

**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE  
SUPERIEURE ET DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE.**

**RÉPUBLIQUE DU MALI**

**Un Peuple – Un But – Une Foi**

**UNIVERSITÉ DE BAMAKO**

**FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET  
D'ODONTO – STOMATOLOGIE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008-2009**

**N°...../**

**EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS DANS LE  
CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE  
KOROFINA NORD  
“ASACKO NORD”**

**THÈSE**

Présentée et soutenue publiquement le 14/03/2009

**Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie**

**Par**

**Mr Oumar S Coulibaly**

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine**

**(DIPLOME D'ETAT)**

**Jury**

**PRESIDENT : Professeur Amadou Diallo**

**MEMBRES : Docteur Nanzoum Diarra**

**Docteur Bassirou Diarra**

**CO- DIRECTEUR DE THESE : Docteur Samba Traoré**

**DIRECTEUR DE THESE : Professeur Soukalo Dao**

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

ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

**ADMINISTRATION**

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR

1 ASSESSEUR : DRISSA DIALLO – MAITRE DE CONFERENCES

2 ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE – MAITRE DE CONFERENCES

3 SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - PROFESSEUR

4 AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL – CONTROLEUR DES FINANCES

**LES PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr ALOU BA

Mr BOCAR SALL

Mr SOULEYMANE SANGARE

Mr YAYA FOFANA

Mr Mamadou L. TRAORE

Mr BALLA COULIBALY

Mr Mamadou DEMBELE

Mr Mamadou KOUMARE

Mr ALI NOUHOUM DIALLO

Mr Aly GUINDO

OPHTALMOLOGIE

ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE - Secourisme

PNEUMO-ptisiologie

HEMATOLOGIE

CHIRURGIE GENERALE

PEDIATRIE

CHIRURGIE GENERALE

Pharmacognosie

Médecine interne

Gastro-Entérologie

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

**D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE

Mr Sambou SOUMARE

Mr Abdou Alassane TOURE

Mr Kalilou OUATTARA

Mr Amadou DOLO

Mr ALHOUSSEINI Ag MOHAMED

Mme SY Assitan SOW

Mr Salif DIAKITE

Mr Abdoulaye DIALLO

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

ORTHOPEDIE – TRAUMATOLOGIE, **chef de D.E.R**

UROLOGIE

Gynéco obstétrique

ORL

Gynéco Obstétrique

Gynéco Obstétrique

Anesthésie - Réanimation

**2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Abdoulaye DIALLO

Mr Djibril SANGARE

Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP

Mr Gangaly DIALLO

Mr Mamadou TRAORE

Ophtalmologie

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Chirurgie viscérale

Gynéco Obstétrique

Mr Filifing SISSOKO  
Mr Sékou SIDIBE  
Mr Abdoulaye DIALLO  
Mr Tiéman COULIBALY  
Mme TRAORE J. THOMAS  
Mr Mamadou L DIOMBANA  
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE  
Mr Nouhoum ONGOIBA  
Mr Sadio YENA  
Mr Yousouf COULIBALY

Chirurgie Générale  
Orthopédie Traumatologie  
Anesthésie - Réanimation  
Orthopédie - Traumatologie  
Ophtalmologie  
Stomatologie  
Gynéco - Obstétrique  
Anatomie & Chirurgie Générale  
Chirurgie Thoracique  
Anesthésie - Réanimation

### 3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA  
Mr Samba Karim TIMBO  
Mme TOGOLA Fanta KONIPO  
Mr Zimogo Zié SANOGO

Gynéco Obstétrique  
ORL  
ORL  
Chirurgie Générale

Mme Diénéba DOUMBIA  
Mr Zanafon OUATTARA  
Mr Adama SANGARE  
Mr Sanoussi BAMANI  
Mr Doulaye SACKO  
Mr Ibrahim ALWATA  
Mr Lamine TRAORE  
Mr Mady MACALOU  
Mr Aly TEMBELY  
Mr Niani MOUNKORO  
Mr Tiémoko D COULIBALY  
Mr Souleymane TOGORA  
Mr Mohamed KEITA  
Mr Boureima MAIGA

Anesthésie - Réanimation  
Urologie  
Orthopédie Traumatologie  
Ophtalmologie  
Ophtalmologie  
Orthopédie Traumatologie  
Ophtalmologie  
Orthopédie/ Traumatologie  
Urologie  
Gynéco - Obstétrique  
Odontologie  
Odontologie  
ORL  
Gynéco - Obstétrique

### D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

#### 1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO  
Mr Sinè BAYO  
Mr Amadou DIALLO  
Mr Moussa HARAMA  
Mr Ogobara DOUMBO  
Mr YENIMEGUE Albert DEMBELE  
Mr Anatole TOUNKARA  
Mr Bakary M CISSE  
Mr Abdourahamane S. MAIGA  
Mr Adama DIARRA  
Mr Massa SANOGO  
Mr Mamadou KONE

Chimie Générale & Minérale  
Anatomie – Pathologie - Histoembryologie  
Biologie  
Chimie Organique  
Parasitologie- Mycologie  
Chimie Organique  
Immunologie **Chef de D.E.R**  
Biochimie  
Parasitologie  
Physiologie  
Chimie Analytique  
Physiologie

#### 2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE  
Mr Flabou BOUGOUDOGO

Histoembryologie  
Bactériologie Virologie

## **Evaluation de la qualité des soins dans le CSCOM de KOROFINA NORD**

---

Mr Amagana DOLO  
Mr Mahamadou CISSE  
Mr Sékou FM TRAORE  
Mr Abdoulaye DABO  
Mr Ibrahim I. MAIGA

Parasitologie  
Biologie  
Entomologie médicale  
Malacologie, Biologie Animale  
Bactériologie, Virologie

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Lassana DOUMBIA  
Mr Mounirou BABY  
Mr Mahamadou A. THERA  
Mr Moussa Issa. DIARRA  
Mr Kaourou DOUCOURE  
Mr Bouréma KOURIBA  
Mr Souleymane DIALLO  
Mr Chiek Bougadari TRAORE

Chimie Organique  
Hématologie  
Parasitologie  
Biophysique  
Biologie  
Immunologie  
Bactériologie -Virologie  
Anatomie Pathologie

### **4. ASSISTANTS**

Mr Mangara M. BAGAYOGO  
Mr Guimogo DOLO  
Mr Abdoulaye TOURE  
Mr Djibril SANGARE  
Mr Mouctar DIALLO  
Mr Boubacar TRAORE  
Mr Bokary Y. SACKO  
Mr Mamadou BA

Entomologie Moléculaire Médicale  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Biologie Parasitologie  
Immunologie  
Biochimie  
Biologie, Parasitologie, Entomologie Médicale.

## **D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Abdoulaye Ag RHALY  
Mr Mamadou K TOURE  
Mr Mahamane MAIGA  
Mr Baba KOUMARE  
Mr Moussa TRAORE  
Mr Issa TRAORE  
Mr Mamadou M. KEITA  
Mr Hamar A. TRAORE  
Mr Dapa Aly DIALLO  
Mr Moussa MAIGA  
Mr Somita KEITA

Médecine interne  
Cardiologie  
Néphrologie  
Psychiatrie, **Chef de D.E.R**  
Neurologie  
Radiologie  
Pédiatrie  
Médecine interne  
Hématologie  
Gastro-entérologie- Hépatologie  
Dermato- Léprologie

### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Bah KEITA  
Mr Boubacar DIALLO  
Mr Abdel Kader TRAORE  
Mr Siaka SIDIBE  
Mr Mamadou DEMBELE

Pneumo-phtisiologie  
Cardiologie  
Médecine Interne  
Radiologie  
Médecine Interne

Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K. MINTA	Maladie infectieuse
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Harouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. Cisse	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatologie-Gastro-Entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-Entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Soungalo DAO	Maladie infectieuse
Mr Cheik Oumar GUINTO	Neurologie.

## **D.E.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Boubacar Sidiki CISSSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique

### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique

#### 4. ASSISTANTS

Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

#### D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

##### 1. PROFESSEURS

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

##### 2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique
--------------------	----------------

##### 3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique

#### 4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médica

#### CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane Guindo	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

#### ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie

## **Evaluation de la qualité des soins dans le CSCOM de KOROFINA NORD**

---

Pr. Mounirou CISS  
Pr. Amadou Papa DIOP  
Pr. Lamine GAYE

Hydrologie  
Biochimie  
Physiologie

**DEDICACE**



## **Je dédie ce travail :**

### **A DIEU**

Toi qui es : clément et miséricorde.

Merci pour tout ce que tu nous as accordé et pour tout ce que tu continue de nous accorder et fait que je m'en souviens à tout moment de ma vie et surtout dans l'exercice de ma profession.

Augmente ma foi en toi et fait que je sois parmi les gens soumis et les fervents de ton adoration

### **A notre prophète**

C'est par ta grâce que dieu a façonné cette vie nous ne pouvons jamais terminer ce travail sans mentionner ton illustre nom dans ce ouvrage .Car tu es la raison et la cause de notre existence, le pont entre nous et notre dieu mais aussi la clé de la paradis que nous cherchons tous.

### **A mon père Siratigui Coulibaly**

Qui a toujours su me guider sur le droit chemin de par son agir quotidien. Merci de m'avoir vite fait savoir qu'on ne réussit que par nous mêmes.

Vous nous avez soutenu à tout moment et à toutes circonstances.

Merci de ton devoir de père bien rempli.

Que dieu nous aide à pouvoir remplir nos devoirs vis à vis de notre famille de notre ville et de mon pays maintenant et pour toujours.

### **A ma mère Tenin Coulibaly**

Merci de ton assistance maternelle car vous qui nous avez tous et toujours traiter comme des petits enfants, impossible de s'en sortir de quoi que se soi ce qui prouve votre grande affection envers nous .vous avez été pour nous une conseiller et une protectrice.

Aujourd'hui, ce travail est le fruit de l'arbre que tu as planté. Puisse le tout puissant t'accorder encore longue vie dans la santé et dans la prospérité.

### **A mes frères et sœurs :**

Matigui, Mahamane dit vieux, Hamidou, Fatoumata dite badji, Hawa, Oumou, et notre cadette Koumba dite maba, vous avez été sensible á tous mes problèmes ce qui explique votre grand intérêt à mon sujet et à mon image.

Soyez honorés par ce modeste travail car Vous m'avez chaque fois dit que ma réussite c'est votre honneur et croyez-moi, je n'ai jamais douté de cette affirmation.

### **A ma douce et tendre Fiancé Hourouma Sow**

Ma petite fiancée adorée, pour son intelligence, sa patience et son amour.

Tu as toujours su me ménager avec patience jusqu'à maintenant. C'est une nouvelle phase de la vie qui commence et je compte beaucoup sur toi pour la franchir ensemble.

# REMERCIEMENTS

➤ **A tout le membre de ma Famille :**

❖ **A mes belles Sœur :**

intou doucouré, Mariam Coulibaly, Binta

❖ **A mes enfants :**

Moussa Coulibaly, Abdoulaye Coulibaly, Mamadou Coulibaly, siratigui Coulibaly, Alou Coulibaly, Kalifa, Batoma, Setou Diarra, Mariam Diarra, Bourama Togola, Checkne Coulibaly, Chaka Coulibaly.

**A tous mes oncles** plus particulièrement Souleymane Coulibaly et toute sa famille.

**A tout les membres de la famille ly :**

**Feu Mamoudou Ly**

Vous avez été pour moi un père, un ami, et un maître .vous m’avez aidé dans beaucoup de domaines et vous avez été pour moi un exemple pour la bonne conduite dans cette vie, je ne pourrai jamais t’oublier.

Aïchata Sy, Mamadou Ly, Nene Ly, Assetou Ly, Djeneba, Rokia,

Amadou, Oumou, Aminata et Fanta Camara.

**A tout les membres de la famille Konaté**

**A tout les membres de la famille Haïdara**

**A tout les membres de la famille Tandiougoura, Bathyli**

**A tout les membres de la famille Sow.**

**A tout les amis de la chambre 87 :**

N’bouye Diallo, Abdoulaye Diarra, Claude Kanté, Abdoul Kader Sidibé, Mohamed Sidibé dit étrange, Zakaria Togola, Ousmane Traoré, Boua, Tiori.

Nous avons passé une année inoubliable ensemble dans cette chambre dans le

campus de Badalabougou dont nous étions comme des frères, des cousins, des amis.

**A tous les amis du quartier :**

Drissa Tapily, Daouda Teimbely, Kene, vieux deimba, Masse, Moussa

Toukara, Modibo Kodio.

A Tous les professeurs de l'école fondamentale de Banconi plateau, de lycée fily dabo Sissoko de doumanzana.

Je ne pourrai jamais vous oublier sans vous, je ne serai pas ce que je suis aujourd'hui.

A tous les anciens amis de l'école de Banconi, et de lycée fily dabo Sissoko.

A tous les amis de la chirurgie B de l'hôpital du point G.

A tous les amis de l'urologie de l'hôpital du point G.

# **HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre Maître et Président du Jury**

**Professeur Amadou DIALLO**

- **Professeur titulaire de Biologie animale et Zoologie**
  
- **Vice-recteur de l'Université de Bamako**

Cher Maître, nous vous remercions d'avoir accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations, vous nous faites honneur en acceptant de juger ce travail. Votre rigueur scientifique, votre amour du travail bien fait, votre compétence font de vous un Maître admiré par tous les élèves que nous sommes.

Cher maître, soyez rassuré de notre haute admiration et de notre profond respect.

**A notre Maître et juge**

**Docteur Nanzoum J P Diarra**

- **Responsable des maladies non transmissibles à la direction nationale de la santé (DNS).**

Cher Maître

Votre rigueur scientifique, vos qualités humaines et de bon enseignant nous ont motivé à aller vers vous pour juger ce travail.

Votre apport au cours de l'élaboration de cette thèse a été fort considérable.

Recevez ici cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.



**A notre Maître et juge**

**Docteur BASSIROU DIARRA :**

**Médecin et assistant de recherche au centre de recherche et de formation sur le VIH et la TUBERCULOSE SEREFO/FMPOS/NIAID université de Bamako.**

Cher Maître nous vous remercions d'avoir accepté ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre amour du travail et votre de simplicité font de vous un maître admiré.

Cher maître soyez rassuré de notre haute admiration et profond respect.

**A notre Maître et codirecteur**

**Docteur Samba Traoré**

- **Médecin chef du centre de santé communautaire de Korofina Nord (ASACKO NORD)**

Cher Maître, en dépit de vos multiples et importantes occupations, vous avez accepté de venir juger ce travail, trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude. Vous nous avez impressionné par votre travail bien fait et votre attachement à la simplicité.

