon les réalités du terrain.

En 1990 un projet financé par la banque mondiale, vit le jour sous l'appellation de << Projet santé, population et hydraulique rurale >> (PSP- HR). A la conception de ce projet, la partie malienne proposa une nouvelle approche de développement de la santé. Elle tirait les leçons de

tous les projets mis en œuvre depuis. Celle-ci proposa une rationalisation des interventions sur le terrain. (12).

Tirant les leçons de ces différentes expériences, la 37^{ème} réunion de l'Organisation mondiale de la santé, tenue à Bamako en septembre 1987 adopte une nouvelle stratégie des soins de santé primaires, appelée « Initiative de Bamako »

C'est ainsi qu'en décembre 1990 [15], a été élaboré la déclaration de politique sectorielle de santé et population dont le but est « d'améliorer le niveau de santé de la population et plus particulièrement celui des femmes et des enfants.

En 1996, le département de la santé a lancé l'élaboration d'un plan décennal de développement sanitaire et social en adoptant une approche dite « approche programme ». Celle-ci consiste en une vision globale et intégrée du développement sanitaire et social de type participatif. Ainsi, en juin 1998, le gouvernement malien a adopté le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) allant de 1998 à 2007 et le premier programme quinquennal de ce plan à savoir le Programme de Développement Sanitaire et Social (1998-2002). Ce programme quinquennal a pour but essentiel d'atténuer la dégradation persistante de l'état de santé de la population malienne, malgré les efforts importants déployés par l'état malien avec l'appui de ses partenaires. Les objectifs spécifiques visés sont :

- la réduction de la mortalité, notamment maternelle et infanto-juvenile ;
- la réduction de la morbidité ;
- l'amélioration de l'accès et l'utilisation des services en centre fixe et au niveau communautaire ;

- L'information / éducation / communication et participation communautaire
- la lutte contre l'exclusion sociale ;
- la participation communautaire
 - **Indicateurs de santé**

Les principaux indicateurs de l'état de santé de la population malienne restent, malgré les efforts financiers réalisés dans le domaine du financement de la santé, assez faibles :

- Taux de couverture sanitaire : 50 à 75% dans un rayon de 5 et 15 km, (réalisations du gouvernement du 8 juin 2002- 31mars 2007)
- Taux de mortalité infantile qui passe de 113 pour mille en 2001 à 96 pour mille en 2006 (EDSM IV),
- Taux de mortalité infanto-juvenile : 229 pour mille [17],
- Taux de mortalité maternelle : 582/100000 naissances vivantes [17]
- Taux brut de mortalité : 45,1 pour mille [21],
- Taux de couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois (Source : Réalisations du gouvernement 8 juin 2002 au 31 mars 2007) ,
 - BCG : 100% ;
 - VAR : 84% ;
 - DTCP3 : 97%
 - Fièvre jaune : 80%.
- Nombre de cas de VIH/SIDA à la date du 31 Mars 2001 : 6639 [16],
- En 2006, 71% des femmes en age de procréer ont été vaccinées contre le tétanos
- 85% des enfants de moins d'un an ont été vaccinés contre la rougeole ;

Selon une étude d'évaluation de l'impact des maladies chez les enfants de moins de 15 ans en milieu rural au Mali (Duflo et al, 1986, cité par CIHI, 1995), il a été établi que les principales causes de mortalité et de morbidité étaient dues surtout au paludisme (24,9%), les maladies diarrhéiques et gastro-entérites (13,3%), les problèmes néo-natals (11,0%), les infections respiratoires aiguës (10,0%), la rougeole (10,0%), la malnutrition (8,9%), les hémoglobinoses (8,9%), le tétanos (2,6%).

L'organisation du système de santé comprend trois niveaux :

Le niveau central qui joue un rôle de conception, d'appui stratégique, d'évaluation et de mobilisation des ressources, de prise de décision politique.

1. Le niveau intermédiaire ou régional qui joue le rôle d'appui au niveau périphérique.
2. Le niveau opérationnel qui joue un rôle de programmation et d'exécution des opérations.

De gros efforts ont été déployés pour le développement des ressources humaines. En dépit de tous les efforts en matière de recrutement, les ratios personnel/population reste très en deçà des normes de l'OMS. Le Ratio nombre d'habitant par catégorie de personnel en 2001 est résumé dans le tableau ci dessous :

TABLEAU V : RATIO DE COUVERTURE EN PERSONNEL DE SANTÉ SELON LA QUALIFICATION AU MALI EN 2001 :

Catégorie	Effectifs	Ratios	Normes OMS
Médecins (toutes spécialités)	719	14 612	10 000
Infirmiers d'état	579	18 145	5 000
Infirmiers de santé	751	13 989	5 000
Sages femmes	490	21 440	5 000
Infirmières obstétriciennes	169	62 163	5 000

Source : Rapport Direction Nationale de la Santé (2001)

Aucune catégorie d'agent n'atteint le niveau des normes recommandées.

CENTRE DE SANTE DE CERCLE

DECIDEURS

Conseil de Gestion du
CSRéf

CONSULTANTS

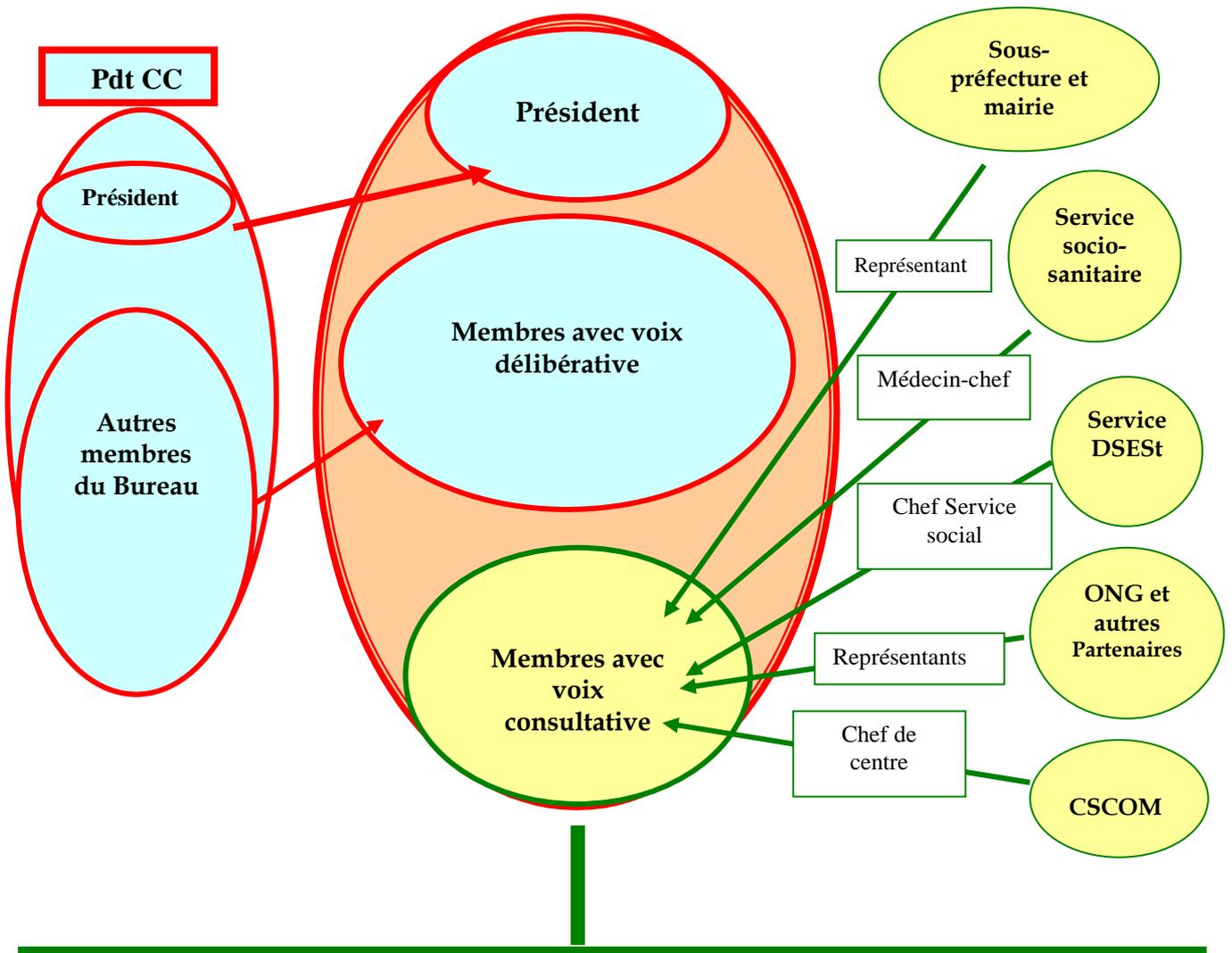


SCHÉMA IV : STRUCTURE DE GESTION DU CENTRE DE SANTE DE CERCLE

(D'après AG IKNANE A et al, *La santé communautaire au Mali : Aspects juridiques réglementaires et économie politique*, Editions Jamana, Mai2000).

MÉTHODOLOGIE

1. Cadre et lieu de l'étude

L'étude a été réalisée au centre de santé de référence de Kidal, chef lieu du cercle.

Le cercle de KIDAL couvre une superficie de 21 353 Km² soit 14,2% de la superficie de la région et 1,7% du territoire national.

Il est limité :

- au Nord-Ouest par le cercle de Tessalit ;
- au Nord-Est par le cercle d'Abeïbara ;
- à l'Est par le cercle de Tin-essako ;
- au Sud- Est par le cercle de Menaka ;
- au Sud par le cercle de Gao ;
- au Sud-Ouest par le cercle de Bourem.

Constitué de 49 fractions nomades et une ville, le cercle de KIDAL est subdivisé en 3 communes dont 2 rurales (Essouk et Anefis) et une Urbaine (KIDAL).

Le cercle de KIDAL a une population de 21 932 habitants composée essentiellement des Kel tamasheq et de maures mais aussi de sonrhaï et des Bambara.

Le relief de la région en général et du cercle de KIDAL en particulier repose entièrement sur un socle précambrien granitique et métamorphique avec des terrains sédimentaires des vallées du telemisi (ancien détroit soudanais), du Tamasna et du Tanezrouft.

Les sols dans le cercle sont de deux (2) types principaux :

- les sols argilo sableux : zones d'agriculture et d'élevage
- les sols sablo rocailleux : propices à l'élevage.

La végétation est essentiellement composée d'espèces herbacées à laquelle s'ajoute une végétation ligneuse à dominante épineuse.

L'année se partage en trois (3) saisons principales :

- une saison sèche et chaude allant de mars à juin, caractérisée par l'harmattan sec et chaud avec une température au-delà de 45 °c

- une saison de pluie allant de juin à octobre caractérisée par des pluies irrégulières dont les valeurs varient entre 10 et 150 mm/an, un vent chaud et humide (tempête de sable) qui rend la visibilité presque nulle et la respiration très difficile.

- une saison sèche et froide allant de septembre à mars se caractérisant par la baisse considérable de température surtout les nuits (jusqu'à 11°C).

Le cercle de KIDAL est subdivisé en cinq (5) aires de santé (Aghabo, Aliou, Anefif, Etambar, Kidal central) et une Référence (CSref de KIDAL).

La communication est assurée par : télégraphe, téléphone (Sotelma Malitel, Orange Mali), deux radios rurales et le RAC.

2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective de type transversale à passage unique par sondage systématique. Elle a concerné les sujets de 15 ans et plus des deux sexes présents le jour de l'étude et tous les prestataires de soins du CSRef de Kidal.

L'étude a duré un (1) mois du 23 juin 2007 au 22 juillet 2007.

3. La population d'étude

La population étudiée était constituée par les résidants du cercle de KIDAL utilisateurs des services du Centre de Santé de Référence de KIDAL afin d'apprécier leur niveau de satisfaction par rapport aux services offerts par le centre et l'ensemble des prestataires de soins du CSRef de Kidal.

4. Echantillonnage

L'étude a concerné un échantillon de 130 personnes ayant fréquenté au moins une fois le CSRef de KIDAL. L'échantillon a été constitué en prenant 1 malade sur 3 venus en consultation et un échantillon exhaustif de tous les prestataires de soins du CSRef de Kidal.

➤ **Critères d'inclusion**

- Hommes et femmes âgés de 15 ans et plus,
- Résidants dans le cercle de KIDAL depuis au moins 6 mois ;
- Présents le jour de l'enquête et ayant accepté de participer à l'étude ;
- Tous les prestataires de soins du CSRef de Kidal.