L'étendue de vos connaissances intellectuelles, morales et sociales suscite une grande admiration.

Permettez nous ici cher Maître, de vous réitérer nos sincères remerciements.

**A notre Maître et Directeur de Thèse**

**Professeur Soukalo Dao**

- **Professeur en parasitologie**
  
- **Maître de conférences en maladies infectieuses.**
  
- **Responsable de l'enseignement de la maladie infectieuse à la faculté de médecine pharmacie et odoto-stomatologie du Mali.**
  
- **Investigateur clinique au centre de recherche et de formation sur le VIH et la tuberculose SEREFO /FMPOS/NIAID université de Bamako**

Cher Maître, c'est l'occasion pour nous de vous remercier vivement, pour les connaissances que vous avez su nous donner tout au long de notre carrière d'étudiant, mais aussi de vous rassurer de notre profonde reconnaissance.

Votre rigueur pédagogique et scientifique, vos qualités humaines font de vous un Maître admiré par tous.

Puisse le seigneur vous accorder longévité, santé et bonheur pour nous entretenir encore longtemps.

Veillez agréer cher maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance.

# SOMMAIRE

<b>Sommaire</b>	<b>Page</b>
<b>I INTRODUCTION</b>	24
Question de recherche	
Hypothèses	
<b>II OBJECTIFS</b>	29
Objectif général	
Objectifs spécifiques	
<b>III GENERALITES</b>	31
<b>IV METHODOLOGIE</b>	38
Cadre de l'étude	
Population d'étude	
Période d'étude	
Echantillonnage	
Techniques et instruments de collecte	
Traitement et analyse des données	
Considération d'éthique et déontologique	
<b>V RESULTATS</b>	45
<b>VI COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS</b>	69
<b>VII CONCLUSION</b>	78
<b>VIII RECOMMANDATIONS</b>	81
<b>IX REFFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	84
<b>X ANNEXES</b>	88
Fiche d'enquête	
Serment d'Hippocrate	

## INDEX ALPHABÉTIQUE DES ABRÉVIATIONS

**ASACO** : Association de Santé Communautaire.

**AT** : Accoucheuse Traditionnelle.

**CPN** : Consultation Périnatale.

**CPON** : Consultation post-natale

**CROCEPS** : Comité Régional d’Orientation et de Coordination des Etudes et Programmes Socio Sanitaire.

**CSAR** : Centre de Santé d’Arrondissement Revitalisé.

**CSCOM** : Centre de Santé Communautaire.

**CSref** : Centre de Santé de référence.

**DCI** : Dénomination Commune Internationale.

**DNS** : Direction Nationale de la Santé.

**DNSP** : Direction Nationale de la Santé Publique.

**DRC** : Dépôt Répartiteur de Cercle.

**DTCP** : Diphtérie Tétanos Coqueluche Poliomyélite.

**EDS** : Enquête Démographique et de Santé.

**F** : Féminin

**FAP** : Femme en Age de Procréer.

**IB** : Initiative de Bamako.

**ICPM** : Infirmier Chef de Poste Médical.

**IECS** : Information Education Communication en santé.

**M** : Masculin

**ME** : Médicaments Essentiels.

**MSSPA** : Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes âgées.

**NC** : Naissance

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.

**ONG** : Organisation non gouvernementale.

**PDSC** : Plan de Développement Sanitaire de Cercle.

**PDSS** : Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social.

**PEV** : Programme Elargi de Vaccination.

**PF** : Planification Familiale.

**PMA** : Paquet Minimum d'Activité.

**PO** : Plan Opérationnel.

**%** : Pourcentage.

**PPTE** : Pays Pauvres Très Endettés.

**PPM** : Pharmacie Populaire du Mali.

**PRODESS** : Programme de Développement Sanitaire et Social.

**SR** : Santé de la Reproduction.

**UMPP** : Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques.

**LISTE DES TABLEAUX :**

**Tableau I :** Répartition de la population enquêtée selon l'âge.

**Tableau II :** Répartition de la population enquêtée selon le sexe

**Tableau III :** Répartition de la population enquêtée selon leur statut matrimonial.

**Tableau IV :** Répartition de la population enquêtée selon le niveau d'instruction.

**Tableau V :** Répartition de la population enquêtée selon la profession.

**Tableau VI :** Répartition de la population enquêtée selon leur état sanitaire les 3 derniers mois.

**Graphique 1 :** Répartition de la population enquêtée selon état sanitaire d'un membre de la famille durant les 3 derniers mois.

**Tableau VII:** le type de recours utilisé par la population enquêtée en cas de maladie.

**Graphique 2:** Raison du choix de CSCOM comme type de recours en cas de maladie par la population.

**Tableau VIII :** Répartition de la population selon la connaissance du site de CSCOM

**Tableau IX:** Répartition de la population selon leur connaissance de l'existence de la carte d'adhésion à l'ASACO

**Graphique 3 :** Répartition de la population selon la possession de la carte d'adhésion à l'ASACO

**Graphique 4 :** Répartition de la population selon la cause de non adhésion à l'ASACO.

**Graphique 5 :** Répartition de la population selon la connaissance de la création de l'ASACKO NORD.



**Tableau X** : Répartition de la population selon la connaissance d'un membre de comité de gestion :

**Tableau XI**: Répartition de la population selon la présence ou avoir conduit quelqu'un.

**Graphique 6** : Opinion de la population enquêtée sur la distance qui les sépare du centre.

**Graphique 7** : Moyens utilisés par la population enquêtée pour se rendre au centre de santé.

**Graphique 8** : Opinion de la population enquêtée sur la présence des chaises dans le centre.

**Graphique 9**: Opinion de la population enquêtée selon l'existence de la latrine.

**Graphique 10** : Opinion de la population enquêtée sur la salubrité de la latrine.

**Graphique 11** : Opinion de la population enquêtée sur la salubrité des locaux :

**Graphique12**: Opinion de la population enquêtée sur le respect de l'ordre de passage.

**Graphique 13** : Opinion de la population enquêtée selon la durée de l'attente.

**Graphique 14** : Opinion de la population enquêtée sur la qualité de l'accueil.

**Graphique15**: Opinion de la population selon l'atmosphère dans lequel la consultation était passée.

**Graphique 16** : Opinion de la population sur la manière de l'interrogatoire.

**Graphique 17** : Opinion de la population enquêtée sur la durée de la consultation.

**Graphique 18** : Opinion de la population sur les horaires de travail.

**Graphique 19** : Opinion de la population enquêtée selon la disponibilité du personnel sanitaire en dehors des heures de service.

**Graphique 20** : Opinion de la population sur la qualité de l'IECS.

**Graphique 21** : Répartition de la population enquêtée selon le lieu d'achat des médicaments prescrits.

**Graphique 22** : Opinion de la population enquêtée sur l'efficacité du traitement prescrit.

**Graphique 23** : La raison de l'inefficacité du traitement.

**Graphique 24** : Opinion de la population enquêtée selon le coût des soins en général:

**Graphique 25** : Opinion de la population enquêtée selon le comportement du personnel.

**Graphique 26** : Opinion de la population enquêtée selon la raison du bon comportement du personnel.

**Graphique 27** : Répartition des femmes selon la réalisation de la CPN

**Graphique 28**: La raison de non réalisation de la CPN par les femmes.

**Graphique 29** : Répartition des femmes enquêtées sur le nombre de CPN effectué durant la grossesse :

**Graphique 30** : Répartition des femmes selon l'accouchement au CSCOM.

**Graphique 31** : Répartition des femmes enquêtées sur la raison de choix du CSCOM pour l'accouchement.

**Graphique 32**: Répartition des femmes selon les lieux de leur accouchement hors du CSCOM

**Graphique 33** : Répartition des femmes selon l'assistance de l'accouchement.

**Graphique 34** : Répartition des femmes selon la réalisation des CPON.

**Graphique 35**: Raison des femmes enquêtées sur la non réalisation de la CPON.

**Graphique 36**: Répartition des femmes selon la réalisation correcte de la vaccination des enfants.

**Graphique 37** : Répartition des enfants selon la possession de carnet de vaccination.

# INTRODUCTION

## I INTRODUCTION ET OBJECTIFS :

### 1 -Contexte et justification :

Le centre de santé communautaire (CSCOM) se définit comme : la formation sanitaire de premier niveau ,créé sur la base de l'engagement définie et organisé de la population au sein d'une association de santé communautaire (ASACO) pour répondre de façon efficace à ses problèmes de santé.[1]

Pour atteindre cet objectif le centre de santé communauté doit :

- **fournir un paquet minimum d'activité (PMA)** (Activités préventives, curatives et promotionnelles).
- **Assurer en permanence la disponibilité et l'accessibilité du médicament essentiel (ME) en dénomination commune internationale (DCI).**
- **La participation de la population à la gestion et à l'animation du centre de santé.**

Au Mali la mise en place des CSCOM (centre de santé communautaire) et CSAR (centre de santé d'arrondissement et revitalisé) a connu une évolution progressive : 370 en 1998, 660 en 2003 le nombre s'élevait environ 850 en fin 2008. [4]

Cette mise en place du SCOM et de CSAR avait pour but d'assurer l'accessibilité de soins de base de qualité et l'augmentation de niveau de vie de la population [1], car les études ont montré beaucoup de dysfonctionnements dans le système de santé du Mali :

**En 1995/1996** les résultats de l'EDS II ont estimé que 30% de la population se situent dans un rayon de 5 km et 50% dans un rayon de 15 km avaient accès à une structure de santé offrant le PMA (paquet minimum d'activité).

Le ratio par habitant reste toujours faible par rapport aux normes internationales :

-1 médecin pour 14 612hbts (norme OMS1/10000 hbts) . [7]

- 1 infirmier pour 13 989hbts (norme OMS 1/10000hbts). [7]

-1 sage femme pour 21 440hbts (norme OMS 1/10000 hbts). [7]

Le secteur public et le secteur privé sont concentrés à 80% à Bamako (**DNS 2001**).  
[4]

Les personnels spécialisés sont concentrés au niveau des hôpitaux et aux services spécialisés dont 90% sont implantés à Bamako.

Tous ces problèmes expliquaient ainsi une mauvaise répartition des structures sanitaires mais également des ressources humaines et qui ont entraîné le changement de certaines normes et procédures dans le cadre de la nouvelle politique de santé pour l'amélioration de la qualité des soins et de santé.

-**En 1990**, le Mali a élaboré une politique sectorielle de santé et de population, dont l'objectif était d'assurer l'extension des services de santé primaire par la création des centres de santé communautaire (CSCOM) : MSSPA : déclaration de la politique sectorielle. [6]

-**En 1998** le Mali a adopté une autre politique de santé : le plan décimal de développement sanitaire et social (**PDSS 1998 -2007**).

A partir de ce plan, un programme quinquennal a été élaboré, dénommé programme de développement sanitaire et social (PRODESS) pour la période 1998 -2000.

Un des objectifs du PRODESS est d'offrir le PMA à la population les plus éloignées.

Force est de reconnaître que depuis la mise en œuvre de ses projets en 1998, on a constaté une évolution positive en 2000 :

- La proportion de la population ayant accès à une structure de santé offrant le PMA dans un rayon de 5km, est passée de 30 à 40% et de 50 à 63% dans un rayon de 15km. [7]

- Le taux d'utilisation de la consultation curative est passé de 0,17 NC/AN/hbts en 1998 à 0,19NC/AN/hbts en 2003 alors que l'objectif prévu était de 0,50NC/AN/hbts (S.L.I.S 2003). [5]

- Le taux de couverture de consultation prénatale (CPN) a été estimé à 57% et, l'objectif prévu en 2002 était de 80% (EDSII). [6]

-Le coût moyen de l'ordonnance dans les hôpitaux, dans les CSREF et dans les CSA était très élevé pour la population.

Le Mali a adopté ainsi une politique nationale des médicaments qui devait permettre de baisser le coût de l'ordonnance et l'accessibilité de médicament par tous. Cette politique a permis de dresser une liste de médicaments de base, appelés médicaments essentiels (ME), estimés au nombre de 348 (tous niveaux confondus). Malgré l'effort fournis par l'autorité du Mali, certaines pratiques et d'attitudes néfastes freinent l'évolution de niveau de santé :

- Le coût élevé de la consultation (sur tarification, multiplicité des ordonnances et des examens complémentaires) et du transport agissant négativement et de façon significative sur la demande de soins quelque soit le type de formation et le statut économique de malade. [17]
- L'inégalité dans l'accès au soins : les pauvres sont victimes d'une discrimination, recours à l'automédication et traditheurapie. [23]
- Incompétence de personnels due soit à la mauvaise formation, soit à un manque de matériel de travail.
- Insatisfaction de la population.
- La mauvaise gestion des ressources économiques et humaines.

On pourrait alors s'interroger sur les causes actuelles de niveau de fréquentation du service de santé de premier niveau.

La présente étude devait identifier les déterminants qui pourraient expliquer les causes actuelles de niveau de fréquentation des CSCOM, afin de dégager les stratégies pour amener les populations à mieux fréquenter les centres de santé.

## **2. Questions de recherche :**

**2.1.** Quels sont les facteurs liés aux infrastructures sanitaires pouvant expliquer la baisse de niveau de fréquentation des CSCOM ?

**2.2** Quels sont les facteurs liés au fonctionnement des services de santé pouvant expliquer la baisse de niveau de fréquentation des CSCOM ?

**2.3** Quels sont les facteurs d'ordre économique pouvant expliquer la baisse de niveau de fréquentation des CSCOM ?

**2.4** Quels sont les facteurs d'ordre socioculturel pouvant expliquer la baisse de niveau de fréquentation des CSCOM ?

## **3. HYPOTHESES :**

**3.1** L'emplacement et l'équipement du CSCOM peuvent être un facteur influant le niveau de fréquentation de l'ASACKO NORD.

**3.2** Le type de fonctionnement, la qualité de service, la disponibilité de service, l'accueil, le nombre du personnel peuvent être des facteurs qui influencent le niveau de fréquentation de l'ASACKO NORD.

**3.3** Le revenu des populations, le coût de service peuvent être des facteurs qui influencent le niveau de fréquentation de l'ASACKO NORD.

**3.4** La croyance, le tabou, l'automédication, la thérapie traditionnelle, la méconnaissance de l'utilité de soins, peuvent également être des facteurs qui influencent le niveau de fréquentation de l'ASACKO NORD.