➤ **Critères de non inclusion**

- Personnes ne pouvant répondre aux questions pour diverses raisons.
- Personnes de moins de 15 ans
- Personnes ne résidant pas dans le cercle de KIDAL depuis au moins 6 mois
- Personnes ne voulant pas participer à l'étude.

5. Technique de mesure des variables et de collecte des données

La collecte des données a été faite à partir d'un questionnaire sur une fiche d'enquête individuelle pour l'appréciation de la qualité perçue (voir questionnaires en annexes) et la liste des prestataires de soins du CSRef.

Pour apprécier la qualité des soins nous avons considéré le concept de qualité perçue par la population, dans ce sens nos stratégies se sont basées sur la satisfaction de la population par rapport à la qualité des soins reçus notamment au niveau de leur globalité, de leur continuité et de leur réactivité.

6. Instrument de collecte des données

L'instrument de collecte des données est un questionnaire portant sur l'appréciation générale de la qualité des soins en tenant compte de trois critères, à savoir l'accessibilité, la continuité et la réactivité des soins.

7. Déroulement de la collecte des données

L'enquête au niveau du CSRef de Kidal a eu lieu du 23 juin au 22 Juillet 2007. Elle avait concerné l'ensemble des personnes venues pour la consultation et les prestataires de soins du CSRef de Kidal.

Dans l'ensemble les enquêtés ont fait preuve de disponibilité et ont répondu clairement aux questions.

8. Analyse des données

Les données ont été saisies sur Epi-Info 6.04 et analysées à partir du logiciel SPSS 12.0 qui possède une batterie de tests statistiques usuels.

9. Considérations éthiques

Le respect de l'éthique et la déontologie médicale faisait partie intégrante de la présente étude qui s'est s'évertué au respect des aspects suivants :

- Consentement collectif de la population à travers les chefs de villages et conseillers et les membres du conseil d'administration du CSref,
- Consentement individuel des personnes au moment de l'enquête.

10. Contrôle de la qualité des données

Le contrôle des données a été assuré par un médecin spécialisé en santé publique ayant une expertise dans les enquêtes épidémiologiques, évaluatives et de qualité des soins.

La validité interne de l'étude a été assurée par le suivi strict et rigoureux du protocole appuyé par la supervision des agents du Csref de

KIDAL qui s'est faite tout au long de la phase de collecte et de traitement des données.

11. Ressources humaines

La présente étude est le fruit d'un partenariat entre le département Santé Communautaire de l'Institut National de Recherche en santé Publique (INRSP) du Mali⁵, le Centre national d'Appui à la Lutte contre la Maladie (CNAM) ⁶ et la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali ⁷à travers son DER de Santé Publique.

⁵ A travers le Dr Akory AG IKNANE, médecin spécialisé en santé publique, département santé communautaire

⁶ à travers le Professeur Abdel Kader TRAORE, directeur du Centre National d'Appui à la lutte contre la maladie

⁷ A travers le Pr. Sanoussi KONATE, Chef du DER de santé Publique à la FMPOS

RÉSULTATS

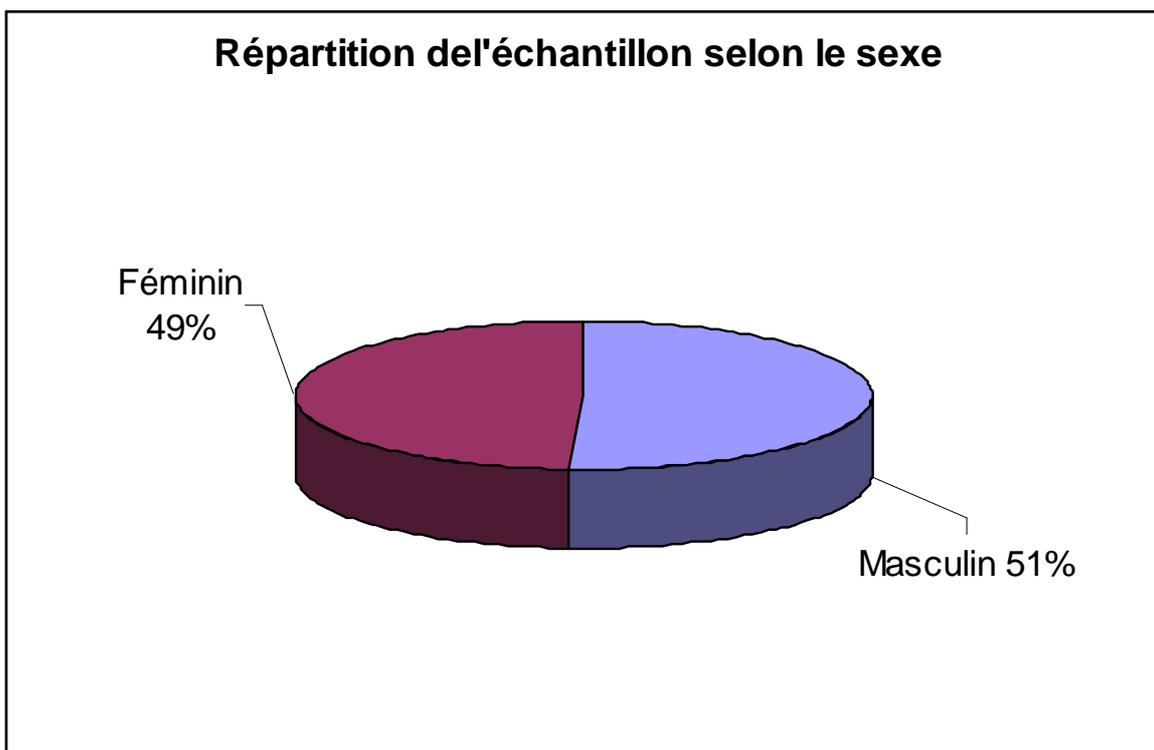
1. Perception de la population enquêtée par rapport à la qualité de soins

Ce chapitre concerne la **qualité perçue par la population** comportant les résultats de l'enquête réalisée au CSref.

Les résultats obtenus ont été interprétés tout en tenant compte de l'objectif de l'étude. De ces résultats découleront des recommandations afin de permettre aux autorités et aux prestataires de soins d'améliorer l'offre de service en terme de qualité et de satisfaction des usagers du CSref de KIDAL.

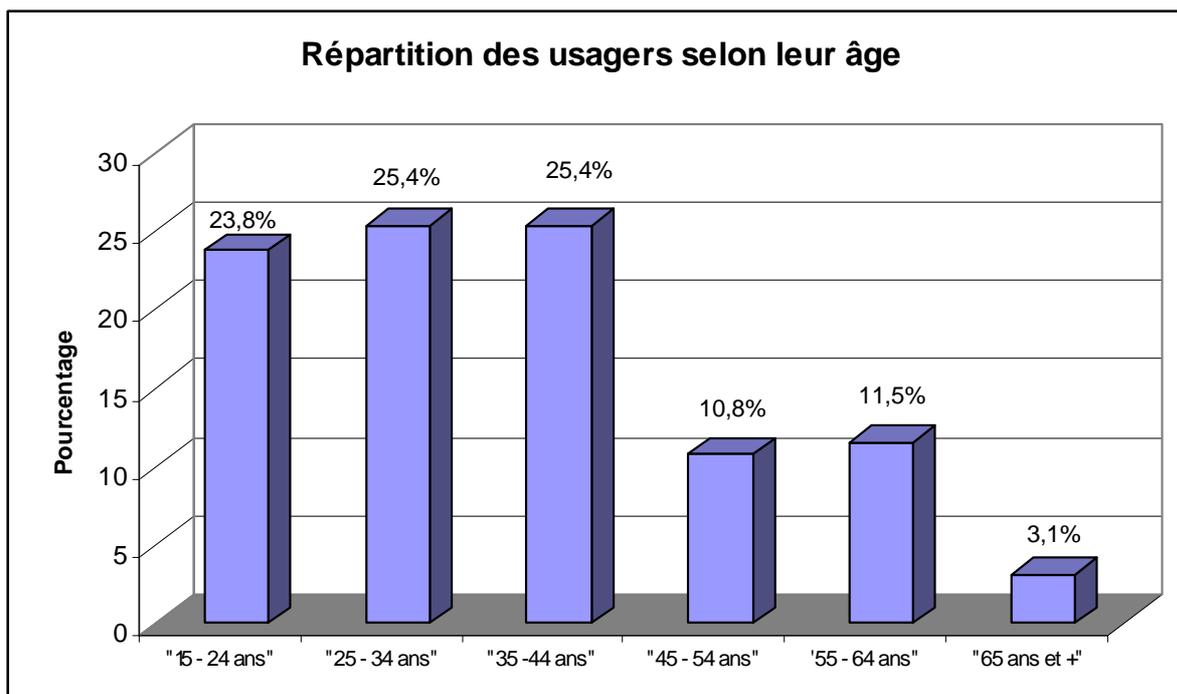
L'étude a concerné un échantillon de 130 personnes ayant fréquenté au moins une fois le CSRef de KIDAL et un échantillon exhaustif de tous les prestataires de soins du CSRef de Kidal (au nombre de 27).

2. Profil socio- démographique de l'échantillon étudié



Graphique 1

La répartition de l'échantillon selon le sexe montre que **51 %** était des hommes et **49 %** était des femmes, le sex ratio est de 1,03(**n= 130**).



Graphique 2

L'âge des répondants se répartit comme suit : les tranches d'âge 25-34 ans et 35-44 ans représentaient respectivement 25,4% chacun. (n= 130)

TABLEAU VI: RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LE NIVEAU D'ÉDUCATION (INSTRUCTION)

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage
N'a pas été à l'école	78	60
Primaire complet	24	18,5
Primaire incomplet	23	17,7
Niveau supérieur	5	3,8
Total	130	100,0

Les personnes n'ayant pas fréquenté l'école représentaient 60 % de l'échantillon. Parmi les usagers interrogés, ceux ayant uniquement le niveau secondaire n'y figuraient pas.

TABLEAU VII : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON L'ACTIVITÉ

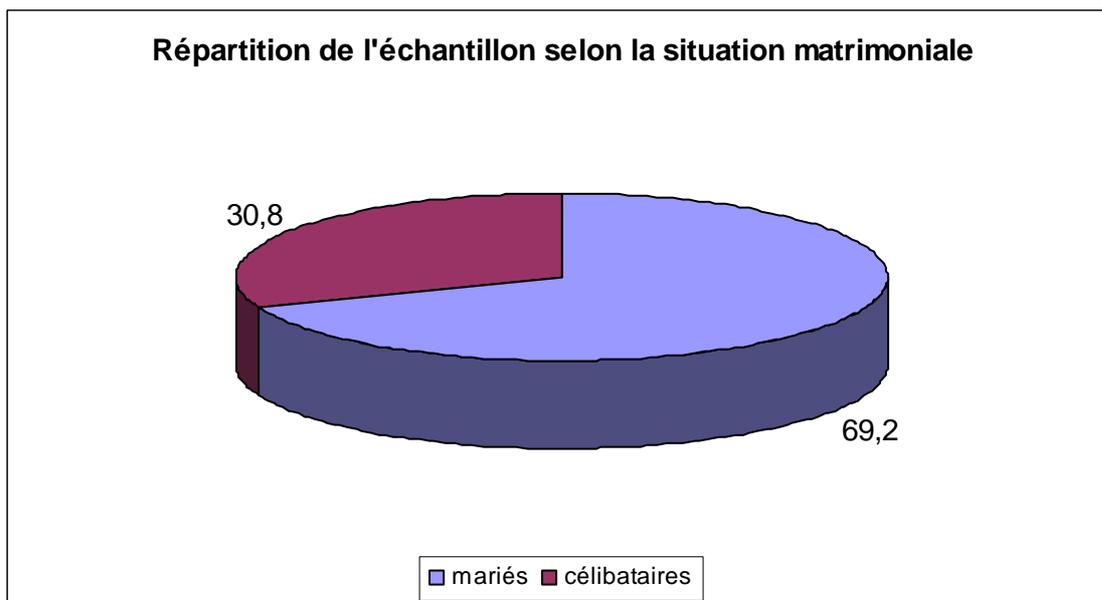
Activité actuelle	Fréquence	Pourcentage
ménagère	49	37,7
Commerçant	28	21,5
Eleveur	17	13,1
Fonctionnaire	17	13,1
Elève	7	5,4
Ouvrier	7	5,4
Chauffeur	3	2,3
Artisan	2	1,5
Total	130	100,0

La répartition de l'échantillon selon la profession montrait que **37,7%** de la population étaient représentées par des ménagères, **21,5 %** par des commerçants.

TABLEAU VIII : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LE LIEU DE RÉSIDENCE

Résidence	Fréquence	Pourcentage
Etambar	54	41,5
Centre ville	39	30
Engamali	20	15,4
Aliou	17	13,1
Total	130	100,0

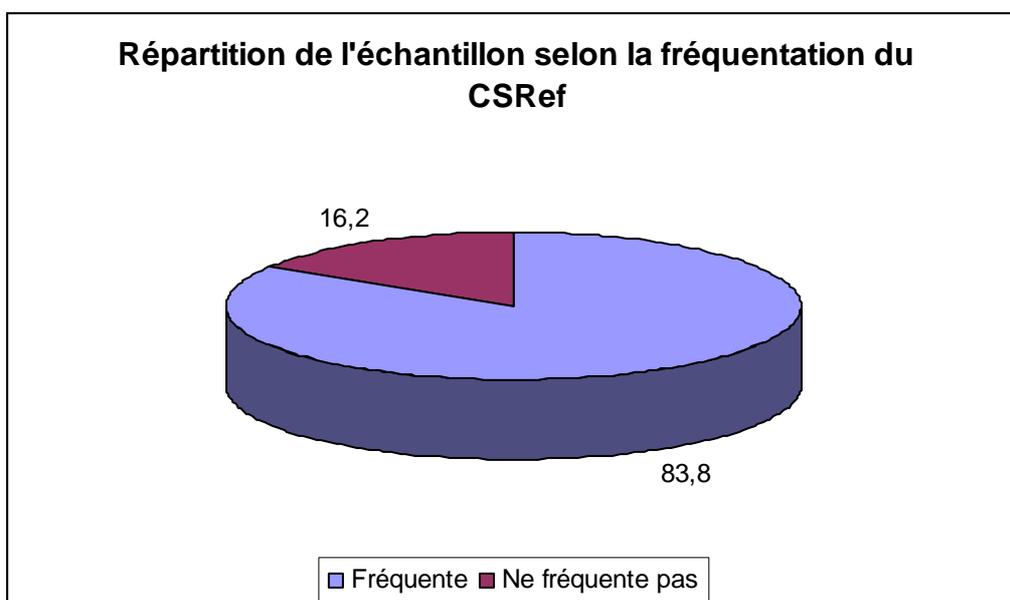
Les habitants du quartier Etambar constituaient **41,5 %** de l'échantillon.



Graphique 3

Les personnes mariées constituaient **69,2 %** de l'échantillon. (**n= 130**)

3. Utilisation des services de santé



Graphique 4

L'étude montrait que plus de la moitié de la population fréquente le CSRef soient **83,8 %**. (**n= 130**)

TABLEAU IX : RÉPARTITION DES USAGERS SELON LA NECESSITÉ DE SE FAIRE CONSULTER DEPUIS LA DERNIÈRE SAISON DES PLUIES

Nécessité de se faire consulter	Fréquence	Pourcentage
N'a jamais consulté	81	62,3
A consulté une seule fois	27	20,8
A consulté plus d'une fois	22	16,9
Total	130	100,0

Il ressortait que **62,3** % n'avaient pas eu besoin de se faire consulter depuis la dernière saison des pluies

TABLEAU X : OPINION DES USAGERS SELON LE NOMBRE DE CONSULTATION AU CSREF LIÉ À LA MALADIE DES ENFANTS DEPUIS LA DERNIÈRE SAISON DES PLUIES

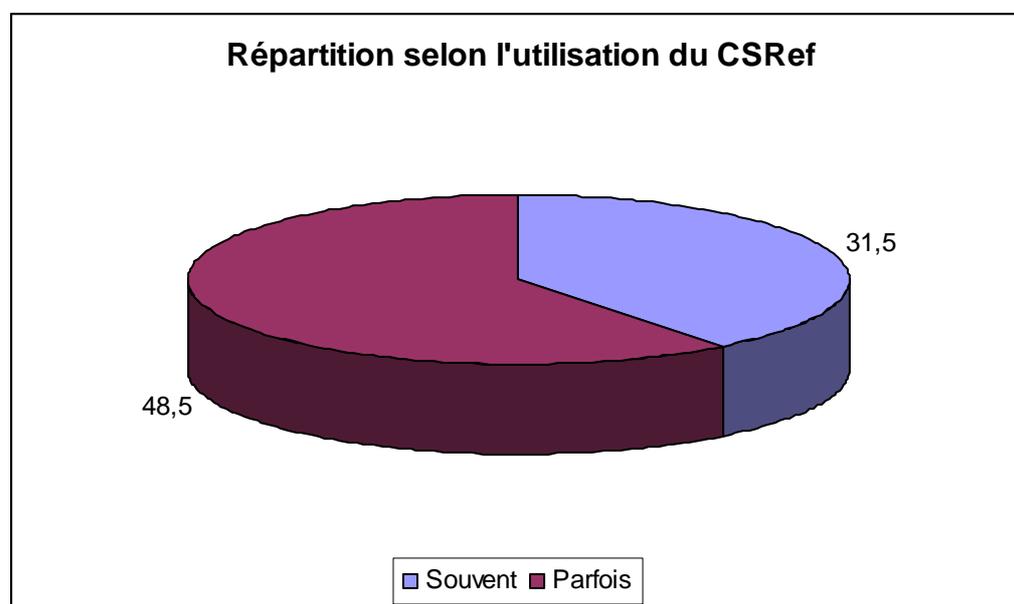
Nombre de consultation	Fréquence	Pourcentage
A consulté plus d'une fois	3	2,3
A consulté une fois	6	4,6
Aucune fois	121	93,1
Total	130	100,0

Ce résultat montrait que **93,1** % des usagers n'avaient pas eu le besoin d'amener leurs enfants pour se faire consulter.

TABLEAU XI: OPINION DES USAGERS SELON L'ENDROIT HABITUELLEMENT UTILISÉ POUR FAIRE FACE À UN PROBLÈME DE SANTÉ DEPUIS LA DERNIÈRE SAISON DES PLUIES

Endroit habituellement utilisé	Fréquence	Pourcentage
CSRef	78	60,5
Un autre Centre	13	10,1
Médecin dans une clinique médicale	26	19,3
Tradithérapeute	13	10,1
TOTAL	130	100,0

Il ressortait que 60,5 % des usagers utilisaient habituellement le CSRef pour faire face à un problème de santé.



Graphique 5

Le recours systématique à l'utilisation d'un service de santé par les populations était toujours du à un problème grave et **48,5 %** partaient parfois au Csref. (n= 130)

TABLEAU XII : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LA NECESSITÉ DE SE FAIRE CONSULTER SUITE À UN PROBLÈME

Consultation suite à un problème	Fréquence	Pourcentage
Toujours	14	10,8
Souvent	60	46,2
Parfois	42	32,3
Jamais	14	10,8
Total	130	100,0

La répartition de l'échantillon selon la nécessité de se faire consulter suite à un problème montrait que seules **10,8 %** partaient toujours au CSRef.

TABLEAU XIII : OPINION DES USAGERS SELON LA PERTE DE REVENU (TRAVAIL) LORSQU'ILS ONT EU RECOURS AU CSRef

Perte de revenu	Fréquence	Pourcentage
A fait une perte de revenu	16	12,3
N'a pas fait de perte	113	86,9
N'ont pas répondu à la question	1	0,8
Total	130	100,0

On note que **12,3 %** de l'échantillon ont connu une perte de revenu car ils n'avaient pas pu travailler.

TABLEAU XIV : OPINION DES USAGERS SELON L'UTILISATION DES « PHARMACIES PAR TERRE »

Utilisation de « pharmacie par terre »	Fréquence	Pourcentage
Une fois	5	38,5
Deux fois	6	46,2
Cinq fois	1	7,7
Dix fois	1	7,7
Total	13	100,0

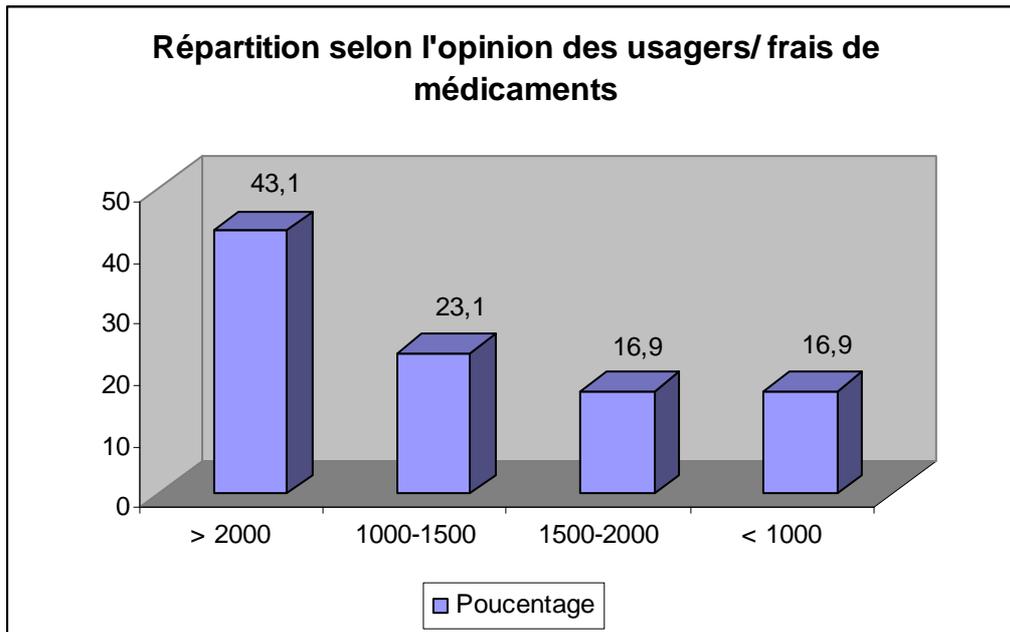
L'opinion des usagers selon l'utilisation de la « pharmacie par terre » montrait que **46,2 %** avaient utilisé deux fois les services de la « pharmacie par terre »

TABLEAU XV : OPINION DES USAGERS SELON L'UTILISATION DE MEDECIN TRADITIONNEL

Utilisation de médecin traditionnel	Fréquence	Pourcentage
Une fois	23	56,1
Deux fois	11	26,8
Trois fois	6	14,6
Quatre fois	1	2,4
Total	41	100,0

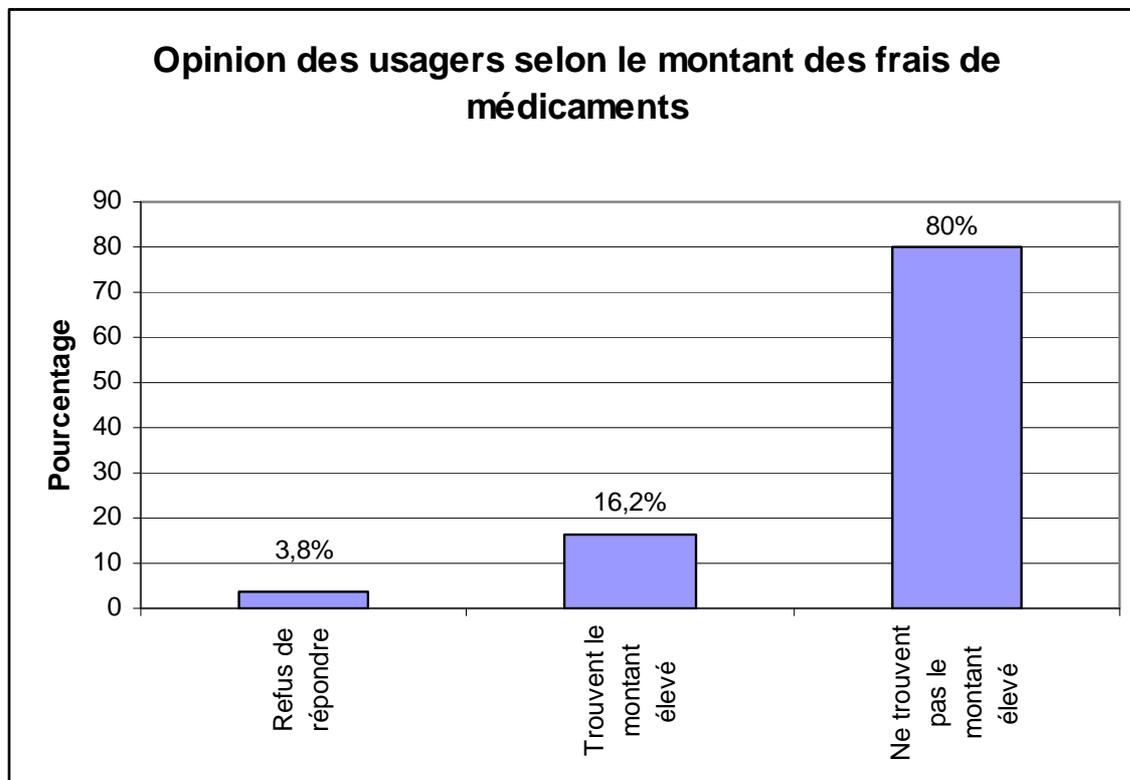
Dans l'échantillon, **56,1 %** des enquêtés avaient fréquenté une fois un Tradithérapeute.