**3.5** La coexistence de l'ASACO avec d'autres structures de santé peut également être un facteur qui influence le niveau de fréquentation du CSCOM



## **4 –OBJECTIFS :**

### **4.1 GENERAL\_:**

Etudier les facteurs qui influencent le niveau de fréquentation de centre de santé communautaire de KOROFINA NORD.

### **4. 2 SPÉCIFIQUES :**

-Identifier les facteurs qui influencent le niveau de fréquentation de centre de santé communautaire de KOROFINA NORD.

-Analyser les facteurs qui influencent le niveau de fréquentation du centre de santé communautaire de KOROFINA NORD.

# GENERALITES

## **II GÉNÉRALITÉ :**

### **1- Situation socio sanitaire du Mali :**

Malgré les efforts entrepris par le gouvernement du Mali dans le domaine de la santé, les indicateurs sanitaires sont encore loin d'être satisfaisants. Le taux de morbidité et de mortalité reste toujours élevé. Ainsi le taux de mortalité maternelle est estimé à 577 décès pour 100 000 naissances. En moyenne 11,7% des femmes sont sujettes à une malnutrition et une anémie. Le taux de mortalité infantile est estimé à 113 pour 1 000 et sur 1 000 enfants qui atteignent leur premier anniversaire, 130 décèdent avant l'âge de 5 ans. [6]

Ce taux de mortalité est plus élevé en milieu rural qu'urbain (132 contre 106 pour 1 000) selon **EDS III 2001**.

Cette situation socio sanitaire est due et ou aggravée par des facteurs suivants :

- l'insuffisance de l'hygiène et de l'assainissement du cadre de vie.
- les attitudes alimentaires et les pratiques **néfastes à la santé** (tradithérapie, automédication).
- un taux de fécondité et de natalité élevé respectivement de 0,05% et 45 pour 1 000 EDSII. [6]
- un taux brut de scolarisation faible (35% au premier cycle) avec un taux de scolarisation des filles à 25,7% EDSII. [6]
- un faible accès à l'eau potable, seulement 48% de la population en milieu urbain (36% en milieu rural) EDSII. [6]
- une faible couverture sanitaire (40% dans un rayon de 5 km et 30% dans un rayon de 15 km) et une faible utilisation des services de santé de l'ordre de 0,3 contact par individu et par an. [15]

Pour trouver des solutions à ces problèmes de santé, le Mali s'est lancé depuis une dizaine d'années dans une nouvelle expérience : la politique sectorielle de santé et de population (PSSP).

C'est dans le cadre de la mise en œuvre de cette politique qu'a été lancé le vaste programme de création des ASACO/CSCOM.

La mise en pratique de cette politique a abouti au lancement du programme décennal de développement socio sanitaire (PRODESS) en 1998.

## **2- Rappels sur les associations de santé communautaire (ASACO) :**

### **2-1- Définitions opérationnelles :**

#### **2-1-1- Santé communautaire :**

Selon Rochon (Canada), la santé communautaire est l'art et la science d'améliorer l'état de santé de la population, de prévenir la maladie et de promouvoir l'efficacité des services de santé par la coordination des efforts communautaires.

#### **2-1-2- ASACO :**

L'ASACO peut être définie comme une structure associative dans laquelle la population d'une aire de santé donnée s'organise pour prendre en main la gestion de ses propres problèmes de santé.

#### **2-1-3- CSCOM :**

Le centre de santé communautaire (CSCOM) se définit comme : la formation sanitaire de premier niveau créé sur la base de l'engagement définie et organisée au sein d'une association de santé communautaire (ASACO) pour répondre de façon efficace et efficiente à ces problèmes de santé .

#### **2-1-4- Notion d'aire de santé :**

L'aire de santé est une unité géographique de base abritant une population minimum de cinq mille (5000) à dix milles (10000) habitants et formant la zone d'intervention d'un centre de santé communautaire. Les aires de santé doivent tenir

compte, dans la mesure du possible, du découpage communal. Toutefois, dans les cas où une aire de santé couvre les localités de deux (2) ou de plusieurs communes, elle sera gérée selon les principes de l'intercommunalité telle que prévue dans le code des collectivités territoriales.

### **2-1-5- Le district sanitaire :**

Le district sanitaire constitue l'unité opérationnelle de planification conformément à la stratégie africaine de développement sanitaire. Il regroupe un certain nombre d'aires de santé. Le district sanitaire correspond au cercle ou à une commune urbaine de Bamako.

### **2-1-6 La carte sanitaire :**

Consacre le découpage du territoire national en aires de santé et sur la base duquel sont créés les établissements publics communautaires et privés de santé. Sa vocation est de prévoir et de susciter les évolutions de l'offre de soins en vue de satisfaire de manière optimale la démarche de santé. Elle détermine les limites des secteurs sanitaires constitués d'aires de santé. Elle détermine également la nature et l'importance des installations, des équipements et des activités soumis à la planification.

### **2-1-7 L'information, l'éducation et la communication en santé (IEC) :**

Est un ensemble de moyens et de méthodes utilisés pour informer et sensibiliser le ou les groupes de populations, appelés groupes cibles, sur certains phénomènes et événements de santé, en vue d'obtenir un changement durable des attitudes ou des comportements.

## **2-2 Processus de mise en place du CSCOM :**

La mise en place d'un CSCOM passe par le processus suivant :

→ Constitution de l'ASACO : il s'agit de l'élaboration du statut, du règlement intérieur et la reconnaissance de l'ASACO par le Ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités Locales.

→ Etude : étude de milieu, monographie des villages de l'aire c'est-à-dire le recensement de la population de l'aire.

→ Approche communautaire, négociation (mise en place du CSCOM) : il s'agit de la visite d'information village par village, quartier par quartier, de la négociation de la carte (aire de santé), de la tenue d'assemblée générale des villages ou quartiers, et du choix du lieu d'implantation.

→ Elaboration du projet du CSCOM :

Engagement des différents partenaires (état et/ou ONG).

Obtention de l'agrément,

Signature de la CAM (convention d'assistance mutuelle) avec l'état.

Le cadre de cette convention d'assistance mutuelle est défini par l'Arrêté interministériel n°94-5092/MSSPA-MATS-MF du 21 avril 1994 modifié depuis environ 5 ans par l'Arrêté interministériel n°314 dont les articles 3 et 10 stipulent :

**Article 3 :** « le CSCOM est une formation sanitaire de 1er niveau, créé sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée au sein d'une ASACO pour répondre de façon efficace à ses problèmes de santé »

**Article 10 :** « l'ASACO doit signer une convention avec le Ministère de la Santé Publique qui peut déléguer ce pouvoir à l'autorité administrative du lieu d'implantation du CSCOM. Cette convention détermine de façon précise les engagements réciproques de l'état et de l'ASACO. Elle détermine de façon précise les domaines de compétence du CSCOM par rapport au Centre de Santé de Référence. L'ASACO peut être donc définie comme la structure dans laquelle la

population d'une aire de santé donnée s'organise pour prendre en main la gestion de ses problèmes de santé.

Les engagements de cette convention d'assistance mutuelle sont les suivants [3].

**Pour l'ASACO :**

Assurer à la place de l'état, un service public minimum : le paquet minimum d'activité,

Participer au coût de construction/réhabilitation du CSCOM ;

Assurer les dépenses de fonctionnement du CSCOM, l'entretien de l'infrastructure,

Fournir au service socio-sanitaire des rapports sur la gestion et les activités du centre ainsi que les statistiques sanitaires ;

Déclarer officiellement le personnel ;

Assurer le renouvellement démocratique du bureau de l'ASACO ;

Tenir régulièrement le conseil de gestion de l'aire de santé et participer aux conseils de gestion du service socio-sanitaire de cercle ou de commune [12].

**Pour l'Etat :**

Assurer la disponibilité d'un plateau technique de référence et de médicaments essentiels en DCI (dénomination commune internationale) ;

Contribuer au financement de la construction/réhabilitation du CSCOM ;

Contribuer à l'équipement ;

Renouveler le gros matériel médical ;

Mettre en place le stock initial de médicaments essentiels en DCI ;

Assurer la formation initiale en gestion du personnel du CSCOM et des membres du bureau de l'ASACO ;

Assurer la formation technique du personnel ;

Assurer l'approvisionnement en vaccins et médicaments spécifiques pour le PMA (paquet minimum d'activités) ;

Mener une supervision technique périodique du CSCOM.

### **2-3- Fonctionnement et organes de gestion de l'ASACO :**

Selon les textes régissant les ASACO, elles doivent être dotées des structures dirigeantes suivantes :

\→ **L'Assemblée générale (AG)** : elle est appelée aussi assemblée des membres adhérents. Elle représente l'ensemble des adhérents (villages, quartiers, familles ou individus) de l'aire de santé ;

→ **Le conseil d'administration (CA)** : Est l'organe d'exécution des décisions de l'AG.

→ **Le comité de gestion (CG)** : Est l'organe qui s'occupe essentiellement de la gestion du centre de santé.

→ **Le comité de surveillance (CS)** : il est chargé de la surveillance des activités du CG.

Toute **ASACO** dotée de ces organes peut créer son centre de santé communautaire. Cette création doit se faire avec la pleine collaboration des autorités sanitaires tout en respectant la carte sanitaire.

#### **Les ASACO se sont organisées en :**

Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire (**FELASCOM**)

Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaire (**FERASCOM**).

Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire (**FENASCOM**).

D'après la FENASCOM, le Mali compte en fin 2008 environ 850 ASACO/CSCOM.



# METHODOLOGIE

### **III MÉTHODOLOGIE :**

#### **1. CADRE D'ETUDE :**

##### **1.1 COMMUNE I :**

Créé par l'ordonnance n°78-32/CMLN du 18 août 1978, modifiée par la loi n°82-29/AN-RM du 02 février 1982, la commune I est située sur la rive gauche du fleuve Niger dans la partie Nord-Est de Bamako. Elle est comprise entre le 12°72 et 12°62 de latitude Nord et les 8 et 7°9 de longitude Ouest et couvre une superficie de 34,26 km<sup>2</sup> soit 12,83% de la superficie totale du district de Bamako (267 km<sup>2</sup>).

[25]

##### **1.2 PRESENTATION DU QUARTIER DE KOROFINA NORD :**

###### **1.2.1 Données historiques :**

Un fruit de l'administration du premier président de la république, Modibo Keïta. Toutes les zones de korofina étaient renu, mais c'est à partir de la création de l'UDPM que les zones de korofina ont été divisés (Nord, Sud, et Zone industrielle).

[25]

###### **1.2.2 Données géographiques :**

Couvrant une superficie de 1,32 Km<sup>2</sup>.

Il est limité au **sud** par korofina sud ou Babiabougou, au **Nord-Est** par Fadjikila à l'**Est** par Djelibougou et à l'**ouest** et au **Nord** par Banconi.

Le climat est caractérisé par l'alternance d'une saison sèche (froide de novembre au janvier et chaude de février au Mai) et une saison humide (chaude de juin à l'octobre avec une pluviométrie très variable). [25]

###### **1.2.3 Données démographiques :**

La population de Korofina nord comptait 14 350 personnes en 1998, la population était estimée en 2007 à 20958 (la croissance annuelle est de 4,3%). [7]

Cette population occupait 7,36% de la population de la commune I, sur une superficie de 1,32km<sup>2</sup> soit une densité de 15877hbt/km<sup>2</sup> (selon **DNS I** 2007).

Les ethnies dominantes sont les bambaras, les peuls et les Sarakolés etc. [25]

#### **1.2.4 Données socioculturelles :**

Dans le but de renforcer la cohésion sociale, de préserver les normes et les valeurs, chaque société adopte une certaine organisation, à korofina nord existe un chef de village et des conseillers dont leur pouvoir de décision est très limité.

La pyramide sociale est constituée par trois classes : les nobles ; les hommes de castes et les esclaves à la base. Les rites traditionnels ont laissé la place aux 2 principales religions (l'islam et christianisme). [25]

#### **1.2.5 Données économiques :**

Comme tout les quartiers de Bamako l'économie est surtout basée sur le secteur privé (commerce, artisanat, pêche, micro industrie).le secteur publique existe mais peu de personne en bénéficie car il y'a moins de fonctionnaires. [25]

### **1.3 PRESENTATION DE CENTRE DE SANTE DE KOROFINA NORD: ASACKO NORD**

L'ASACKO NORD a été créé par un groupe de personnes très influentes dans le quartier (ancien haut cadre, diplomates etc). Après sa création elle met en place un CSCOM.

Ce centre de santé est situé entre le 6 ème arrondissement de police à **l'est** et le bureau de poste de lettres à **l'Ouest**, non loin du marché de fadjikila et le centre de santé de référence de la commune I.

#### **1-3-1 Infrastructures et Activités :**

Les locaux du centre comprennent :

Un dispensaire : il a ouvert ses portes en février 2006 et comprend :

- Une salle de consultation

- Une salle de soins infirmiers
  - Un laboratoire d'analyses médicales
  - Une salle de mise en repos des malades
  - Une pharmacie
  - Des Toilettes
- La maternité : elle a ouvert ses portes en même temps que le dispensaire et se compose :
- Une salle de CPN
  - Une salle d'accouchement
  - Une salle de repos des accouchés
  - Une salle de PF et CPON associée
- Un hangar : utilisé pour la vaccination et les IECS (Information Education Communication en Santé), promotion nutritionnelle
- Une pharmacie
- Un magasin
- Une chambre pour le gardien et trois toilettes externes
- Un bureau pour l'agent comptable

**Le PMA comprend les activités suivantes :**

- ❖ **Activités curatives** : elles couvrent la prise en charge des cas de Maladies aiguës et chroniques et la référence de certains cas.
- ❖ **Activités préventives** : Elles portent sur la consultation prénatale (CPN) le planning familial (PF), la surveillance et la vaccination des enfants, aussi que les femmes en âge de procréer. Elles peuvent se faire aussi en stratégie avancée.
- ❖ **Activités promotionnelles** : IECS.

## **2. PÉRIODE D'ÉTUDE ET TYPE D'ÉTUDE :**

Il s'agit d'une étude descriptive qui s'est déroulée du 5 février 2008 au 15 Septembre 2008, auprès de la population de Korofina nord.

## **3. LA POPULATION D'ETUDE :**

Est concerné par cette étude :

La population résidant dans l'aire de santé de korofina nord.

### **Critères de l'inclusion :**

Sont inclus dans cette étude les personnes :

- 1 Résidant dans la zone d'étude depuis au moins 6 mois.
- 2 Toute nationalité.
- 3 Agées de 18 ans ou plus.