4. Financement des soins (Accessibilité financière) :



Graphique 6

43,1% des personnes interrogées ont déclaré que les médicaments coûtaient plus de **2000f CFA.** (n= 130)



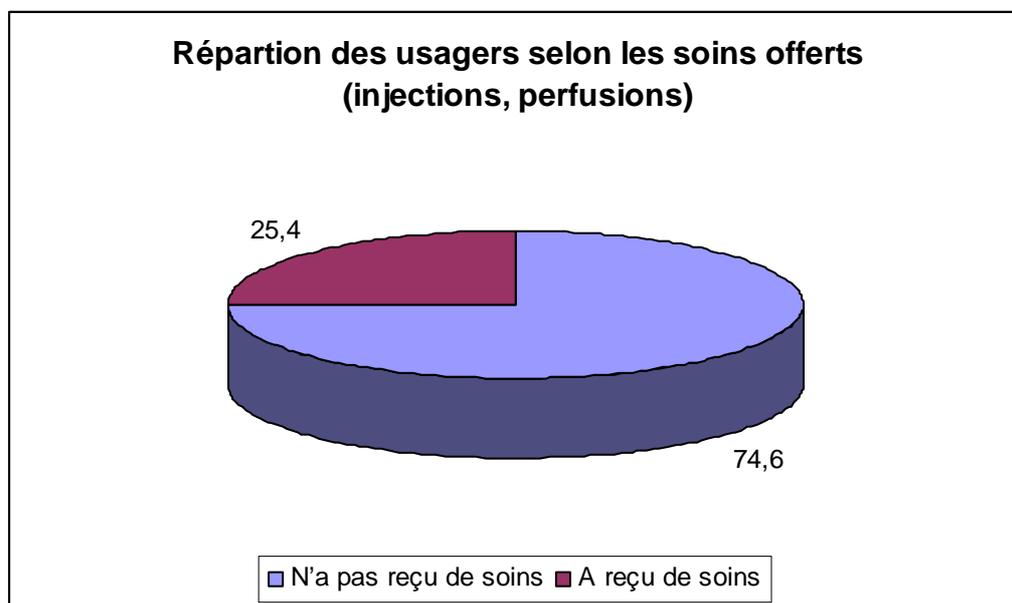
Plus de 80 % ne trouvaient pas le coût des médicaments élevé.

Tous les usagers du CSref connaissaient le montant de la consultation qui était de 500F.

TABLEAU XVI : OPINION DES USAGERS SELON LE MONTANT DES FRAIS DE CONSULTATION :

Opinion sur le montant des frais de consultation	Fréquence	Pourcentage
Ne trouvent pas le montant élevé	127	97,7
Trouvent le montant élevé	2	1,5
Ne répondent pas à la question	1	0,8
Total	130	100,0

Parmi les usagers qui venaient en consultation la presque totalité (97,7%) ne trouvait pas le montant des frais de consultation élevé.

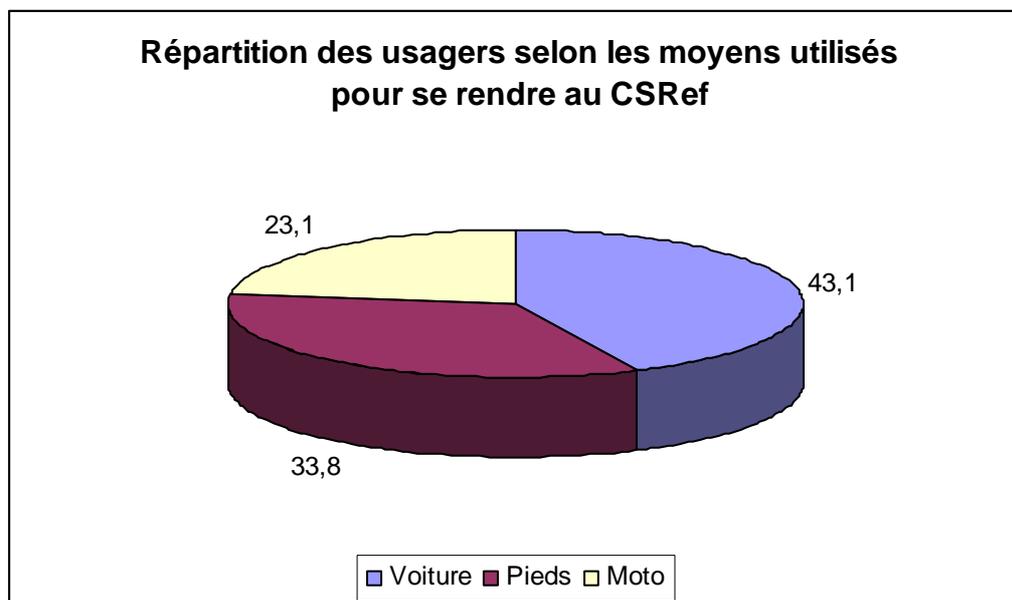


Graphique 7

Parmi les usagers qui fréquentaient le CSRef 74,6 % n'avaient reçu aucun soin. (n= 130)

5. Expressions de la qualité des soins

✓ Accessibilité géographique



Graphique 8

La majorité des usagers se rendait au CSRef en voiture soit **43,1 %**.

Près d'un patient sur quatre (**23,1%**) utilisaient la moto. (**n= 130**)

TABLEAU XVII : RÉPARTITION DES USAGERS SELON LE TEMPS MIS POUR ARRIVER AU CSRef

n = 130	Fréquence	Pourcentage
Moins de 15 mn	42	32,3
Entre 15 à 30 mn	69	53,1
De 30 à 45 mn	15	11,5
45 mn et plus	4	3,1
Total	130	100,0

Pour se rendre au centre de santé de référence, **53,1%** mettaient seulement entre 15 à 30 minutes.

TABLEAU XVII : OPINION DES USAGERS SELON L'ACCÈS AUX TOILETTES

n= 130	Fréquence	Pourcentage
Toilettes existantes et disponibles	63	48,5
Toilettes non disponibles	6	4,6
N'utilisent pas les toilettes	61	46,9
Total	69	100

Il n'y avait que **48,5%** seulement d'usagers qui connaissaient l'existence de toilettes.

TABLEAU XIX : RÉPARTITION DES ENQUÊTÉS SELON L'ACCÈS AU CSref EN DEHORS DES HEURES OUVRABLES

n= 130	Fréquence	Pourcentage
Beaucoup	2	1,5
Un peu	17	13,1
Pas du tout	100	76,9
N'ont pas répondu à la question	11	8,5
Total	130	100,0

76,6 % des enquêtés n'avaient pas eu régulièrement recours au CSRef en dehors des heures ouvrables contre seulement **13,1 %** qui y avaient eu recours.

Une proportion importante des usagers ne savait pas que la continuité des services était assurée. Ceci était dû au manque d'information concernant l'utilisation du CSref en dehors des heures ouvrables.

TABLEAU XX: OPINION DES ENQUETÉS SELON L'EMPLACEMENT DU CSRef

n= 130	Fréquence	Pourcentage
Convenable	64	49,2
Moyennement convenable	33	25,4
Un peu convenable	28	21,5
Pas du tout convenable	5	3,8
Total	130	100,0

49,2% des personnes enquêtées estimaient que le site actuel du CSRef était convenable.

TABLEAU XXI: OPINION DES ENQUETÉS SELON LA CONVENANCE DES HEURES D'OUVERTURE DU CSRef

n = 130	Fréquence	Pourcentage
Convient parfaitement	66	50,8
Convient moyennement	47	36,2
Convient peu	16	12,3
Ne convient pas du tout	1	0,8
Total	130	100,0

Parmi les utilisateurs du CSref, 50,6% déclaraient que l'heure d'ouverture était parfaitement convenable.

✓ Acceptabilité

TABLEAU XXII: OPINION DES USAGERS SELON LE NIVEAU DE SATISFACTION PAR RAPPORT AUX QUESTIONS QU'ILS POSENT LORS DE LA CONSULTATION :

n= 130	Fréquence	Pourcentage
A posé suffisamment de questions	32	24,6
A moyennement posé de questions	55	42,3
A posé peu de questions	42	32,3
N'a pas posé de question	1	0,8
Total	130	100,0

24,6% des personnes interrogées avaient posé suffisamment de questions pour comprendre leur problème de santé.

TABLEAU XXIII: OPINION DES USAGERS SELON LA COMPRÉHENSION DE LEURS PROPRES PROBLÈMES DE SANTÉ

n = 130	Fréquence	Pourcentage
A suffisamment compris	17	13,1
A moyennement compris	47	36,2
A peu compris	62	47,7
N'a pas du tout compris	3	2,3
Ne sait pas	1	0,8
Total	130	100,0

Parmi les usagers du CSRef, 13,1 % disaient qu'ils avaient suffisamment compris leur problème de santé, 47,7% disaient qu'ils avaient peu compris leur problème de santé après les explications du médecin.

TABLEAU XXIV : OPINION DES USAGERS SELON LE TEMPS D'ATTENTE AVANT DE SE FAIRE CONSULTER

n= 130	Fréquence	Pourcentage
Moins de 15 mn	64	49,2
Entre 15 et 30 mn	44	33,8
Au-delà de 30 mn	22	16,9
Total	130	100,0

Parmi les usagers du CSRef, **16,9%** attendaient plus d'une demi heure avant d'avoir accès à la consultation.

TABLEAU XXV : OPINION DES USAGERS SELON L'ACCEPTABILITÉ DU DÉLAI D'ATTENTE

n= 130	Fréquence	Pourcentage
Trouve le délai acceptable	110	84,6
Trouve le délai inacceptable	15	11,5
NSP	5	3,8
Total	130	100,0

84,6 % des usagers trouvaient que le délai d'attente de moins de **30** minutes était acceptable.

✓ Disponibilité de confort matériel

TABLEAU XXVI : OPINION DES USAGERS SUR LE CONFORT DE L'INSTALLATION PENDANT L'ATTENTE :

n= 130	Fréquence	Pourcentage
Inconfortable	1	0,8
Confortable	13	10
Très confortable	116	89,2
Total	130	100,0

Plus de la moitié des usagers (89,2%) trouvaient qu'ils étaient confortablement installés pendant l'attente de la consultation.

TABLEAU XXVII : OPINION DES USAGERS SELON LE CONFORT DES LOCAUX

N= 130	Fréquence	Pourcentage
Très confortable	128	98,5
Confort moyen	1	0,8
Inconfortable	1	0,8
Total	130	100,0

Parmi les usagers 98,5% trouvaient les locaux du CSRef très confortables.

TABLEAU XXVIII : OPINION DES USAGERS SELON LA PROPRETÉ DES TOILETTES

n= 194	Fréquence	Pourcentage
Propre	16	12,3
Pas propre	42	32,3
Ne sait pas	5	3,8
N'ont pas répondu à la question	67	51,5
Total	130	100,0

32,3% des usagers du CSRef trouvaient les toilettes pas propres.

TABLEAU XXIX : OPINION DES USAGERS SELON L'OBTENTION DES MEDICAMENTS PRESCRITS

Obtention des médicaments prescrits	Fréquence	pourcentage
A obtenu la totalité des médicaments prescrits	97	74,6
N'a obtenu que quelques uns	6	4,6
N'a obtenu aucun	27	20,8
Total	130	100,0

Parmi les usagers 74,6 % avaient obtenu la totalité de leurs médicaments prescrits à la pharmacie du CSRef.

TABLEAU XXX : OPINION DES USAGERS SELON L'HEURE D'ARRIVÉE AU CSRef :

n = 130	Fréquence	Pourcentage
Avant 8h	58	44,6
Entre 8 h et 10h	67	51,5
Au delà de 10 h	5	3,8
Total	130	100,0

51,5% des patients arrivaient au CSRef entre 8 h et 10 heures contre 44,6% qui venaient avant 8 h.

TABLEAU XXXI : OPINION DES USAGERS SELON L'ÉCOUTE DU MÉDECIN

n= 130	Fréquence	Pourcentage
M'a suffisamment écouté	54	41,5
M'a écouté moyennement	48	36,9
M'a peu écouté	26	20
Ne m'a pas du tout écouté	2	1,5
Total	130	100,0

41,5 % des usagers estimaient que le médecin étaient à l'écoute de ses patients contre 36,9% qui trouvaient la disposition d'écoute moyenne.

6. Réactivité

TABLEAU XXXII : OPINION DES USAGERS SELON L'ACCUEIL DES PRESTATAIRES DE SOINS

n = 130	Fréquence	Pourcentage
Bon	73	56,2
Moyen	40	30,8
Mauvais	17	13,1
Total	130	100,0

Au niveau du CSRef, 56,2% des usagers déclaraient que l'accueil était bon.

TABLEAU XXXIII : OPINION DES USAGERS SELON LA CONSIDÉRATION DES PRESTATAIRES DE SOINS

Considération des prestataires de soin	Fréquence	Pourcentage
Avec suffisamment de considération	80	61,5
Considération moyenne	33	25,4
Peu de considération	16	12,3
Pas du tout	1	0,8
Total	130	100,0

61,5% des usagers trouvaient que les prestataires de soins les accordaient suffisamment de considération.

TABLEAU XXXIV : OPINION DES USAGERS SELON LA CONFIDENTIALITÉ DE LA CONSULTATION

n=130	Fréquence	Pourcentage
Avec suffisamment de confidentialité	71	54,6
Confidentialité moyenne	48	36,9
Confidentialité insuffisante	9	6,9
Pas du tout de confidentialité	2	1,5
Total	130	100,0

54,5 % d'usagers estimaient que la consultation se déroulait dans la plus grande confidentialité.

TABLEAU XXXV : OPINION DES USAGERS SELON L'ATTENTION DE L'AGENT DE SANTÉ VIS-À-VIS DES PATIENTS :

Attention de l'agent de santé	Fréquence	Pourcentage
Avec suffisamment d'attention	54	41,5
Attention moyenne	48	36,9
Peu d'attention	26	20
Pas d'attention	2	1,5
Total	130	100,0

Ce tableau montre que **41,5%** des usagers ont été traités avec beaucoup d'attention contre **1,5%** pour qui il n'y avait eu aucune attention lors de la consultation.

TABLEAU XXXVI : OPINION DES USAGERS SELON LE RESPECT DE LEUR INTIMITÉ PHYSIQUE

n= 130	Fréquence	Pourcentage
Suffisamment respecté	86	66,2
Respect moyen	35	26,9
Un peu de respect	8	6,2
Pas de respect	1	0,8
Total	130	100,0

66,2% des usagers déclaraient le respect de leur intimité physique suffisant.

7. Globalité des soins

TABLEAU XXXVII : OPINION DES USAGERS SELON L'EXAMEN PHYSIQUE FAIT PAR L'AGENT DE SANTÉ :

Examen physique	Fréquence	Pourcentage
Tension Artérielle	125	96,2
Température	103	79,2
Auscultation, palpation	46	35,4
Autres (yeux, oreilles, membres inférieurs)	84	64,8

Lors de la consultation au niveau du CSRef, **79,2 %** des usagers disaient que leur température a été prise, **96,2 %** déclaraient que leur tension a été prise.

8. Continuité des soins

TABLEAU XXXVIII : OPINION DES USAGERS QUI ONT ÉTÉ REFERES POUR CONSULTATION SPECIALISEE

Consultation spécialisée	Fréquence	Pourcentage
Ont fait des consultations spécialisées	5	3,8
N'ont pas fait	125	96,2
Total	130	100,0

Parmi les 130 usagers du CSRef interrogés, seulement **3,8 %** avaient eu recours à la consultation spécialisée contre 96,2 %.

TABLEAU XXXIX : RÉPARTITION DES USAGERS QUI ONT REÇUS DES SOINS DANS LE CSRef :

Soins reçus dans le CSref,	Fréquence	Pourcentage
Ont reçu des soins (injection, perfusion etc.....)	27	20,8
N'ont pas reçu de soins	103	79,2
Total	130	100,0

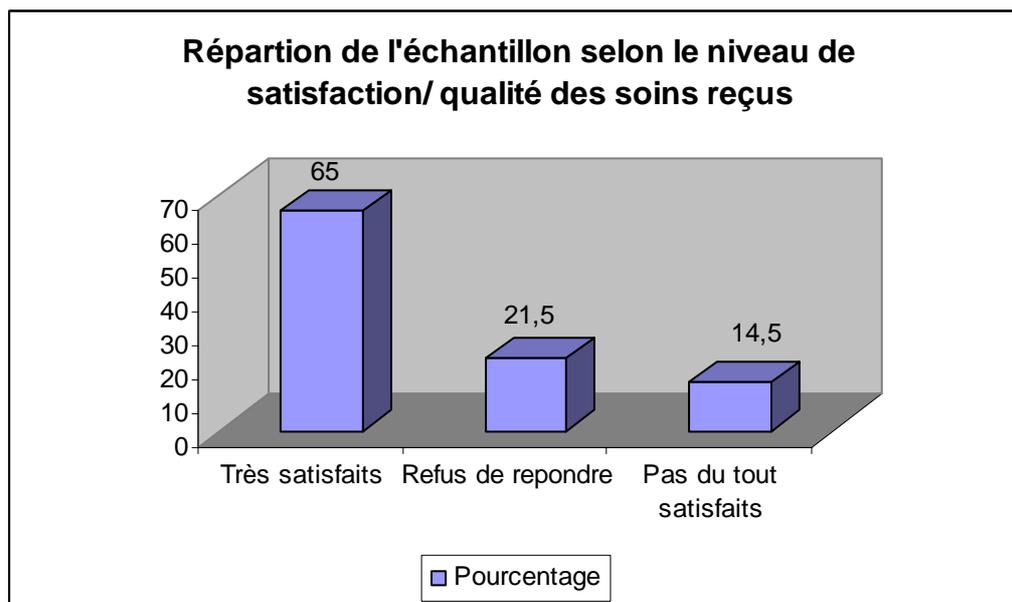
Parmi les usagers du CSRef, **20,8 %** avaient reçu des soins dans ce CSRef, contre **79,2 %** qui n'y avaient reçu aucun soin.

TABLEAU 39 : RÉPARTITION DES USAGERS SELON LE RETOUR AU CSRef, POUR CONTRÔLE :

Retour pour contrôle	Fréquence	Pourcentage
Revenus pour contrôle	43	33,1
Ne sont pas revenus	87	66,9
Total		100,0

Parmi les usagers **33,1 %** étaient revenu pour contrôle contre **66,9 %**.

9. Satisfaction des usagers



Graphique 9

Le degré de satisfaction des usagers du CSRef, quant à la qualité des soins reçus était de **79,5 %** dont **65%** qui se disaient très satisfaits.

Le critère de non satisfaction était dû au fait qu'ils n'avaient pas été guéris de leur maladie au niveau du CSRef. (n= 130)

TABLEAU XXXXI: OPINION DES USAGERS SELON LES RAISONS DE LA FRÉQUENTATION DU CSRef

Raisons de la Fréquentation	Fréquence	Pourcentage
Pour mieux se soigner	103	79,2
A été guéri	18	13,8
Médecin est bon	2	1,5
Autres raisons	7	5,4
Total	130	100,0

Parmi les usagers du CSRef, **79,2%** disaient qu'ils le fréquentaient pour mieux se soigner, **13,8%** parce qu'ils avaient été guéris.

10. Prestataires de soins

Qualité	Nombre
Médecin	
Médecins généralistes	06
Généralistes à compétence chirurgicale	03
Chirurgien	01
Pédiatre	01
Technicien de santé	
Infirmier en Santé publique	04
Infirmière Obstétricienne	04
Technicien supérieur de santé	
Infirmier diplômé d'Etat	02
Sage femme d'Etat	01
Technicien de labo pharmacie	01
Technicien d'hygiène assainissement	01
Technicien supérieur spécialisé	
Odonto Stomatologie	01
Anesthésie réanimation	01
Assistant médical	
ORL	01
Total	27

Le CSRef de Kidal disposait de 27 agents qualifiés dont 4 médecins Cubains (dans le cadre de la coopération Mali- Cuba) et 1 seule Sage-femme d'Etat.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1. Perception de la qualité des soins

• Profil socio démographique

L'échantillon étudié comptait **51%** d'hommes et **49%** de femmes. Les tranches d'âge 25 -34 ans et 35- 44 ans représentaient 25,4 % de l'échantillon. Par rapport au niveau de scolarisation, il est remarquable que 60 % de la population n'ont pas été à l'école alors que dans l'étude de Kanta K[10] sur l'utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de Segué (cercle de Kolokani) le niveau de scolarisation était presque inexistant car 91 % de la population étaient analphabètes , quant à l'étude de Coulibaly L [5], sur la sous fréquentation des CSCom, 89,1% des femmes de Banamba, et 85,1 % des femmes de Doila étaient analphabètes, ceci explique que le taux de scolarisation à Kidal bien qu'il soit faible était meilleur à celui des études ci-dessus citées . Les élèves ayant fini le primaire ne représentaient que 18,5 % de la population de Kidal.

• Utilisation des services de santé

Il est ressorti de l'enquête réalisée au CSRef de Kidal que **83,8 %** de l'échantillon utilisaient les services du CSRef comportant une forte proportion d'hommes (51%). Par contre, dans l'étude de Kanta K [10] sur l'utilisation des services de santé à Segué (Kolokani) auprès des ménages 50,5% de l'échantillon utilisaient le CScom avec une forte proportion de femmes. Dans l'étude de Mariko B [13] sur l'évaluation de l'association de santé communautaire de Daoudabougou (ADASCO), 90,2 % avaient eu recours au CSCom, alors que dans l'étude de Coulibaly L [5] sur la sous fréquentation des CSCom dans la région de Koulikoro, 89 % des femmes de Banamba avaient eu recours au CSCom et 60 % des femmes

de Doila. Ceci montre qu'à KIDAL, les hommes fréquentaient plus le CSRef.

Plus de 9% de la population de Kidal utilisaient un guérisseur traditionnel, 14,6 % utilisaient eux même leur médicament traditionnel (automédication traditionnelle), par contre dans l'étude de Kanta K [10] près de 9% de la population de Segué fréquentaient un guérisseur traditionnel, 61% faisaient l'automédication. Dans l'étude de Coulibaly L [5], 64 % de la population de Banamba avaient eu recours à l'automédication traditionnelle et 53 % de la population de Doila, ceci sous entend que malgré le taux de fréquentation, l'automédication traditionnelle restait un facteur important de sous fréquentation du CSRef à KIDAL.

Le faible recours à l'automédication des populations de Kidal comparativement à celles de Segué, de Banamba et Doila, devrait favoriser l'utilisation par celles-ci des services de santé moderne.

- **Financement des soins :**

Plus de 80% des usagers du CSref de Kidal trouvaient le montant des frais des médicaments abordables, ceci ne constituait donc pas une barrière à l'accès aux soins. Par contre dans l'étude de Kanta K[10] la barrière principale de l'accès aux soins était l'obstacle financier car 39,6% des usagers du CSCOM trouvaient le montant des frais de médicament élevé, par contre dans l'étude de KANTE N et al [11] sur la qualité des soins dans la région de Koulikoro, 55,6 % des gens trouvaient le coût abordable alors que dans l'étude de El Moctar M [8] sur l'utilisation des services en milieu nomade il ressortait que 46 % des enquêtés déploraient la cherté du service au niveau du centre de santé .

Le coût des soins était un facteur non négligeable pour une bonne fréquentation, alors que le coût moyen de l'ordonnance était de 2000 Fcfa à Kidal. Une étude menée en 2005 dans la région de Koulikoro sur la sous fréquentation [5] trouve un coût moyen de l'ordonnance de 1 700F à Banamba et 3 060 F à Doila. Le coût de l'ordonnance à Kidal était comparable à celui trouvé dans la région de Koulikoro et à Banamba.

2. Qualification des prestataires de soins

LE CSRef de Kidal ne disposant seulement que d'1 seule Sage-femme d'Etat et 4 médecin (n'existant que temporairement) nous permet de dire que la qualification des prestataires était conforme aux normes en terme de qualité mais pas en quantité suffisant permettant d'assurer une meilleure offre des services de santé.

3. Dimension de la qualité

- **Globalité des soins**

Elle concerne le patient, c'est de consulter le malade dans son ensemble ; mais aussi l'offre du paquet de service dans sa globalité.