### **Critères de non l'inclusion :**

N'ont pas été inclus de cette étude les personnes :

- 1 Non résidant dans la zone d'étude.
- 2 Résidant de moins de 6 mois.
- 3 Agées de moins de 18 ans.

## **4 ECHANTIONNAGE :**

Pour mener cette étude nous avons effectué :

### **Une enquête descriptive:**

L'enquête a été faite auprès de la population de Korofina nord dans les ménages, en prenant un échantillon représentatif de la population, résidant et ayant 18 ans ou plus. Selon les données de la mairie de la commune (CI) la population adulte de Korofina nord était estimée en 2008 à 10 000 personnes. En prenant 5% de cette population adulte, on aura 500 personnes à enquêter. Compte tenu de problème

financier on a pu trouver que 400 personnes comme échantillon d'étude dont 2 cas ont été rejetés pour manque de coopération après avoir bien accepté.

Pour identifier les ménages à enquêter nous avons répartis le quartier en 4 (quatre) secteurs : Est, Ouest, Nord, et Sud avec comme épicerie le CSCOM.

Le premier ménage a été le plus proche du CSCOM et nous avons progressé de famille en famille jusqu'à l'extrémité de chaque secteurs déterminé en choisissant 1 (un) ou 2 (deux) personnes dans chaque ménage afin de pouvoir trouvé l'échantillon recherché dans le maximum de ménage.

Le choix de personne s'est fait de façon à trouver une proportion équitable entre Homme et Femme.

#### **5. plan de collecte des données :**

La collecte des données a été effectuée à partir d'un questionnaire administré à la population du quartier.

#### **6. Analyse des données :**

La saisie a été faite sur le logiciel Word et l'analyse des données a été effectuée sur le logiciel Epi-Info (6.04fr-avril 2004) et le SPSS.

Les tests statistiques de  $X^2$  de Pearson et l'Odd Ratio ont été utilisés.

#### **7. Considérations éthiques :**

Toute activité de recherche pose un problème d'éthique surtout en matière de santé. Notre équipe dans le souci de résoudre ce problème, nous avons jugé nécessaire d'obtenir le consentement des personnes cibles.

Pour y parvenir, des contacts ont été pris avec les autorités administratives de l'ASACO et traditionnelles du quartier concerné. Leur autorisation a été obtenue pour mener l'enquête dans le quartier. L'équipe s'est adressée aux personnes dans le quartier pour les interroger après avoir obtenu leur consentement. La

confidentialité a été assurée en ce qui concerne les renseignements obtenus en respectant l'anonymat.

# RESULTATS



## IV RESULTATS :

### 1. La description des personnes enquêtées :

**Tableau I** : Répartition de la population enquêtée selon l'âge.

tranche d'age	Fréquence	%
18-27	121	30,40
28-37	145	36,43
38-47	64	16,10
48-57	28	7,03
58-67	20	5,02
68et plus	20	5,02
<b>Total</b>	<b>398</b>	<b>100</b>

La majorité de la population enquêtée, 36,43% (145) avait l'âge comprise entre 28-37 ans et 5,02% avait 68 ans ou plus.

**Tableau II** : Répartition de la population enquêtée selon le sexe.

sexe	Fréquence	%
M	197	49,5
F	201	50,5
<b>Total</b>	<b>398</b>	<b>100</b>

Le sexe féminin occupait 50,5%(201) de La population enquêtée avec un sexe ratio de 1,02

**Tableau III** : Répartition de la population enquêtée selon le statut matrimonial.

<b>Situation matrimoniale</b>	<b>Fréquence</b>	<b>%</b>
<b>célibataire</b>	<b>118</b>	<b>29,6</b>
<b>marié</b>	<b>275</b>	<b>69,1</b>
<b>divorcé</b>	<b>4</b>	<b>1,0</b>
<b>Veuf (ve)</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>
<b>Total</b>	<b>398</b>	<b>100</b>

Le statut matrimonial des personnes enquêtées était dominé par des mariés qui occupaient 69,1% et 1,01% seulement étaient des divorcés.

**Tableau IV** : Répartition de la population enquêtée selon le niveau d'instruction.

<b>sexe</b>	<b>niveau d'instruction</b>						<b>Total</b>
	<b>non scolarisé</b>	<b>primaire</b>	<b>secondaire</b>	<b>supérieur</b>	<b>alphabétisé</b>	<b>Medersa</b>	
<b>M</b>	<b>8</b>	<b>32</b>	<b>81</b>	<b>52</b>	<b>4</b>	<b>20</b>	<b>197</b>
<b>F</b>	<b>57</b>	<b>60</b>	<b>40</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>24</b>	<b>201</b>
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>92</b>	<b>121</b>	<b>68</b>	<b>8</b>	<b>44</b>	<b>398</b>

Population enquêtée avait le niveau second cycle à 30,71% (121), et 1,02% (8) de la population enquêtée étaient des alphabétisées.

**Tableau V** : Répartition de la population enquêtée selon la profession.

sexe	profession							Total
	ménagère	élève	étudiant	commerçant	fonctionnaire	artisans	autres	
M	0	49	24	29	46	29	20	197
F	121	20	12	20	16	4	8	201
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>69</b>	<b>36</b>	<b>49</b>	<b>62</b>	<b>33</b>	<b>28</b>	<b>398</b>

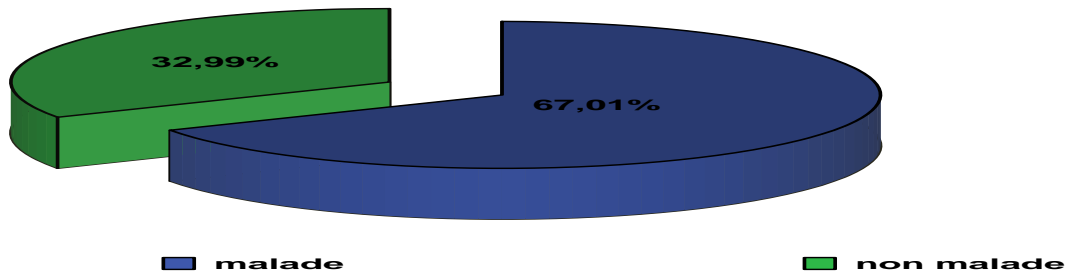
La profession des personnes enquêtées était de 31,41% (121) pour les ménagères et un groupe de travail (des ouvriers, chômeurs, etc.) occupait 7,04% (28).

## 2. La situation sanitaire de la population :

**Tableau VI** : Répartition de la population enquêtée selon leur état sanitaire les 3 derniers mois.

Etat sanitaire	Fréquence	%
Malade	201	50,5
Non malade	197	49,5
<b>Total</b>	<b>398</b>	<b>100</b>

Plus de 50,5%(201) de la population enquêtée ont confirmé d'être tombé malade les 3 derniers mois et 49,5%(197) ont affirmé le contraire.



**Graphique 1** : Répartition de la population enquêtée selon l'état sanitaire d'un membre de la famille au cours des 3 derniers mois.

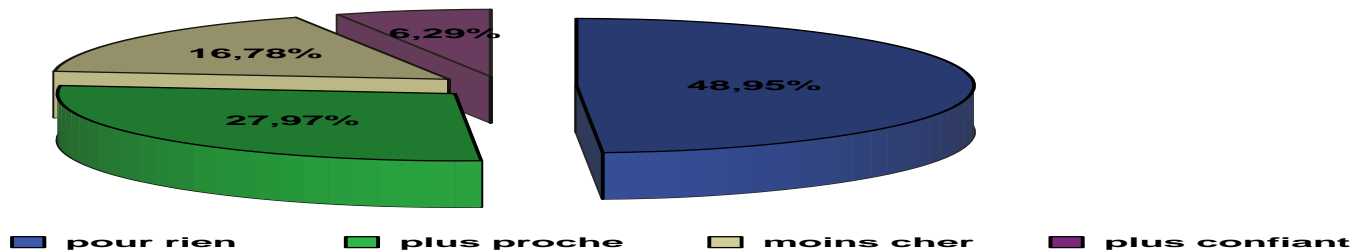
Pour l'état sanitaire de la famille, 67,01% de la population enquêtée ont confirmé que l'un des membres de sa famille est tombé malade et 32,99% ont affirmé qu'il n'y a pas eu de malades dans sa famille au cours des 3 derniers mois.

**Tableau VII** : le type de recours utilisé par la population enquêtée en cas de maladie.

sexe	comment la maladie a été soignée								Total
	manquant	nulle part	CSCOM	Hôpital	CSréf	Automédicat	Guérisseur	autre	
M	29	28	28	36	56	12	4	4	197
F	36	24	45	12	32	12	0	40	201
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>52</b>	<b>73</b>	<b>48</b>	<b>88</b>	<b>24</b>	<b>4</b>	<b>44</b>	<b>398</b>

La majorité des personnes ont été soignées au CSref à 26,43% (88), contre 21,92% (73) au CSCOM.

Les autres sont composés (clinique, cabinet médical, traitement à domicile d'autres CSCOM).



**Graphique 2:** Raison du choix de CSCOM comme type de recours en cas de maladie de la population :

La raison principale du choix de CSCOM par la population enquêtée est la proximité des domiciles à 48,95% contre 6,29% seulement dit avoir confiance au personnel du centre.

### 3. Evaluation du degré de connaissance de l'ASACKO nord et le CSCOM par la population de l'aire.

**Tableau VIII :** Répartition de la population selon la connaissance de la localité du CSCOM :

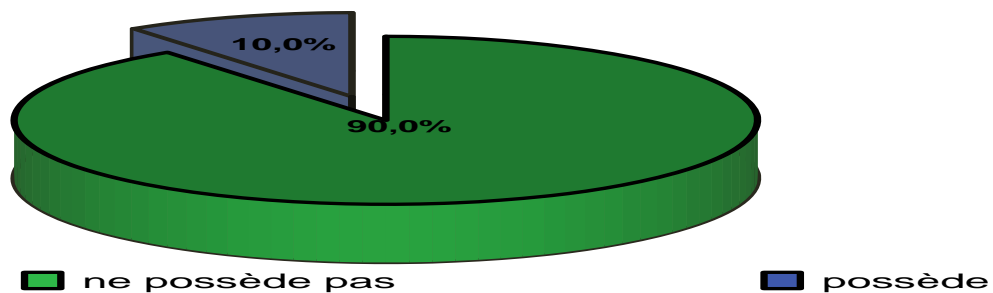
Connaissance du CSCOM	Fréquence	%
Connais	326	81,9
Ne connais pas	72	18,1
<b>Total</b>	<b>398</b>	<b>100</b>

La plus part de la population enquêtée connaissait la localité du CSCOM à 81,91% (326/398) et 18,09% ne connaissaient pas la localité de leur CSCOM.

**Tableau IX:** répartition de la population selon la connaissance de l'existence de la carte d'adhésion à l'ASACO.

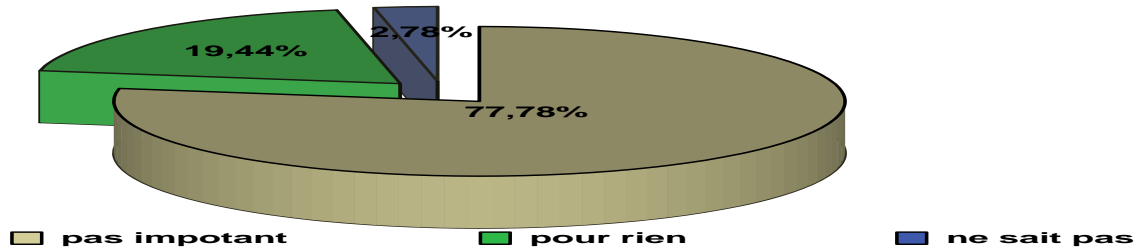
Connaissance de carte d'adhésion	Fréquence	%
Connais	40	10,1
Ne connais pas	358	89,9
<b>Total</b>	<b>398</b>	<b>100</b>

Seulement 10,1% des personnes enquêtées connaissaient l'existence d'une carte d'adhésion à ASACO et 89,9% ne savaient pas son existence.



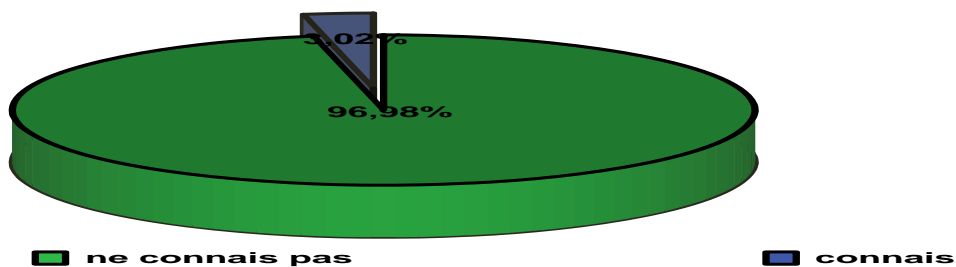
**Graphique 3 :** Répartition de la population selon la possession de la carte d'adhésion à l'ASACO.

Parmi les 10,05% qui sont informées de l'existence de la carte d'adhésion, 90% ne possédaient pas la carte d'adhésion par contre 10% (4/40) la possédaient.



**Graphique 4 :** Répartition de la population selon la cause de non adhésion à l'ASACO.

L'ignorance de l'importance de la carte d'adhésion est la principale cause de la non adhésion à ASACO à 77,78% et 2,78% n'ont pas de raisonnement.



**Graphique 5 :** répartition de la population selon la connaissance de la manière de création de l'ASACKO NORD.

Pour la création de l'ASACO, 96,98% des personnes enquêtées ne savaient pas comment l'ASACO a été crée et 3,02% seulement le connaissaient.

**Tableau X:** Répartition de la population selon la connaissance d'un membre de comité de gestion.

<b>Connaissance d'un membre de comité de gestion</b>	<b>Fréquence</b>	<b>%</b>
<b>Connais</b>	<b>44</b>	<b>11,06</b>
<b>Ne connais pas</b>	<b>354</b>	<b>88,94</b>
<b>Total</b>	<b>398</b>	<b>100</b>

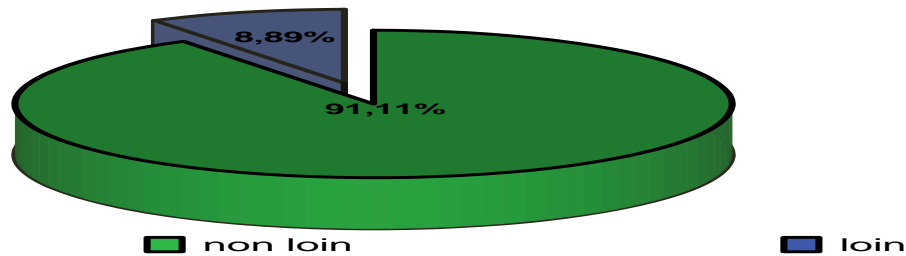
Les membres de comité de gestion du CSCOM restent méconnus par 88,94% de la population enquêtée contre 11,06% de la population connaissaient au moins un membre de comité de gestion.

**Tableau XI :** Répartition de la population selon l'utilisation de service du CSCOM.

<b>Vous avez été ou conduit quelqu'un au CSCOM</b>	<b>Fréquence</b>	<b>%</b>
<b>Été</b>	<b>225</b>	<b>56,53</b>
<b>Non été</b>	<b>173</b>	<b>43,47</b>
<b>Total</b>	<b>398</b>	<b>100</b>

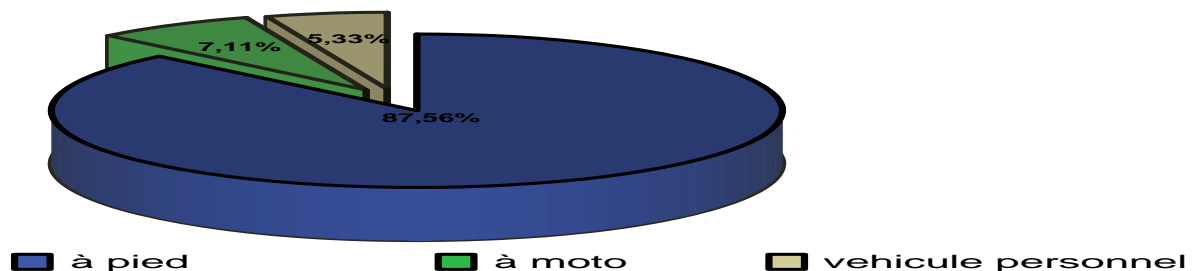
Selon la population enquêtée 56, 53%(225/398) ont été au moins une fois pour se soigner ou conduit quelqu'un pour son traitement au CSCOM, mais 43,47% n'ont jamais été dans le CSCOM.





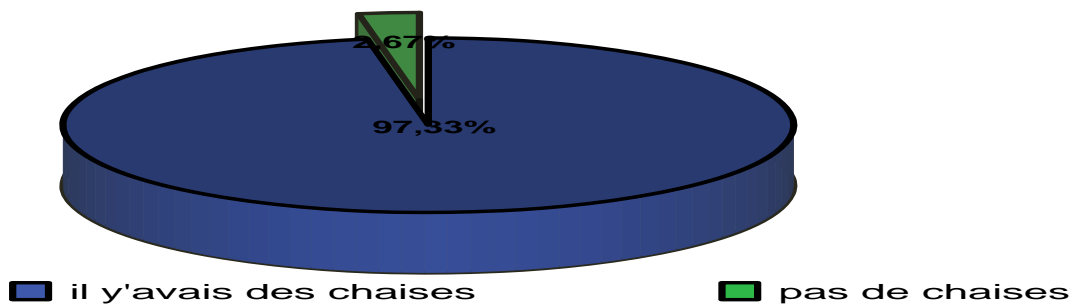
**Graphique 6 :** Opinion de la population enquêtée sur la distance qui les sépare du CSCOM.

La population enquêtée trouvait la distance qui sépare du CSCOM à leur domicile raisonnable à 91,11%(205/225), mais 8,89% le trouvaient très distant des domiciles.



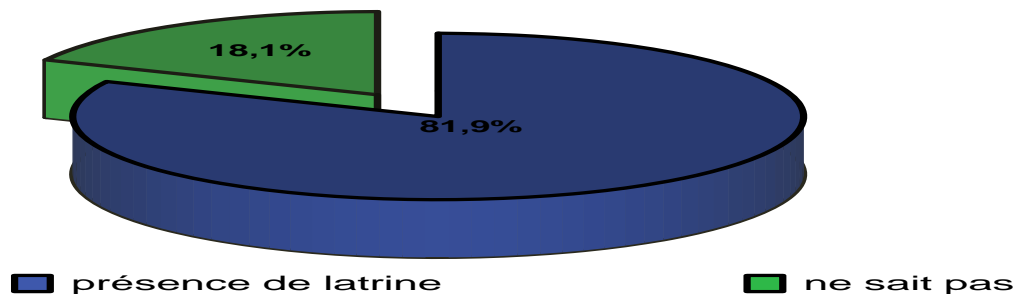
**Graphique 7 :** Moyens utilisés par la population enquêtée pour se rendre au centre de santé.

Le moyen de déplacement utilisé pour se rendre au centre était le pied à 87,56% (197/225) contre 5,3% pour la véhicule personnel.



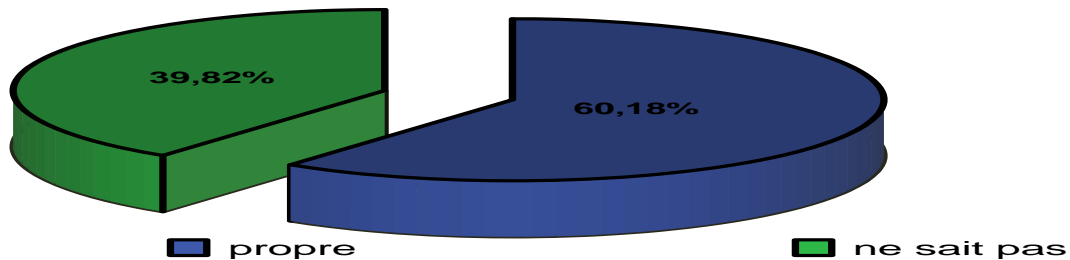
**Graphique 8 :** Opinion de la population enquêtée sur la présence des chaises dans le centre.

La présence des chaises dans la salle d'attente a été constaté par 97,33% de la population enquêtée contre 2,67% ont affirmé le contraire.



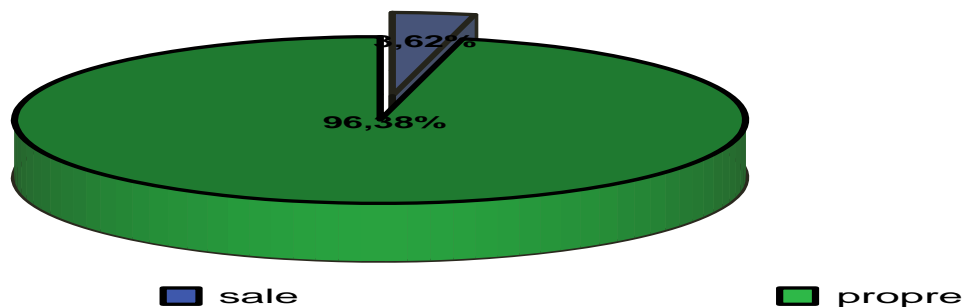
**Graphique 9:** opinion de la population enquêtée selon l'existence de la latrine

Plus de 81,9% des personnes enquêtées ont remarqué l'existence du latrine contre 18,1% de la population qui n'ont pas remarqué le latrine.



**Graphique 10** : Opinion de la population enquêtée sur la salubrité de la latrine.

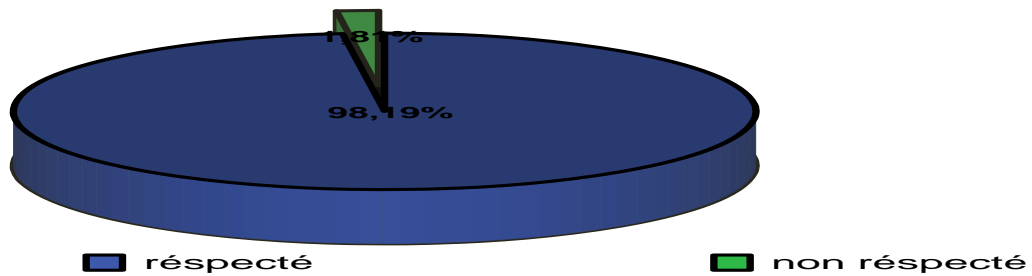
La propreté des latrines a été soulignée par 61,16% de la population enquêtée et 39,82% disaient ne pas utiliser les latrines.



**Graphique 11** : Opinion de la population enquêtée sur la salubrité des locaux :

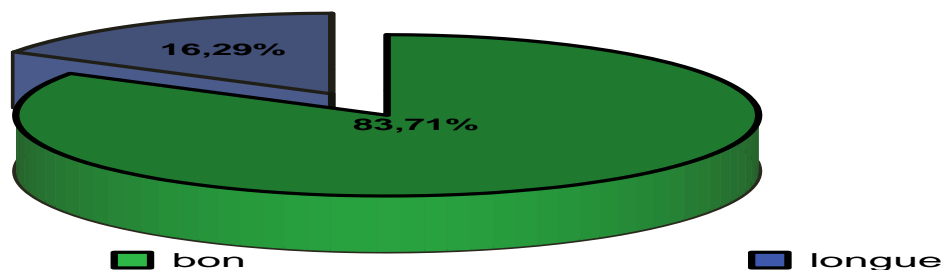
La propreté des locaux a été prouvée par 96,38% de la population enquêtée et 3,62% ont trouvé le centre sale.

#### 4. Evaluation de manière de travail du personnel par la population enquêtée.



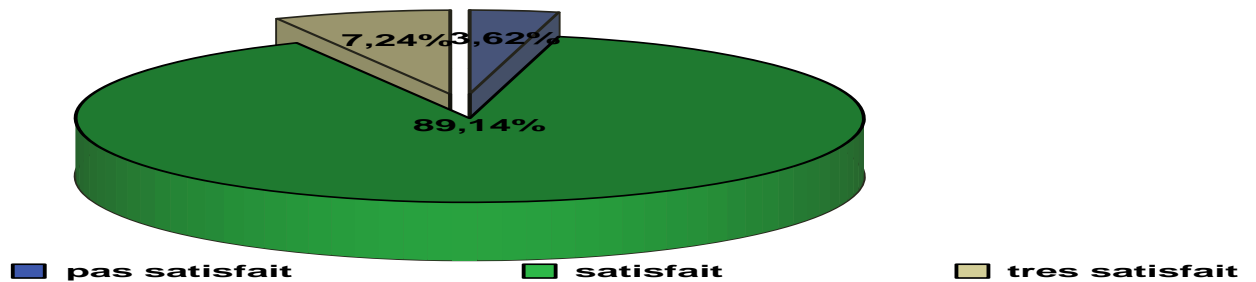
**Graphique 12** : Opinion de la population enquêtée sur le respect de l'ordre de passage.

L'ordre de passage a été respecté dans 98,19% des consultations pendant que 1,81% ont affirmé le contraire.



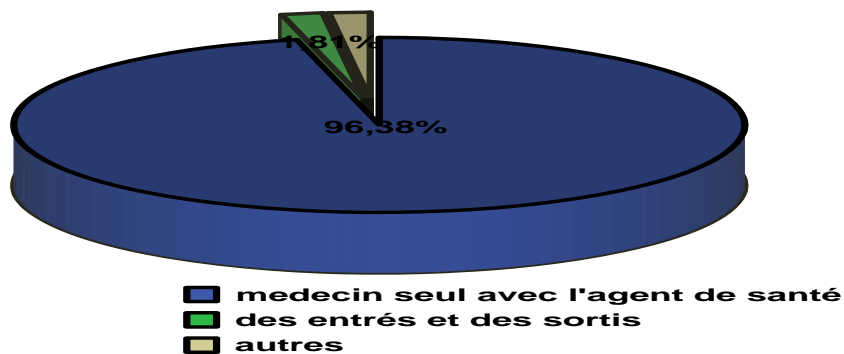
**Graphique 13** : opinion de la population enquêtée selon la durée de l'attente.

La durée de l'attente a été jugée raisonnable dans 83,71% des personnes enquêtées alors que 16,29% de la population l'ont trouvée longue.



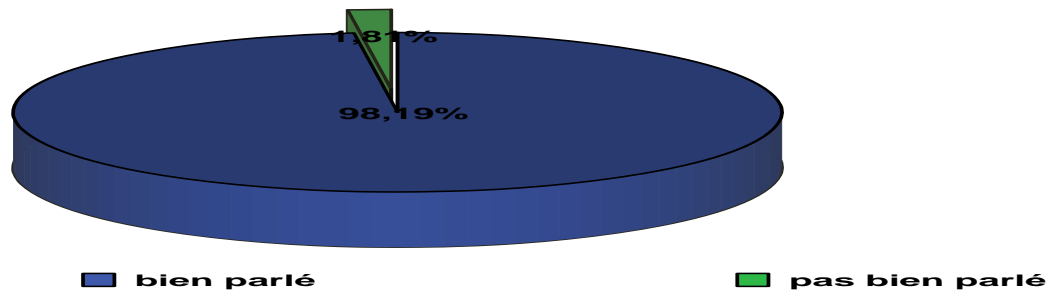
**Graphique 14 :** Opinion de la population enquêtée sur la qualité de l'accueil.

La qualité de l'accueil a été satisfaisante à 89,14% alors que 3,62% seulement l'ont trouvé non satisfaisant.



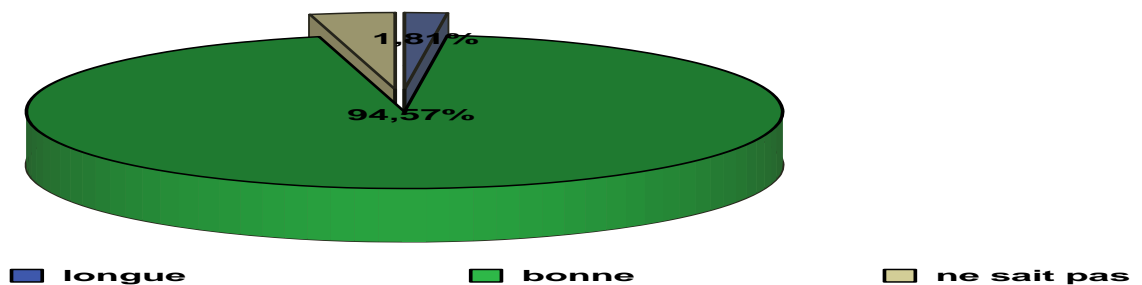
**Graphique 15 :** opinion de la population selon l'atmosphère de la consultation.