Dans notre étude, la globalité des soins n'était pas bien assurée au niveau du CSRef. L'examen physique réalisé par le médecin n'était pas complet. Aussi, dans l'étude de Kanta K [10] il n'était pas complet.

- **Continuité des soins**

La continuité des soins se rapporte à la coordination des soins.

Parmi les usagers du CSRef, seulement 1,5 % a été mis en observation, 33,1 % étaient revenus pour contrôle. L'étude de Kanta K [10] montrait que 22,2% ont été mis en observation , 63,9% revenu pour contrôle , quant à l'étude de Dongmo R,L[7] elle montrait que 15,1% seulement de patients, étaient revenus pour contrôle, ce qui était en dessous des résultats que nous avons observés.

- **Réactivité :**

La réactivité des soins se rapporte à l'accueil des prestataires de soins, à leur considération et compassion envers les usagers.

Par rapport à l'accueil, l'étude montrait que 56,2 % des usagers déclaraient que l'accueil était bon contre 30,8 % qui le jugeait moyen. Par contre dans l'étude de Kanta K [10], 64,9% des usagers du CScom trouvaient l'accueil bon et 29% disaient qu'il était moyen. Dans l'étude de Coulibaly L [5] réalisée en 2005, 94,4 % des femmes de Banamba et 93,6 % de celle de Diola disaient que l'accueil était satisfaisant.

Par rapport à la confidentialité, 54,6 % des usagers déclaraient qu'ils ont été consultés avec suffisamment de confidentialité. 61,5 % des usagers du CSRef déclarent que le médecin leur avait prêté suffisamment d'attention et de considération. Dans l'étude de Kanta K [10] près de 96% des usagers trouvaient qu'ils ont été consultés en observant la confidentialité, 73,7% disaient que le médecin leur avait prêté suffisamment d'attention.

Dans l'étude de Dongmo R. L [7] réalisée en 2005 sur la qualité des consultations curatives, l'intimité et la confidentialité ont été entièrement respectées.

- **Satisfaction des usagers :**

La satisfaction des usagers se rapporte à la perception qu'ont les usagers quant à la qualité des soins qu'ils ont reçus.

Dans notre étude, 65 % des usagers du CSRef déclaraient qu'ils étaient satisfaits des soins qu'ils avaient reçus, ce qui est comparable aux résultats obtenus par l'étude de Kanta K[10] dont 75 % des personnes interrogées ont été satisfaits des prestations offertes.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Dans cette étude, nous avons abordé principalement la qualité sous l'angle de sa perception par les utilisateurs des soins en termes de satisfaction par rapport aux services rendus, en particulier en milieu urbain au niveau d'un Centre de Santé de Référence.

83,8 % de l'échantillon utilisaient les services du CSRef avec une forte proportion d'hommes (**51%**).

La qualification des prestataires était conforme aux normes en terme de qualité mais pas en quantité suffisante permettant d'assurer une meilleure offre des services de santé.

L'examen physique réalisé par le médecin n'étant pas complet dans l'ensemble, ainsi la globalité des soins n'était pas bien assurée.

La continuité des soins est par contre bien assurée même si parfois les populations n'étaient informées de cela en dehors des heures de services.

56,2 % des usagers déclaraient que l'accueil était bon contre **30,8 %** qui le jugeait moyen.

54,6 % des usagers déclaraient qu'ils ont été consultés avec suffisamment de confidentialité.

61,5 % des usagers du CSRef déclarent que le médecin leur avait prêté suffisamment d'attention et de considération.

65 % des usagers du CSRef déclaraient qu'ils étaient satisfaits des soins qu'ils avaient reçus.

Au terme de cette étude, les principales recommandations relatives à la qualité des soins perçue par la population, sont les suivantes :

A l'endroit de la population:

- Accepter la scolarisation des enfants ;
- Eviter l'automédication et accepter de se faire consulter en cas de problème de santé ;
- Etre régulière dans le suivi des traitements conseillés.

A l'endroit du personnel de santé :

- Informer et sensibiliser la population sur les différents services de santé offerts au niveau du CSRef et leur continuité en dehors des heures ouvrables ;
- Assurer la globalité des soins à travers la pratique systématique de l'examen clinique dans son ensemble pour tous les patients.

A l'endroit de l'Etat :

- Recruter beaucoup plus de personnel de santé ;
- Veuillez au respect des normes par les tradithérapeutes dans le cercle de Kidal.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. AG IKNANE A, KADJOKE M, KANTE N et al

Comprendre l'impact de la décentralisation sur les services de la santé de la reproduction en Afrique: le cas du Mali, Analyse documentaire, UE, ASACOB/INRSP, 2003, p 24; 118p.

2. AG IKNANE A; SANGHO H; DIAWARA A

Inventer une médecine de quartier : l'expérience de Bamako, in Brunet-Jailly, J(ed), Innover dans les systèmes de santé : Expérience d'Afrique de l'Ouest, Paris, karthala 1997, p153; 435P.

3. AUDIBERT M, ROODENBEKE E.

Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali, Analyse de situation et perspectives, Région Afrique, département du développement Humain, Avril 2005.

**4. AUDIBERT M, E ROODENBEKE, A PAVY- LETOURMY,
J MATHONNAT**

Utilisation des services de santé en Afrique: l'approche communautaire en termes d'offre de soins est- elle une réponse, communication présentée au développement durable et santé dans les pays du sud, Lyon; Décembre 2004

5. COULIBALY L.

Etude sur la sous fréquentation des centres de santé communautaire dans la région de Koulikoro, Thèse de Médecine, Bamako: FMPOS, juin 2005; 84 p.

6. DIALLO I.

Impact des mutuelles de santé sur l'accessibilité des populations aux soins de santé modernes dans la région de Thiès, au Sénégal, Institut de santé et développement (ISED), Rapport, juillet 2000, P8; 82P.

7. DONGMO DJOUTSOP RL.

Etude de la qualité des consultations curatives et prénatales au centre de santé communautaire de l'hippodrome en commune II du district de Bamako, thèse de médecine, Bamako: FMPOS, 2005; 63P.

8. EL MOCTAR M;

Logiques de production et utilisation des services de santé en milieu nomade au Mali: cas de la commune de Ber, Tombouctou, Thèse de médecine, FMPOS, 2007; 148 p

9. FOURNIER P, HADDAD S

Dimension de la qualité de services de santé en Afrique au Sud du Sahara, in Brunet-Jailly, J(ed), Innover dans les systèmes de santé: Expérience d'Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala, 1997,p 275-278. 435p

10. KANTA K,

Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de segué (cercle de Kolokani), Thèse *de médecine, Bamako: FMPOS, mai 2007.*

11. KANTE N, SOUMARE N'DIAYE- NIANGALY A

Qualité des soins dans les centres de santé communautaire de la région de Koulikoro (République du Mali); INRSP, mai 1997, 6P.

12. KONATE Sanoussi,

Le système de santé Malien à la croisée des chemins (contribution), Décembre 2007.

13. MARIKO B.

Evaluation de l'association de santé communautaire de Daoudabougou (ADASCO), Thèse de médecine Bamako 2005.

14. MASMAR, W.KHOURY, H.NASSIF.

Etude sur les caractéristiques de la population libanaise ne bénéficiant d'aucune couverture médicale, université Saint Joseph, Institut de gestion de la santé et de la protection sociale, Décembre 2003.

15. Ministère de la santé

Secrétariat permanent du PRODESS, CPS Santé, 2002.

16. MS,

Annuaire Statistiques du Système d'Information Sanitaire
DNSP de 1992-2000 et rapports d'activités du Centre National des
Immunisations.

17. MS,

Enquête démographique et de santé du Mali, 2001, CPS-Santé, DNSI,
ORC-Macro, juin 2002.

18. SALONGO PACIFIQUE M

Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé
dans la zone de santé de kadutu, province du Sud Kivu- RD
Congo, Diplôme d'étude spéciale en économie de la santé,
Mémoire : Université de Kinshasa, faculté de médecine,
Décembre 2005; 81P.

19. SAUERBORN R, NOUGTARA A AND DIEDFELD HJ,

Low utilization of community health workers: Result from a
household interview survey in Burkina Faso, *Social Science
and Medicine*, 1989, 29 : 1163 - 1174

20. SISSOKO H,

Aspects reliés à l'utilisation des accoucheuses traditionnelles
au Mali, Maître es sciences, santé communautaire, mai 2000.

21. TRAORE, M,

Généralité sur le Mali, INRSP, Aldo Campana, 2001 ; EDS III.

FICHE SIGNALÉTIQUE :

Nom : AG ALMOUSTAKINE
Prénom : Alfarock
Titre : Perception de la qualité des soins par les populations au Centre de Santé de Référence de KIDAL (cercle de KIDAL).

Année universitaire : 2006 - 2007

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS)

Ville de soutenance : Bamako

Secteur d'intérêt : Santé publique

Résumé :

Il s'agissait d'une étude prospective de type transversale à passage unique par sondage systématique, réalisée au niveau du CSRef de Kidal. L'étude s'est déroulée du 23 Juin au 22 Juillet 2007. Son objectif général était d'évaluer la qualité des soins offerts au CSRef de Kidal tel que perçue par la population. L'analyse des résultats a montré que la fréquentation était bonne avec une forte proportion d'homme (51%). Le taux de scolarisation était faible. La globalité des soins n'était pas bien assurée dans l'ensemble. Les prestataires de soins n'étaient pas en quantité suffisante.

Mots clés : Utilisation des services de santé, qualité des soins, disponibilité, globalité des soins, continuité des soins, réactivité, qualité perçue, CSRef, KIDAL.

Serment D'Hippocrate

En présence des Maîtres de la Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate ; je promets et je jure 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, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

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

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

Je le jure !

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des matériels et infrastructure du CSRef :

Matériels et équipements	Quantité
Salle du médecin	4
Table de consultation	23
Armoire	16
Pèse personne	03
Sthetoscope	05
Tensiomètre	05
Thermomètre	04
Otoscope	1
Chaises	39
Armoires	16
Lit	28
Matelas	28
Bancs	13
Matériels et équipements	Quantité
Table à accouchement	02
Table d'examen	05
Table gynécologique	01
Boite à pansement	03
STHETO OBSTETRICAL	02
Boite d'instruments	05

Spéculum	10
Boite à accouchement	02
Pèse bébé	01
Pèse personne	03
Boite de suture	03
Matériels de stérilisation	03
Boite de petites chirurgies	03
Thermomètre	04

Annexe 2 : .Les supports de gestion (0 ou 1)

0 : n'existe pas

1 : existe

Document	0 ou 1
Registre de consultation	1
Registre de mise en observation	0
Registre de CPN	1
Registre d'accouchement	1
Registre de PF	1
Registre de consultation des enfants sains	0
Livre journal de vente des médicaments	1
Cahier de recettes	1
Cahier de dépenses	1
Cahier de versement	1
Rapport d'activités	1
Registre de référence / Evacuation	1
Partogramme / Fiche	1

Annexe 3 : Liste des médicaments disponibles :

Médicaments disponibles	Forme	Prix Unitaire (F cfa	Rupture de stock (0 ou 1)	Si rupture, nbre de jour
Ac. acétylsalicylique	CP	3		
Alcool	Flacon	750		
Amoxicilline	CP	40		
Ampicilline	Inj	165 /		
Chloroquine	CP	5		
Ciprofloxacine	CP	90		
Collyre AB (genta)	Fl	550		
SP (sulfadoxine pyrimethamine)	CP	25		
Cotrimoxazole	CP	8		
Dexaméthazone	Inj	135		
Diazepam	Inj	100	1	5 mois
Epicraniennes		255		
Fer	CP	2		
Gants stériles		535		
Glucose 5 %	Inj	580		
Lidocaïne 1 ou 2 %	Inj	1100		
Mebendazole	Cp	5	1	14 jours
Metronidazole	Cp	4		
Oxytocine	Inj	145		
Paracétamol	Cp	4		
Pénicilline G	Inj	100		
Perfuseurs		200		
Prométhazine	Sp	510		
Quinine formiate 130/ 105	Inj	400/ 200	1	54 jours
Ringer lactate	Inj	580	1	37 jours
SRO	Sachet	100		
Seringue 5 ml		55		

Parmi les médicaments 4 sont en rupture à savoir : le Diazepam, Mebendazole, quinine formiate 130 mg, et Ringer lactate mais c'est le délai de rupture du Diazepam qui a été plus long durant 5 mois.