Lors des consultations 96,38% des personnes enquêtées ont trouvé seul le médecin avec l'agent de santé par contre 1,81% ont trouvé des entrés et des sortis.



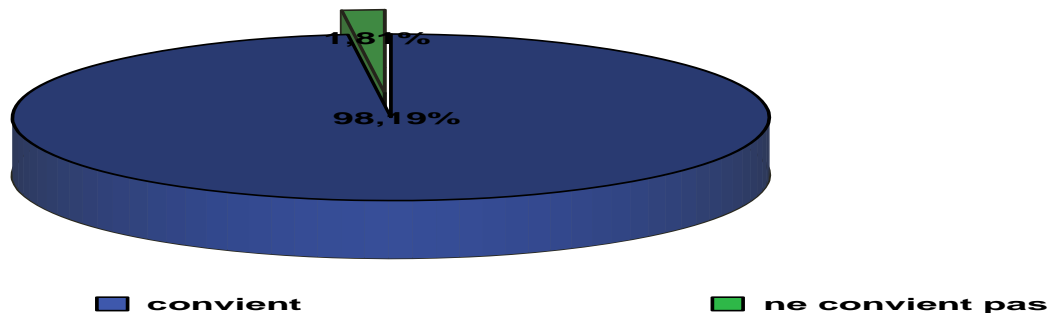
**Graphique 16** : opinion de la population sur la manière de l'interrogatoire.

Sur la manière d'interrogatoire de l'agent de santé, 98,19% de la population enquêtée affirmaient de pouvoir bien parler avec l'agent de santé et 1,81% ont affirmé le contraire.



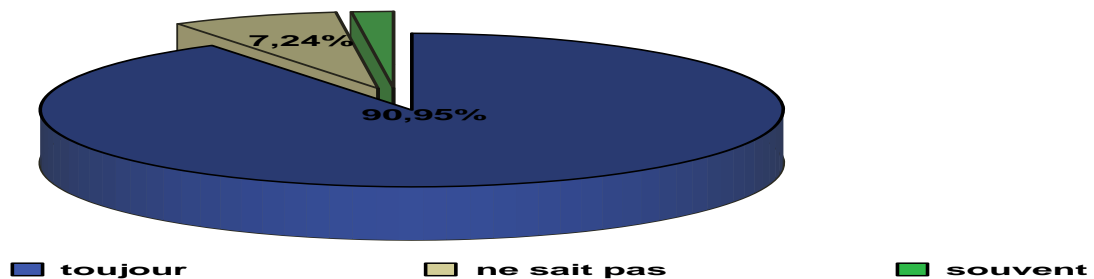
**Graphique 17** : Opinion de la population enquêtée sur la durée de la consultation.

La durée de la consultation était bonne pour 94,67% de la population enquêtée contre 1,81% qui l'ont trouvée longue.



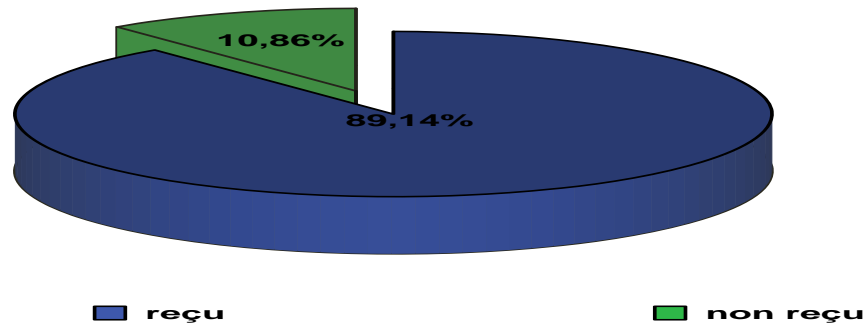
**Graphique 18** : Opinion de la population sur les horaires de travail.

Les horaires de travail convenaient à la population enquêtée à 98,19% et 1,81% seulement affirmaient le contraire.



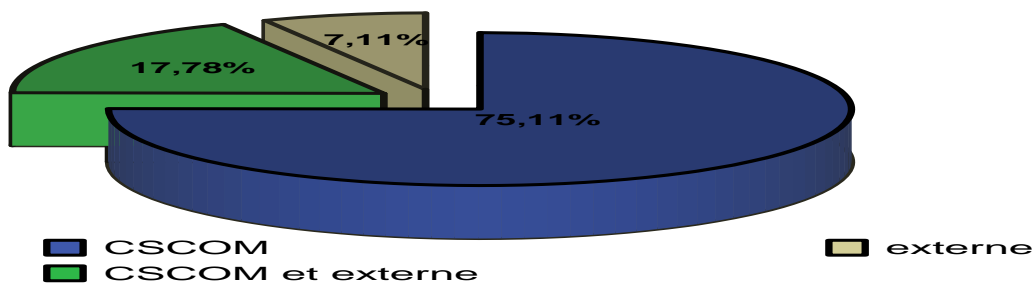
**Graphique 19** : Opinion de la population enquêtée sur la disponibilité du personnel sanitaire en dehors des heures de service.

Le personnel médical était disponible dans 90,96% en dehors des heures de service et 1,81% l'ont trouvé souvent disponible.



**Graphique 20** : Opinion de la population selon la réception ou pas des conseils.

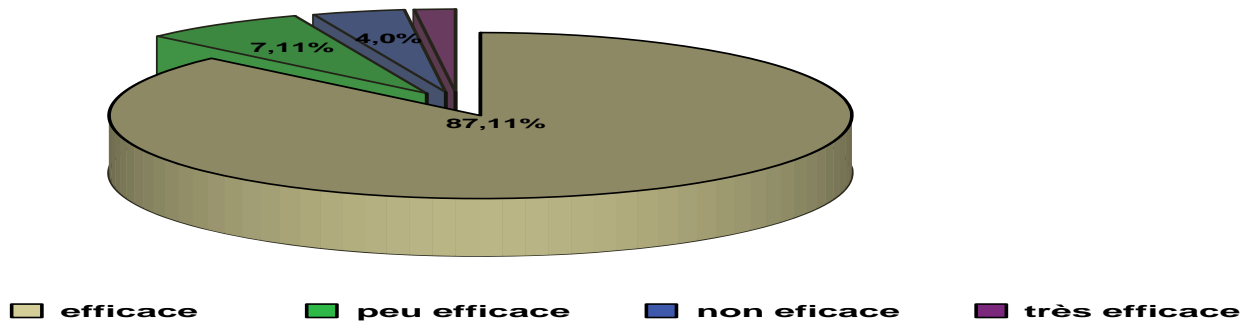
L'IEC a été reçu par 89,14% de la population enquêtée après la consultation et 10,86% ont affirmé le contraire.



**Graphique 21** : Répartition de la population enquêtée selon le lieu d'achat des médicaments prescrits.

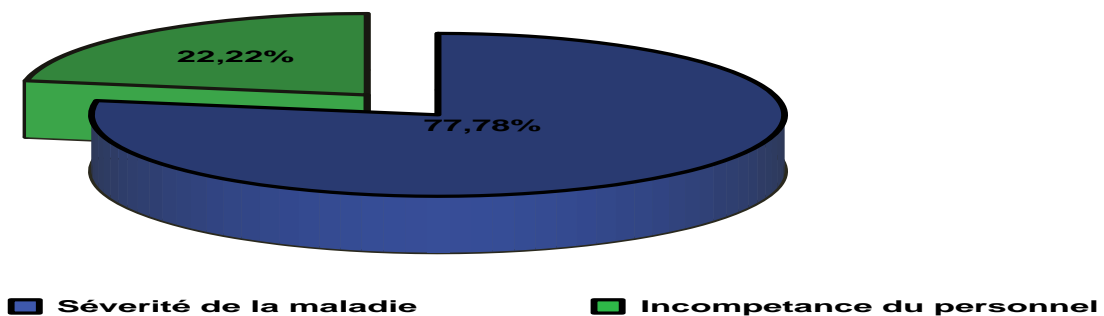
L'achat des médicaments a été fait dans 75,11%(127/169) dans le CSCOM et 7,11% à l'extérieur du CSCOM (pharmacie privée) d'après les personnes enquêtées.





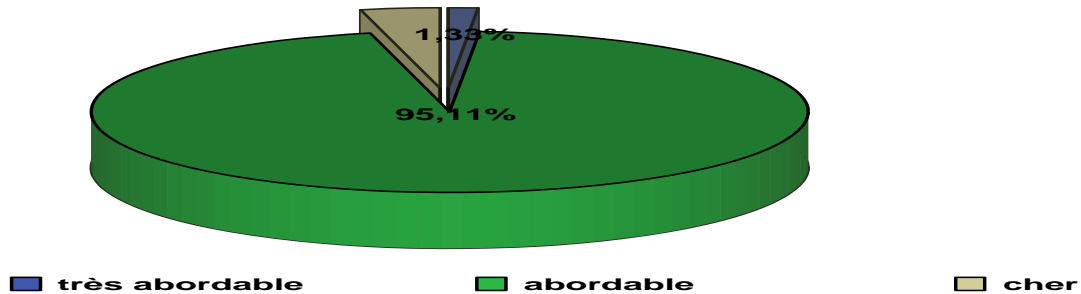
**Graphique 22** : opinion de la population enquêtée sur l'efficacité du traitement prescrit.

L'efficacité du traitement a été prouvée dans 87,11%(196/225) des personnes enquêtées alors que 4%(9/225) de la population l'ont trouvé inefficace.



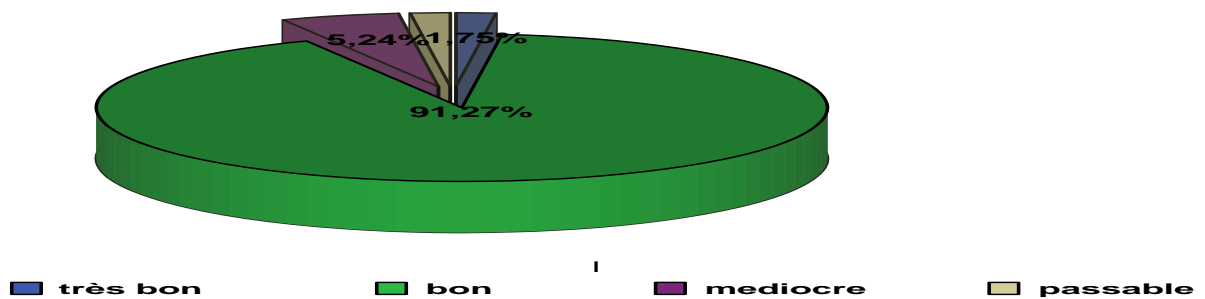
**Graphique 23** : La raison de l'inefficacité du traitement.

Pour beaucoup de personnes enquêtées la sévérité de la maladie est la principale cause de l'échec du traitement (77,78%) contre 22,22% qui disaient l'incompétence du personnel.



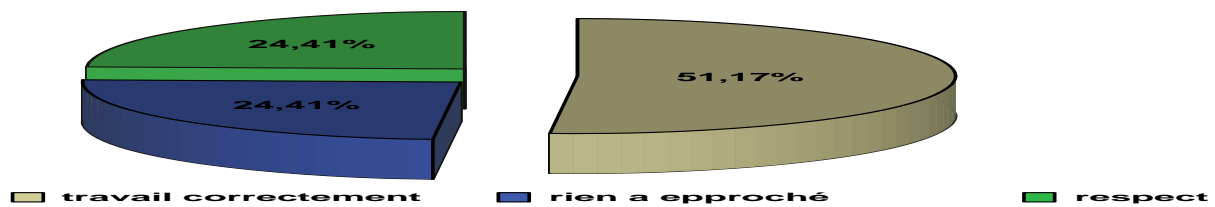
**Graphique 24** : Opinion de la population enquêtée sur le coût des soins en général :

La plus part des personnes enquêtées ont trouvé le coût des soins abordables dans 95,11% (214/225) mais 1,33% l'ont trouvé cher.



**Graphique 25** : Opinion de la population enquêtée selon le comportement du personnel.

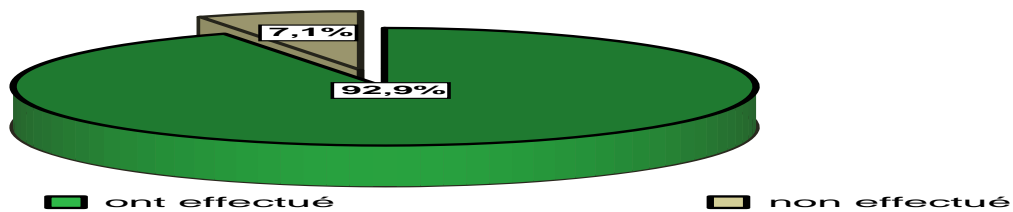
Pour le comportement du personnel, 91,27% de la population enquêtée l'ont trouvé bon et 5,24% l'ont trouvé médiocre.



**Graphique 26** : Opinion de la population enquêtée sur la raison du bon comportement du personnel médical :

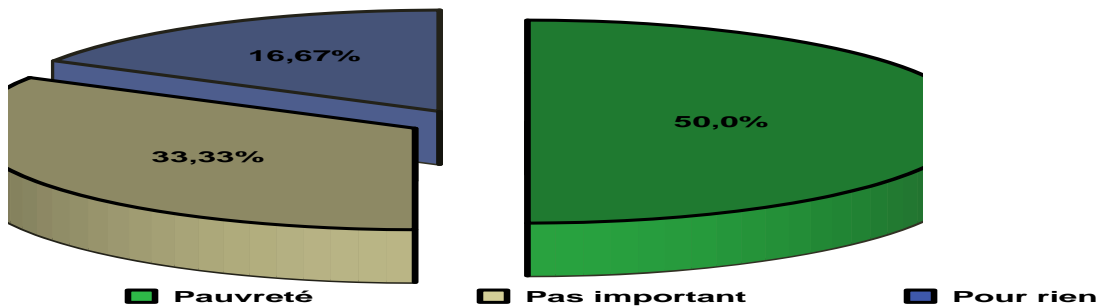
Le travail correct a été l'argument de 51,17% de la population enquêtée concernant le bon comportement du personnel et 24,41%, l'ont trouvé respectueux et irréprochable.