Annexe 4 : Répartition des usagers selon la sollicitation à s'allonger sur la table :

Sollicitation à s'allonger sur la table de consultation	Fréquence	Pourcentage
Non	5	3,8
Oui	125	96,2
Total	130	100,0

Annexe 5 : Opinion des usagers selon le retour pour un contrôle :

Retour pour un contrôle	Fréquence	Pourcentage
Le praticien veut gagner plus d'argent	19	14,6
Le praticien n'est pas sur de son diagnostic	14	10,8
Maladie grave mais le praticien ne veut pas me le dire	19	14,6
Le praticien veut vérifier ma guérison	78	60
Total	130	100,0

**Annexe 6 : Opinion des usagers selon la non satisfaction des soins
offerts**

Non satisfaction des soins offerts	Fréquence	Pourcentage
On m'a soigné au milieu des autres malades	1	9,1
La salle de soins était sale	9	81,8
Attente trop longue avant d'être soigné	1	9,1
Total	11	100,0

**Annexe 7 : Opinion des usagers selon la satisfaction par rapport aux
soins reçus :**

Satisfaction par rapport aux soins	Fréquence	Pourcentage
Pas satisfait du tout	103	79,2
N'est pas très satisfait	7	5,4
Assez satisfait	18	13,8
Très satisfait	2	1,5
Total	130	100,0

Annexe 8 : Opinion des usagers selon ce qu'ils n'ont pas bien compris :

Ce que les usagers n'ont pas bien compris	Fréquence	Pourcentage
Origine de sa maladie	14	10,8
Gravité de sa maladie	26	20
Guérison sans conséquences sur sa santé	42	32,3
Comment prendre les médicaments	5	3,8
Tout compris	43	33,1
Total	130	100,0

Annexe 9 : Opinion des usagers selon la partie du corps examinée :

Partie du corps examinée	Fréquence	Pourcentage
Bouche et gorge	21	16,2
Poumons	23	17,7
Ventre	23	17,7
Membres	17	13,1
Peau	24	18,5
Oreilles	14	10,8
Yeux	8	6,2
Total	130	100,0

Annexe 10 : Répartition de l'échantillon en fonction de la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	fréquence	pourcentage
mariés	90	69,2
célibataires	40	30,8
Total	130	100

Annexe 11 : Répartition de l'échantillon en fonction de la fréquentation du CSRef

Fréquentation du CSRef	Fréquence	Pourcentage
Fréquente	109	83,8
Ne fréquente pas	21	16,2
Total	130	100

Annexe 12 : opinion des usagers selon les frais des médicaments

Opinion des usagers selon les frais de medict	Effectif	Pourcentage
< 1000	22	16,9
1000-1500	30	23,1
1500-2000	22	16,9
> 2000	56	43,1
Total	130	100

Annexe 13 : opinion des usagers selon les soins offerts

Opinion des usagers/ soins offerts	Effectif	Pourcentage
N'a pas reçu de soins	97	74,6
A reçu de soins	33	25,4
Total	130	100

Annexe 14 : Répartition de l'échantillon selon le moyen utilisé pour se rendre au CSRef

Moyens pour se rendre au CSRef	Effectif	Pourcentage
Voiture	56	43,1
Pieds	44	33,8
Moto	30	23,1
Total	130	100

Annexe 15 : opinion des usagers selon leur satisfaction par rapport au soins reçus

Satisfaction des usagers	Effectif	Pourcentage
Très satisfaits	84	65
Pas du tout satisfaits	18	14,5
Refus de répondre	28	21,5
Total	130	100

Opinion des usagers (Questionnaire qualité perçue)

Section 1. Appréciation générale de la qualité des soins (accessibilité, continuité, efficacité, réactivité) :

Gén 1: Est-ce la première fois que vous venez au CSref ?

1=/____/ oui (passer à la question 2)

2=/____/ non (passer au non utilisateur)

3=/____/ne sait pas

4=/____/ refus de répondre

Gén 2: Depuis combien de temps fréquentez-vous le CSref ? (Si une seule visite, la dernière fois c'était il y a....) ?

1 = /____/ je fréquente ce CSref depuis environ.....année(s)mois

2 = /____/ ne sait pas

3=/____/ refus de répondre

Gén 3: Depuis la dernière saison des pluies, combien de fois avez-vous consulté au CSref pour vous-même ? (À peu près, environ)

1 = /____/ nombre de fois

2 = /____/ aucune fois

3=/____/ne sait pas

4=/____/refus de répondre

Gén 4: Depuis la dernière saison des pluies, combien de fois avez-vous consulté au CSref pour vos enfants? (À peu près, environ)

1 = /____/ nombre de fois

2 = /____/ aucune fois

3=/____/ne sait pas

4=/____/refus de répondre

Pour chacun des énoncés suivants, dites-moi, au meilleur de votre connaissance, s'ils s'appliquent toujours, souvent, parfois ou jamais

Gén 5: Si vous avez besoin de consulter un médecin, un infirmier ou une sage-femme pour un nouveau problème de santé, vous consultez d'abord au CSref ?

1=/____/ Toujours

2=/____/Souvent

3=/____/Parfois

4=/____/ Jamais

5=/____/ne sait pas

6=/____/refus de répondre

Gén 6: Si vous avez besoin de voir un médecin, un infirmier ou une sage-femme dans la journée même pour un problème de santé ex. accouchement, accident, ..., vous consultez d'abord au CSref :

1=/____/ Toujours

2=/____/Souvent

3=/____/Parfois

4=/____/ Jamais

5=/____/ne sait pas

6=/____/refus de répondre

Gen7: Quel moyen de transport avez-vous utilisé pour venir au CSref ?

1= /____/ à Pied

2= /____/ en voiture

3= /____/ à moto

4=/____/ autres, veuillez préciser

Gen8 : Combien de temps cela vous a-t-il pris pour venir au CSref ?

1 = /___/ heures et /____/ minutes

2 = /___/ Ne sait pas

3 = /___/ Refus de répondre

Gén 9: Est-ce que vous considérez ce délai acceptable ?

1= /___/ oui

2= /___/ non

3 = /___/ ne sait pas

4 = /___/ refus de répondre

Pour chacune des affirmations suivantes, dites-moi si vous êtes beaucoup, moyennement, un peu ou pas du tout en accord :

Gén 10: L'emplacement du CSRef est adéquat ?

1 = /___/ Beaucoup

2 = /___/ Moyennement

3 = /___/ Un peu

4 = /___/ Pas du tout

5 = /___/ ne sait pas

6 = /___/ Refus de répondre

Gén 11: Les heures d'ouverture du CSRef sont adéquates ?

1 = /___/ Beaucoup

2 = /___/ Moyennement

3 = /___/ Un peu

4 = /___/ Pas du tout

5 = /___/ ne sait pas

6 = /___/ Refus de répondre

Gén 12: Il est facile de parler au médecin, à la sage-femme ou à l'infirmier du CSRef lorsque c'est fermé ?

1 = /___/ Beaucoup

2 = /___/ Moyennement

3 = /___/ Un peu

4 = /___/ Pas du tout

5 = /___/ ne sait pas

6 = /___/ Refus de répondre

Gén 13 : A quelle heure êtes vous arrivé (e) au CSRef ?

1 = /...../h et /...../ mn

2 = /___/ ne sait pas

3 = /___/ refus de répondre

Gen14 : Combien de temps s'est écoulé entre le moment où vous êtes arrivé au CSref et le moment où vous avez rencontré le médecin, la sage-femme ou l'infirmier ?

1 = /___/ heures et /___/ minutes

2 = /___/ ne sait pas

3 = /___/ refus de répondre

Gén 15: Est-ce que vous considérez ce temps d'attente acceptable ?

1 = /___/ oui

2 = /___/ non

3 = /___/ ne sait pas

4 = /___/ refus de répondre

Gen16 : A votre avis, au moment où vous attendiez, est-ce que vous étiez installé confortablement?

1 = /___/ très inconfortablement

2 = /___/ assez inconfortablement

3 = /___/ assez confortablement

4 = /___/ très confortablement

3 = /___/ ne sait pas

4 = /___/ refus de répondre

Gen17 : Y avait-il des toilettes accessibles ?

1 = /___/ oui (passer à la question Gen18)

2 = /___/ non (passer à la question Gen19)

3 = /___/ ne sait pas (passer à la question Gen19)

4 = /___/ refus de répondre (passer à la question Gen19)

Gen18 : A votre avis, est-ce que les toilettes étaient propres ?

1 = /___/ oui

2 = /___/ non

3 = /___/ ne sait pas

4 = /___/ refus de répondre

Nous aimerions maintenant connaître votre opinion sur les aspects humains des soins que vous avez reçus au CSref. En considérant votre expérience d'aujourd'hui, dites-moi si vous êtes beaucoup, moyennement, un peu ou pas du tout en accord avec les énoncés suivants. Au CSref...

Gen19 : On a répondu clairement aux questions que vous avez posées?

1 = /____/ Beaucoup

2 = /____/ Moyennement

3 = /____/ Un peu

4 = /____/ Pas du tout

5 = /____/ ne sait pas

6 = /____/ Refus de répondre

Gen20 : Votre consultation a été confidentielle?

1 = /____/ Beaucoup

2 = /____/ Moyennement

3 = /____/ Un peu

4 = /____/ Pas du tout

5 = /____/ ne sait pas

6 = /____/ Refus de répondre

Gén 21: Vous avez senti que l'on vous respectait ?

1 = /____/ Beaucoup

2 = /____/ Moyennement

3 = /____/ Un peu

4 = /____/ Pas du tout

5 = /____/ ne sait pas

6 = /____/ Refus de répondre

Gén 22: À l'accueil, on vous a reçu avec courtoisie ?

1 = /____/ Beaucoup

2 = /____/ Moyennement

3 = /____/ Un peu

4 = /____/ Pas du tout

5 = /____/ ne sait pas

6 = /____/ Refus de répondre

Gén 23: L'agent de santé qui vous a reçu a prêté suffisamment d'attention à votre maladie ?

1= /____/ Beaucoup

2 = /____/ Moyennement

3 = /____/ Un peu

4 = /____/ Pas du tout

5 = /____/ ne sait pas

6 = /____/ Refus de répondre

Gén 24: On a respecté votre intimité physique ?

1= /____/ Beaucoup

2 = /____/ Moyennement

3 = /____/ Un peu

4 = /____/ Pas du tout

5 = /____/ ne sait pas

6 = /____/ Refus de répondre

Gén 25: Les locaux sont agréables ?

1= /____/ Beaucoup

2 = /____/ Moyennement

3 = /____/ Un peu

4 = /____/ Pas du tout

5 = /____/ ne sait pas

6 = /____/ Refus de répondre

Gén 26 : Lors de la consultation, avez-vous pu tout dire ce que vous vouliez dire?

1 = /____/ oui

2 = /____/ non

3 = /____/ ne sait pas

4= /____/ refus de répondre

Nous aimerions maintenant vous demander dans quelle mesure vous croyez que les soins que vous avez reçus aujourd'hui contribueront à améliorer votre santé. En considérant les soins et services que vous avez reçus au CSref, dites-moi si vous êtes beaucoup, moyennement, un peu ou pas du tout en accord avec les énoncés suivants...

Gén 27: Les services que vous avez reçus au CSref vous ont permis de mieux comprendre vos problèmes de santé ?

1 = /___/ Beaucoup

2 = /___/ Moyennement

3 = /___/ Un peu

4 = /___/ Pas du tout

5 = /___/ ne sait pas

6 = /___/ Refus de répondre

Gén 28: Les services que vous avez reçus au CSref vous ont permis de bien contrôler vos problèmes de santé ?

1 = /___/ Beaucoup

2 = /___/ Moyennement

3 = /___/ Un peu

4 = /___/ Pas du tout

5 = /___/ ne sait pas

6 = /___/ Refus de répondre

Gen 29: L'agent de santé que vous avez vu au CSref vous a encouragé à suivre les traitements prescrits ?

1 = /___/ Beaucoup

2 = /___/ Moyennement

3 = /___/ Un peu

4 = /___/ Pas du tout

5 = /___/ ne sait pas

6 = /___/ Refus de répondre

Gen30 : En venant consulter au CSref aujourd'hui, avez-vous subi une perte de revenus parce que vous n'avez pas pu travailler?

1 = /___/ oui

2 = /___/ non

3 = /___/ ne sait pas

4 = /___/ refus de répondre

Gén 31 : Combien avez-vous payé pour la consultation (ou l'accouchement) ?

1 = /___/ j'ai payé Fcfa

2 = /___/ je n'ai rien payé pour la consultation (ou l'accouchement) (

3 = /___/ autres, veuillez préciser

4 = /___/ ne sait pas

5 = /___/ refus de répondre

Gén 32 : Est-ce que vous considérez ce montant élevé ?