### 5. Etats sanitaire des femmes et des enfants de l'aire de santé et leurs opinions sur le CSCOM :



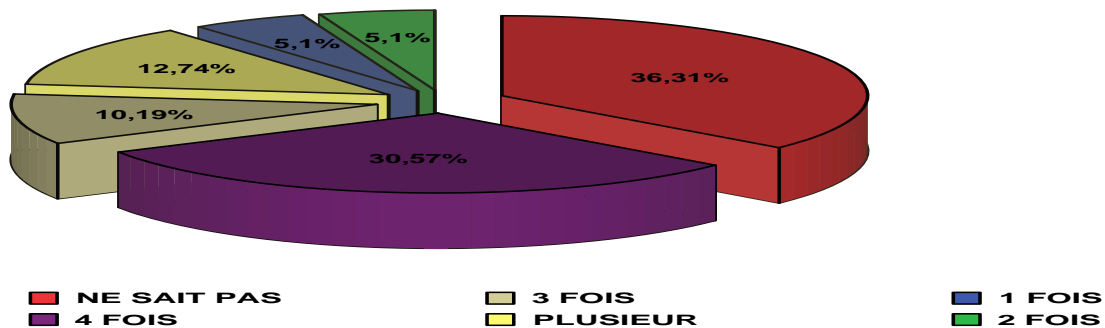
**Graphique 27** : Répartition des femmes selon la réalisation de la CPN.

La CPN a été réalisée par 94,03% des femmes enquêtées contre 5,97% n'ont pas effectué la CPN.



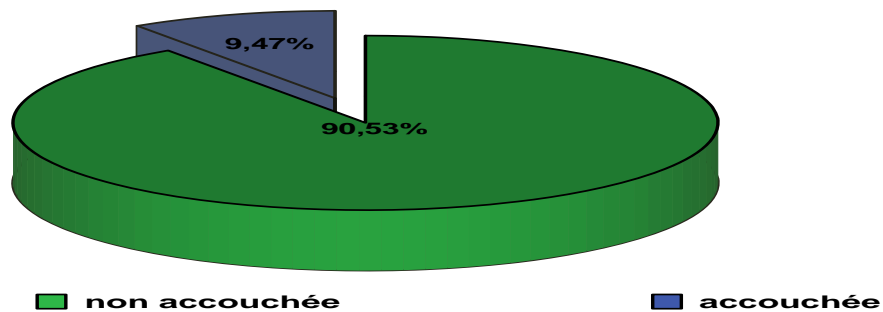
**Graphique 28:** La raison de non réalisation de la CPN par les femmes.

La pauvreté est la principale cause évoquée par 50% des femmes enquêtées pour non réalisation de la CPN alors que 16,67% n'ont pas de raisonnement.



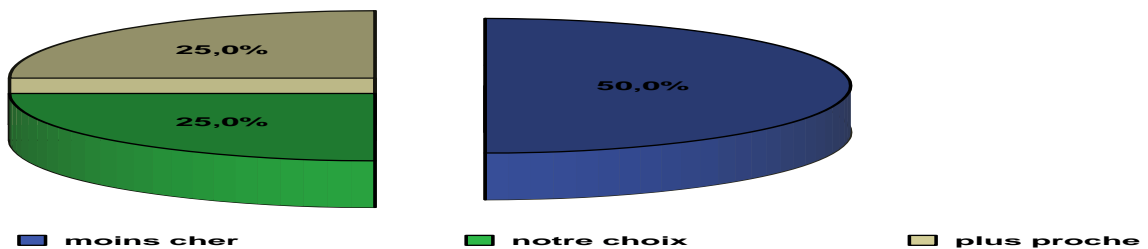
**Graphique 29 :** Répartition des femmes enquêtées sur le nombre de CPN effectué durant la grossesse :

Le nombre de CPN réalisé reste méconnu par 36,31% des femmes enquêtées durant leurs grossesses par contre 5,1% n'ont effectué qu'une seul fois.



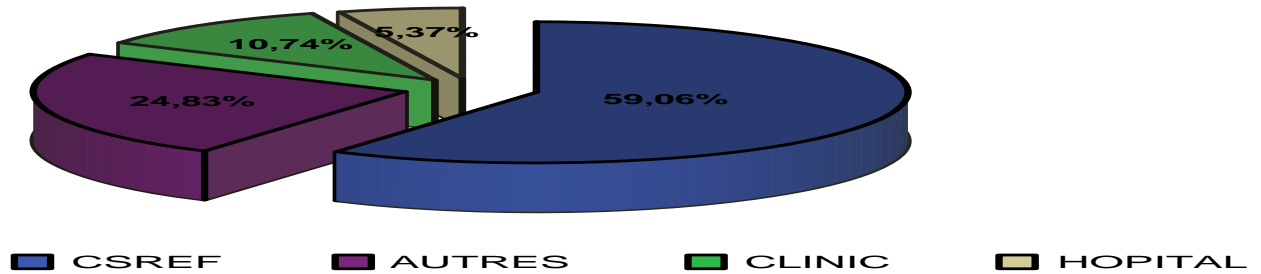
**Graphique 30** : Répartition des femmes selon l'accouchement au CSCOM.

L'accouchement des femmes a été effectué à 90,53% des cas hors du CSCOM alors que 9,47% ont effectué leurs accouchements dans le centre.



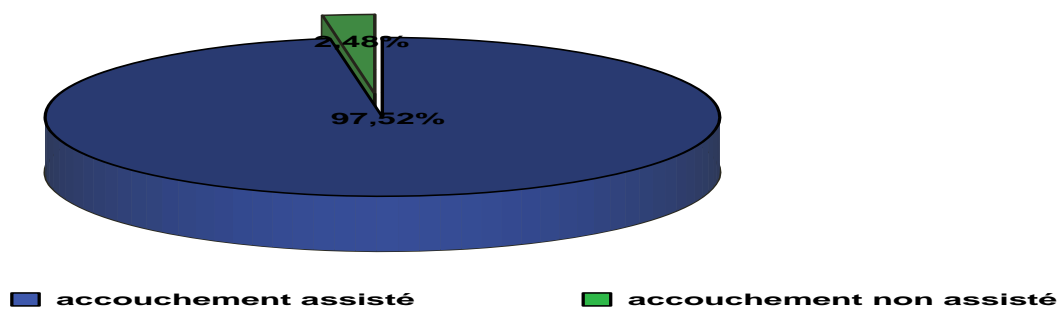
**Graphique 31** : répartition des femmes enquêtées sur la raison de choix du CSCOM pour l'accouchement.

Parmi les femmes qui ont accouché au CSCOM, 50% l'ont choisi parce que c'est moins cher et 25% l'ont choisi parce que c'est plus proche des domiciles.



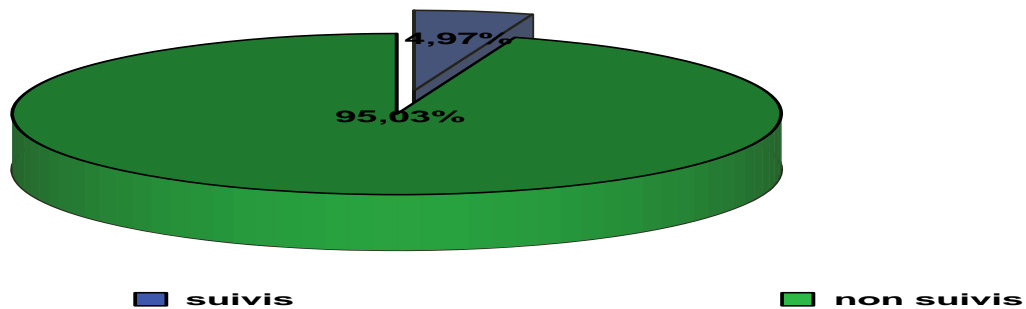
**Graphique 32** : Répartition des femmes selon les lieux de leur accouchement hors du CSCOM

Le CSréf est la préférence de 59,06% des femmes qui n'ont pas accouchés au CSCOM alors que 5,37% ont choisi l'hôpital comme lieu d'accouchement.



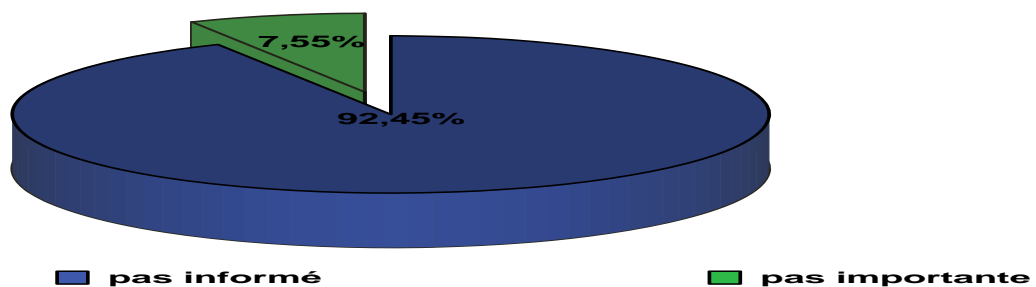
**Graphique 33** : Répartition des femmes selon l'assistance de l'accouchement.

Parmi les femmes enquêtées 97,52% ont été assistées au moment de leur accouchement et 2,48% n'ont pas eu d'assistance.



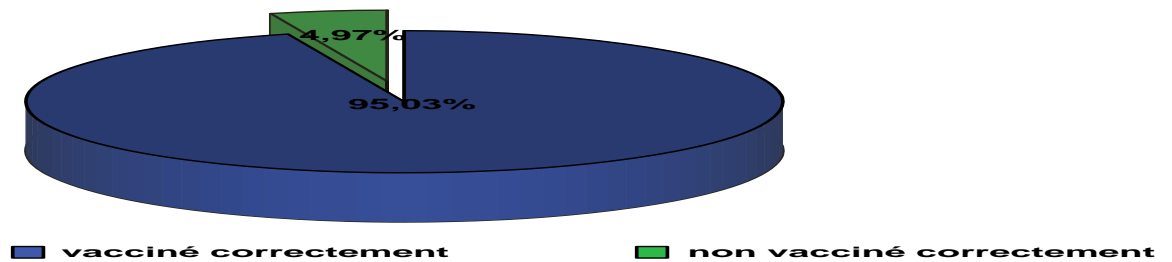
**Graphique 34** : Répartition des femmes selon la réalisation des CPON.

La consultation post natal n'est pas suivie par les femmes enquêtées à 95,03% et 4,97% des femmes ont effectué le CPON.



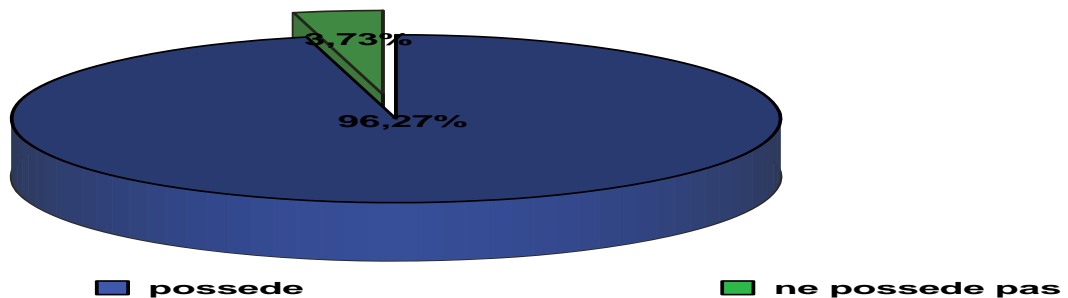
**Graphique 35** : Raison des femmes enquêtées sur la non réalisation de la CPON.

La raison de non réalisation de la CPON par les femmes est le manque d'information sur le CPON à 92,45% et 7,55% n'ont pas attaché une importance.



**Graphique 36:** Répartition des femmes selon la réalisation correcte de la vaccination des enfants.

Plus de 95,03% des enfants ont effectué correctement la vaccination et 4,97% des enfants non pas été vaccinés correctement.



**Graphique 37 :** Répartition des enfants selon la possession de carnet de vaccination :

La possession de carnet de vaccination par les enfants atteint 96,27% et 3,73% des enfants seulement n'ont pas de carnet de vaccination selon leurs mères.



# COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

## **V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :**

### **1- FIABILITÉ DE LA MÉTHODE :**

Notre présente étude a été réalisée avec succès mais nous avons rencontré quelques difficultés au cours de l'enquête à cause du manque de coopération de certaines personnes. Car la majorité des personnes enquêtées ont toujours tendance à avoir peur des enquêteurs.

Le choix de l'évaluation de qualité des soins de ASACKO NORD n'est pas fortuit car :

- ❖ le centre de santé est à quelques mètres de centre de santé de référence de la commune (CSréf CI) et d'autres structures de santé.
- ❖ Aucune autre étude n'est réalisée sur le centre de santé depuis sa création.

L'enquête a été réalisée auprès de la population de l'aire de santé de Korofina Nord, avec l'assistance de médecin chef du centre de santé.

Pour bien mener notre enquête, nous avons choisi non seulement des personnes consentantes mais qui ont suffisamment du temps pour nous répondre convenablement à toutes nos questions.

Le but de notre présente étude était de déterminer les facteurs qui peuvent influencer la fréquentation du centre de santé communautaire de Korofina Nord (structures sanitaire de premier niveau au mali), les facteurs peuvent être liés soit :

- ❖ Aux structures,
- ❖ Aux personnels,
- ❖ Ordre économique,
- ❖ Socioculturel,
- ❖ À la qualité des soins.

## **2- Par rapport au processus de création de l'association :**

La démarche de la formation de l'association de santé communautaire de Korofina Nord a été facile, car le centre était devenu une nécessité dans l'aire de santé (centre de premier niveau). Cette population s'est inspirée de l'expérience du Banconi (ASACOBBA) dans la même Commune I. Il faut noter que dans le processus de création d'un CSCOM, l'étape de l'information de la population et de la négociation est très importante et ne doit pas être conduite de façon hâtive car la pérennité du centre dépend de cette population. Elle doit permettre une plus grande implication de toutes les couches sociales et toutes les structures participatives de l'aire concernée et doit durer au minimum 6 mois.

Cependant elle peut varier selon le lieu et le contexte. Dans le cas de l'ASACKO NORD, l'approche communautaire semble avoir été facile sur tout avec l'implication de certaines personnalités influentes et les dirigeants du CSréf CI. Ceci reflète le désir des populations de disposer d'un centre de santé au sein de leur quartier.

## **3- La connaissance du centre de santé communautaire :**

-Il est ressorti de l'enquête que 81,91% (326/398) de la population enquêtée connaissaient la site de leur centre de santé et seulement 18,09% l'ignoraient, ce qui n'est pas négligeable.