1 = /___/ oui

2 = /___/ non

3 = /___/ ne sait pas

4 = /___/ refus de répondre

Gén 33 : Combien avez-vous payé pour les soins que vous avez reçus sur place (injection, perfusion, pansement, petite chirurgie)

1 = /___/ j'ai payé Fcfa

2 = /___/ je n'ai rien payé pour les soins reçus sur place)

3 = /___/ autres, veuillez préciser.....

4 = /___/ ne sait pas

5 = /___/ refus de répondre

Gén 34 : Est-ce que vous considérez ce montant élevé ?

1 = /___/ oui

2 = /___/ non

3 = /___/ ne sait pas

4 = /___/ refus de répondre

Gén 35 : Avez-vous reçu une ordonnance ?

1 = /___/ oui

2 = /___/ non

3 = /___/ ne sait pas

4 = /_____/ refus de répondre

Gén 36 : Pourquoi vous n'avez pas reçu d'ordonnance ? Plusieurs choix sont possibles :

1 = /_____/ Je n'avais pas assez d'argent

2 = /_____/ J'ai préféré acheter les médicaments ailleurs

3 = /_____/ J'ai des médicaments à la maison

4 = /_____/ Il n'y avait pas assez de produits au dépôt

5 = /_____/ Le médecin, la sage-femme ou l'infirmier ne m'en a pas prescrit

6 = /_____/ autre(s) raison(s) laquelle.....

7 = /_____/ ne sait pas

8 = /_____/ refus de répondre

Gén 37 : Combien avez-vous payé pour les médicaments que vous avez achetés?

1 = /_____/ j'ai payé Fcfa

2 = /_____/ je n'ai rien payé pour les médicaments

3 = /_____/ autres, veuillez préciser.....

4 = /_____/ ne sait pas

5 = /_____/ refus de répondre

Gén 38 : Est-ce que vous considérez ce montant élevé ?

1 = /_____/ oui

2 = /_____/ non

3 = /_____/ ne sait pas

4 = /_____/ refus de répondre

Gen39 : Avez-vous obtenu la totalité des médicaments prescrits au dépôt du CSref ?

1 = /_____/ oui, je les ai obtenu en totalité au dépôt du CSref

2 = /_____/ non, je n'ai obtenu que quelques-uns des médicaments prescrits au dépôt du CSref

3 = /_____/ non, je n'ai obtenu aucun des médicaments prescrits au dépôt du CSref

4 = /_____/ ne sait pas

5 = /_____/ refus de répondre

Gén 40 : Pourquoi vous n'avez pas obtenu la totalité des médicaments prescrits au dépôt du CSref ? Plusieurs choix sont possibles :

1 = /_____/ Je n'avais pas assez d'argent

2 = /_____/ J'ai préféré acheter certains médicaments ailleurs

3 = /_____/ J'ai certains des médicaments à la maison

4 = /_____/ Il n'y avait pas assez de produits au dépôt

5 = /_____/ autre(s) raison(s) laquelle.....

6 = /_____/ ne sait pas

7 = /_____/ refus de répondre

Gén 41 : Avez-vous eu des difficultés pour payer les frais encourus lors de cette visite au CSref (frais liés à la consultation, aux soins ou aux médicaments) ?

1 = /___/ oui (passer à la question suivante)

2 = /___/ non (passer à la question....)

3 = /___/ ne sait pas (passer à la question...)

4 = /___/_refus de répondre (passer à la question...)

Gén 42: Avez-vous reçu de l'aide pour vous aider à payer les frais encourus lors de cette visite au CSref (frais liés à la consultation, aux soins ou aux médicaments) ?

1 = /_____/ oui, on m'a fait crédit et je pourrai payer plus tard

2 = /_____/ oui, on m'a permis d'obtenir certains services (consultation, soins) ou certains médicaments gratuits

3 = /_____/ oui, j'ai pu emprunter de l'argent à des proches (famille, amis)

4=/___/ autres types d'aide, veuillez préciser.....

5 = /_____/ non, je n'ai pas reçu d'aide

6 = /_____/ ne sait pas

7 = /_____/ refus de répondre

Gén 43: A votre avis, est-ce que les frais encourus lors de cette visite au CSref obligeront votre famille à couper ailleurs dans son budget ou à vendre certains de ses biens?

1 = /___/ Oui

2 = /___/ Non

3=/___/ Ne sait pas

4=/___/ refus de répondre

Gen44 : Conseilleriez-vous ce CSref à un parent ou à un ami ?

1 = /___/ non

2 = /___/ oui

3=/___/ ne sait pas

4 = /___/ refus de répondre

Section 2. Utilisation des services depuis la dernière saison des pluies

Gen45 : Depuis la dernière saison des pluies, à quel endroit êtes-vous allé habituellement lorsque vous avez eu des problèmes de santé ?

1=/___/ A ce CSref

2=/___/ A un CSCOM, veuillez préciser le nom.....

3=/___/ Médecin dans une clinique médicale

4=/___/ À l'hôpital

5=/___/ Médecin traditionnel

6=/___/ Pharmacie par terre

7=/___/ Autres, veuillez préciser.....

8=/___/ Ne sait pas/ne se souvient pas

9=/___/ Refus de répondre

Gén 46: Depuis la dernière saison des pluies, avez-vous consulté dans ce CSref ou dans une autre clinique médicale?

1=/___/oui

2=/___/non

3=/___/Ne sait pas/ne se souvient pas

4= /___/Refus de répondre

Gén 47: Combien de fois avez-vous consulté dans ce CSref ou dans une autre clinique médicale depuis la dernière saison des pluies ?

1= /___/ nombre de fois

2=/___/Ne sait pas/ne se souvient pas

3= /___/Refus de répondre

Gen48 : Depuis la dernière saison des pluies, avez-vous été hospitalisé, c'est-à-dire avoir passé au moins une nuit à l'hôpital ?

1=/___/oui

2=/___/non

3=/___/Ne sait pas/ne se souvient pas

4= /___/Refus de répondre

Gen49 : Combien de fois avez-vous été hospitalisé depuis la dernière saison des pluies ?

1= /___/ nombre de fois

2=/___/Ne sait pas/ne se souvient pas

3= /___/Refus de répondre

Gén 50: Depuis la dernière saison des pluies, avez-vous consulté dans une pharmacie par terre?

1=/___/oui (passer à la question Gen52)

2=/___/non (passer à la question Gen53)

3=/___/Ne sait pas/ne se souvient pas (passer à la question Gen53)

4= /___/Refus de répondre (passer à la question Gen53)

Gén 51: Combien de fois avez-vous consulté dans une pharmacie par terre depuis la dernière saison des pluies ?

1= /___/ nombre de fois

2=/___/Ne sait pas/ne se souvient pas

3= /___/Refus de répondre

Gén 52: Depuis la dernière saison des pluies, avez-vous consulté un médecin traditionnel?

1=/___/oui

2=/___/non

3=/___/Ne sait pas/ne se souvient pas

4= /___/Refus de répondre

Gén 53: Combien de fois avez-vous consulté un médecin traditionnel depuis la dernière saison des pluies ?

1= /___/ nombre de fois

2=/___/Ne sait pas/ne se souvient pas

3= /___/Refus de répondre

Section 3 : Consultation générale adulte

MG 1 : Etes- vous déjà venu dans cette formation sanitaire ?

0 = /___/ non

1= /___/ oui une fois

2 = /____/ oui, plusieurs fois

MG2 : A-t-on pris votre température ?

0 = /____/ non

1 = /____/ oui

MG 3 : A- t-on demandé de vous allonger sur une table d'examen pour vous examiner ?

0 = /____/ non

1 = /____/ oui

MG 4 : A- t-on examiné la partie du corps qui vous fait souffrir (observation, palpation, auscultation) ?

0 = /____/ non

1 = /____/ oui

MG 5 : Quelles parties de votre corps a-t-on examiné ?

1 = /____/ les yeux (observation la coloration des conjonctives)

2 = /____/ les oreilles (observation avec un otoscope, écoute du tic tac d'une montre

3 = /____/ la bouche et la gorge (observation, abaisse langue)

4 = /____/ le cœur et les poumons (percussion, auscultation)

5 = /____/ le ventre (palpation, percussion)

6 = /____/ es membres (sensibilité, mobilité, réflexes osteo-tendineux0)

7 = /____/ la peau (rougeur, boutons, infection, etc.)

MG 6 : A- t-on pris votre tension artérielle ?

0 = /____/ non

1 = /____/ oui

MG 7 : Vous a- t-on donné les explications pour votre maladie ?

0 = /____/ non

1 = /____/ oui, mais je n'ai pas bien compris

2 = /____/ oui, et clairement

MG 8 : Que n'avez vous pas bien compris ?

1 = /____/ l'origine de ma maladie

2 = /____/ si ma maladie est grave

3 = /____/ Si ma maladie peut guérir sans conséquences pour ma santé

4 = /____/ comment je dois prendre les médicaments et / ou combien de temps je dois prendre ces médicaments

MG 9 : Vous a- t-on conseillé d'aller dans une consultation spécialisée ?

0 = /____/ non

1 = /____/ oui

MG 10 : Vous a- t-on dit ou effectuer cette consultation spécialisée ?

0 = /____/ on ne m'a pas dit ou

1 = /____/ on m'a dit d'aller à l'hôpital, mais on ne m'a dit quel docteur je devais voir

2 = /____/ on m'a dit d'aller dans un cabinet médical / clinique privée, mais on ne m'a pas dit quel docteur voir

3 = /____/ on m'a dit d'aller à l'hôpital, et on m'a dit quel docteur je devais voir

4 = /____/ on m'a dit d'aller dans un cabinet médical / clinique privée, et on m'a dit quel docteur je devais voir

MG 11 : Avez vous été mis (e) en observation aujourd'hui ?

0 = /____/ non

1 = /____/ oui

MG 12 : Etes vous satisfait (e) de la manière dont on s'est occupé de vous quand vous étiez en observation ?

0 = /____/ je ne suis pas satisfait (e) du tout

1 = /____/ je ne suis pas très satisfait (e)

2 = /____/ je suis assez satisfait (e)

3 = /____/ je suis très satisfait (e)

MG 13 : Avez vous reçu des soins dans cet établissement (injection, pansement, perfusion, petite chirurgie, etc.) ?

0 = /____/ non

1 = /____/ oui

MG 14 : Que pensez- vous des soins que vous avez reçu ?

0 = /____/ je ne suis pas satisfait (e) du tout

1 = /____/ je ne suis pas très satisfait (e)

2 = /____/ je suis assez satisfait (e)

3 = /____/ je suis très satisfait (e)

MG 15 : Pourquoi n'êtes vous pas satisfait (e) ?

0 = /____/ on m'a soigné au milieu des autres malades

1 = /____/ la salle de soin est sale

2 = /____/ j'ai attendu très longtemps avant d'obtenir les soins

3 = /____/ on m'a demandé de l'argent pour les soins et on ne m'a pas donné de reçu

MG 16 : Selon vous, la mise en observation ou les soins administrés sur place étaient-ils justifiés ?

0 = /____/ non

1 = /____/ 0 oui

MG 17 : Vous a- t-on remis une ordonnance pour acheter des médicaments ?

0 = /____/ non

1 = /____/ oui

MG 18 : Vous a- t-on dit d'aller les acheter à la pharmacie d'établissement ? 1 = /____/ oui

MG 19 : Vous a- t-on dit de revenir si vous ne vous sentez pas mieux (consultation de contrôle) ?

0 = /____/ non

1 = /____/ oui

MG 20 : Pourquoi pensez vous que l'on vous demande de revenir si vous ne vous sentez pas mieux ?

0 = /____/ parce que la personne qui m'a examiné veut gagner plus d'argent

1 = /____/ parce que la personne qui m'a examiné n'est pas sûre de son diagnostic

2 = /____/ parce que ma maladie est grave, mais que la personne qui m'a examiné ne veut pas me le dire

3 = /____/ parce que la personne qui m'a examiné veut vérifier que je guéris normalement

MG 21 : Vous a- t-on dit que la consultation de contrôle serait gratuite ?

0 = /____/ non

1 = /____/ oui

MG 22 : Vous a- t-on dit en combien de temps vous deviez guérir ?

0 = /____/ non

1 = /____/ oui

MG23 : Si la maladie dont vous souffrez est une longue maladie, comme l'hypertension artérielle, la tuberculose ou le sida, vous a- t-on expliqué clairement quand vous deviez revenir à la consultation ?

0 = /____/ non

1 = /____/ oui, mais je ne suis pas sûr de bien avoir compris

2 = /____/ oui, c'était très clair