-La connaissance de l'existence d'une carte d'adhésion était très faible 10,05%(40/398) et parmi cette population 10% (4/40) seulement possédaient la carte d'adhésion soit 1,01%de la population enquêtée .Ce résultat est inférieur à celui de Mariko (8,9%) [24] et celui de Aïssata (4,3%). [21]

Concernant la création de l'ASACO, 96,98% de la population ne savaient pas comment l'ASACKO NORD a été créé et la connaissance des membres de comité

de gestion du centre était de 11,06% de population enquêtée, ce résultat est largement inférieur à celui de Mariko (44,6%). [24]

Ces résultats restent les plus faibles par rapport aux autres études effectuées.

L'analyse de ses résultats montre un manque d'information de la population à beaucoup de niveaux. Dans ce cas il reste beaucoup de chemin à parcourir car cette situation peut mettre en cause la pérennité de l'association.

#### **4- Utilisation de service par la population : PMA**

- Parmi la population enquêtée, 56,56% de cette population ont utilisé le service du CSCOM, ce résultat est inférieur à celui de Aïssata qui est de 80,2% de la population. [21]

-Après les consultations la majorité des achats de médicament ont été réalisés à 76,11% dans la pharmacie du centre.

- Le taux de l'accouchement est par contre très bas par rapport aux autres études réalisées qui est de 9,47% de la population enquêtée.

Ces résultats indiquent une mauvaise utilisation de service du centre par la population qui est dû soit par la proximité du CSréf CI et des cliniques privées et le manque d'information sur les différents types de service rendu par le CSCOM.

#### **5- L'accessibilité et la disponibilité du service de CSCOM :**

- Les personnes qui sont rendu dans le centre 91,11%(205/225) le trouvaient proche des domiciles dont la plus part se rendaient à pied (87,66%).

Au Mali, l'enquête démographique et de santé a trouvé que la distance parcourue pour atteindre un établissement sanitaire est un obstacle pour 41% des femmes ; l'obligation de prendre un moyen de transport pour s'y rendre, EDSII. [6]

Contrairement à nos résultats, en Virginie aux Etats Unis, une étude réalisée sur la perception des familles sur les barrières aux soins entraînant des rendez-vous manqués dans l'hôpital de soins des enfants a trouvé des résultats différents des

De l'étude faite en **Virginie**, les femmes se sont plaintes des heures de travail de l'hôpital et demandaient l'extension des heures au soir pour qu'après leur travail nôtres, 51% ont attribué leurs difficultés de fréquentation **aux problèmes de transport** (temps d'attente longue du bus). [25]

- La disponibilité du personnel médical durant les heures de travail a été prouvée à 98,19% et en dehors des heures de travail 90,96% par la population enquêtée. Ceci explique **la permanence des soins** dans le centre de santé même si le service du soir est assuré par des personnels peu qualifiés, constaté par la population. elles puissent bénéficier des services de santé. [25]

**Ces résultats de proximité et la permanence des soins sont les principaux objectifs recherchés pour la création d'un CSCOM.**

## **6 -Le fonctionnement des services :**

La création du CSCOM doit obéir à des normes à respecter pour un meilleur fonctionnement. Ces normes comportent entre autres, **le niveau d'aménagement des locaux et leur viabilisation, les équipements et les personnels suffisants.**

-Dans notre étude le CSCOM de Korofina nord est construit en dur (avec des latrines), de l'eau potable, et bien éclairé, avec un laboratoire bien équipé et le nombre du personnel semblait être suffisant selon la population enquêtée.

Ces résultats nous montre le minimum de moyen pour le fonctionnement du centre.

**Coulibaly S.O** a trouvé qu'à part un CSCOM sur dix huit(18) et les deux(2) centres de santé de référence des deux(2) communes (V et VI), les conditions médicales de la structure ne permettaient pas la délivrance d'actes de qualité de soin . [16]

## **7 -La qualité des soins :**

### **A. Activités PMA :**

D'après la population toutes les PMA sont effectuées par le CSCOM (CPN, CPON, PEV, SPE, IEC, accouchement).C'est la consultation médical semble être la plus utilisée par la population.

### **B. La qualité de l'accueil :**

La qualité de l'accueil a été jugée satisfaisante par plus de 89,14% de la population enquêtée. L'enquête auprès des mères a prouvé que cette bonne qualité de l'accueil avait un grand impact sur la bonne fréquentation du centre.

Dans l'étude de **Coulibay S O** l'accueil a été jugé de bonne qualité dans toutes les formations sanitaires et cela dans 98% des cas. [16]

**Bamba BM** à Sikasso dans le CSCOM de Kafouziela a trouvé 98,96% des femmes qui ont jugé l'accueil bon dans le centre. [15]

### **C. La disponibilité des médicaments :**

Les personnes enquêtées disent avoir achetées leurs médicaments dans le CSCOM à 75,11%, ce qui explique la disponibilité des médicaments essentiels, mais 7,11% ont fait leur achat à l'extérieur du CSCOM pour faute de **rupture de médicament**. D'après **Lazare Coulibaly**, 94,2% des femmes enquêtées à dioila affirmaient d'acheter leur médicament dans leur CSCOM. [17]

A **Dakar au Sénégal**, l'obstacle principal restait le coût excessif des médicaments prescrits qui représentait 60 à 70% du coût global du recours aux soins. Le recours à l'automédication était 3 à 12 fois moins cher que le recours à une structure sanitaire.

**L'accessibilité et la disponibilité** des médicaments essentiels de base sont des atouts principaux non seulement pour la viabilité du CSCOM et de L'ASACO mais

aussi l'un des objectifs de la création des CSCOM et de la politique nationale de médicament.

#### **D. Le personnel :**

La plus part des personnes enquêtées ont trouvé de satisfaction pour le comportement des personnels médicaux (91,27%). La raison principale à cette satisfaction est l'exercice correcte de leur métier (51,17%).

Pour la plus part des personnes enquêtées, la manière de travail était également correcte, car 96,38% ont trouvé le médecin seul avec l'agent de santé, et 98,19% ont bien parlé avec l'agent de santé au cours de leurs consultations. La durée de consultation était bonne à 94,57% et 89,14% ont reçu des conseils auprès de l'agent de santé.

**Au Bénin**, la formation par tutorat expérimentée dans les centres de santé a permis une amélioration de la qualité des soins et donc de la **fréquentation des centres**. Elle consistait à encadrer pendant 5 semaines, sur leur lieu de travail, médecins, infirmiers, sages femmes et aides-soignants en vue de corriger leurs mauvaises habitudes de travail et leur faire adopter de nouvelles méthodes de travail pour une plus grande qualité de soins donnée aux malades.

#### **8- Facteurs économiques et socioculturels :**

A la livraison de l'ordonnance, plus de 100% des personnes enquêtées ont acheté leurs médicaments dont 75,11% dans le CSCOM.

Toutefois 95,11% trouvaient le coût des soins en général abordable et seulement 1,33% l'ont trouvé cher.

Selon l'enquête démographique et de santé, le manque d'argent représenterait l'obstacle majeur rencontré par les femmes (51%) pour suivre le traitement prescrit. Il affectait d'avantage les femmes du milieu rural (60%) que celles du milieu urbain (33%) EDS II. [6]

De l'étude de **Coulibaly S O**, les raisons évoquées pour justifier l'abstention à la recherche des soins variaient selon le niveau de vie. Alors que le manque d'argent était le principal motif cité par les pauvres (83%), le non recours systématique se justifiait en milieu non pauvre par la non gravité de la maladie (46%). [16]

**Diallo SK** a trouvé le coût des prestations élevé à Sabougou pour 42% des femmes [19] et **Bagayogo Z** dans son étude sur le recours tardif aux soins des enfants de moins 5 ans atteint de paludisme à Bamako a trouvé le coût des prestations élevé dans 43,3%. [18]

**Mariko M** a trouvé que chez les démunis, l'essentiel des médicaments modernes acheté provenaient des pharmacies par terre (58,3% des cas à Bamako; 68,6% à Niamey) alors que les non pauvres s'approvisionnaient auprès des officines ou dépôts pharmaceutiques privés. Ces sources d'approvisionnement selon lui expliquaient l'écart entre les coûts : le coût moyen pour les démunis était de 300F CFA (6 fois moins que pour les non pauvres) à Bamako et 400F CFA (4 fois moins que pour les non pauvres) à Niamey. [24]

- la bénignité de la maladie : avant même que la décision de se rendre au centre ne soit prise la maladie a guéri ;

- Ce n'est pas une maladie médicale : L'influence de la tradition fait encore croire que certaine maladie ne sont pas du domaine de la médecine moderne. Aussi le fait de ne pas amener un enfant en consultation parce qu'il est trop petit pour sortir est lié à des considérations sociologiques pour protéger l'enfant ;

- **Mariko M** dans sa synthèse de l'analyse socio-économique dans 5 capitales ouest africaines sur la question de l'équité dans l'accès aux soins en milieu urbain a trouvé que la non gravité de la maladie (39% à Abidjan, 32% à Conakry et 18% à Bamako et Dakar) était la cause qui poussait les ménages démunis à recourir à l'automédication. [24]



Les résultats de l'**EDS-III** ont trouvé 18% des femmes qui ont attribué leur difficulté d'accéder aux soins à la demande de permission pour aller se soigner.

De l'étude faite par **Toukara A** à Taliko (Bamako), 65% des femmes ont déclaré être sous la dépendance de leurs maris. Les décisions de se rendre au centre étaient prises soit par leurs maris, soit par les parents des maris qui assuraient les besoins financiers. [23]

# CONCLUSION

## **VI-CONCLUSION :**

Au terme de cette présente étude nous avons aboutit à des résultats suivants :

Le taux faible de la fréquentation du CSCOM par rapport aux autres centres de santé communautaire.

Ce faible taux de fréquentation peut être expliqué par plusieurs facteurs :

- Le manque d'information de la population sur les différentes activités faisable dans le CSCOM (.CPN, PEV, accouchement, CPON, consultations médicales, et soins infirmiers) mais également dans d'autres domaines qui sont nécessaires pour la viabilité du centre (l'adhésion à ASACO, participation au renouvellement du bureau de comité de gestion).
  
- La présence d'autres structures de santé dans le même quartier (CSréf CI, les cliniques privés, les cabinets médicaux, les cabinets d'accouchement et les cabinets de consultation).

Malgré que l'analyse multivariée n'a pas permis d'identifier parmi ces multiples facteurs, les plus déterminants de la sous fréquentation de centre de santé, au terme de cette étude nous avons formulé quelques recommandations portant entre autres sur l'information et la sensibilisation de la population sur l'importance de la CPN, du PEV, des accouchements aux CSCOM et de la CPON ; la contribution de l'Etat au recrutement et à la prise en charge du personnel sur fond PPTE pour améliorer la fréquentation des centres de santé.

# RECOMMANDATIONS

## **VII- RECOMMANDATIONS :**

L'analyse des résultats obtenus nous a permis au terme de notre étude de faire les recommandations suivantes :

### **1. À l'endroit du comité de gestion de l'ASACO :**

- ❖ Organiser des campagnes de sensibilisation et d'information auprès de la population afin qu'elle comprenne et adhère pleinement à cette idée de santé communautaire qui constitue de nos jours le seul moyen d'accès aux soins essentiels de qualité. Pour cela, il faut garantir la tenue des assemblées générales en demandant au bureau de présenter le bilan annuel du CSCOM (financier et technique). Cette approche permettra aux communautés de prendre conscience de leur véritable place dans la poursuite de l'expérience. Elle facilitera l'instauration d'un cadre démocratique afin d'assurer l'alternance à la direction des instances de l'association et d'éviter le risque d'accaparement par une minorité des membres.
- ❖ Assurer une meilleure collaboration avec les agents de santé du CSCOM ;
- ❖ Améliorer les conditions de travail du personnel par l'établissement de contrat de travail et en l'associant aux prises de décisions ;
- ❖ Prévoir à long terme une gestion informatisée du centre pour permettre de faire des statistiques fiables sur le plan technique et financier.

### **2. À l'endroit du personnel de santé :**

- ❖ Créer un véritable service d'accueil pour informer et orienter les clients afin d'améliorer la qualité des soins.
- ❖ Renforcer la qualité des soins en facilitant une plus grande disponibilité du personnel médical.

- ❖ Informer et sensibiliser les populations sur l'importance de la CPN, du PEV des accouchements aux CSCOM et de la CPON ;
- ❖ Assurer une meilleure gestion des médicaments et des vaccins pour éviter les ruptures;
- ❖ Adopter la prescription de médicaments génériques pour diminuer le coût des ordonnances.

### **3. À l'endroit du ministère de la santé :**

- ❖ Contribuer au recrutement et à la prise en charge du personnel sanitaire sur fond PPTE;
- ❖ Equiper les CSCOM pour qu'ils respectent les normes et procédures.
- ❖ Aider les ASACO/CSCOM à atteindre leurs objectifs en renforçant l'appui technique et administratif.
- ❖ Proposer des stages de formations aux personnels pour améliorer leurs connaissances de base.
- ❖ Evaluer les personnels selon leurs manières de travail et le l'hygiène du centre.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :**

- 1- Ministère de la Santé. Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social : 1998/2007 Bamako -Mali, 1997
- 2- Ministère de la Santé. Document de synthèse du PRODESS (1998-2002) ; 41p
- 3- Direction Nationale de la Santé .Rapport d'activité de l'an 2001, Bamako.
- 4- Direction Nationale de la Santé. Rapport du Système National d'Information Sanitaire, Bamako, 2001.
- 5- Direction Nationale de la Santé. Annuaire S.L.I.S 2003, Bamako 2004.
- 6- CPS/MSSPA/DNSI/DHS. Enquête Démographique et de Santé (EDS II) 1995-1996, Mali, 1996 ; 375p.
- 7- Ministère de la santé, direction nationale de la santé de la statistique et d'informatique, enquête démographique et de santé .Mali 2001. 450p
- 8- Save the children USA. Analyse de la situation du nouveau-né au Mali. Rapport, Bamako 2001 ; 100p.
- 9- **Balique U, Ouattara O, Akory A I.** Dix ans d'expérience des CSCOM au Mali en 2001 ; 201p
- 10- **Akory A I.** Le centre de santé communautaire de Banconi, une expérience nouvelle de prise en charge de la santé des populations. Document polycopié, Bamako 1995 ; 101p
- 11- **Abassil A W et al.** Le financement des centres de santé périphériques, utilisation d'un modèle basé sur des expériences en République du Mali, Bamako 1995 ; 67p
- 12- Ministère des affaires étrangères de la République Française - Unicef. Qualité et accès aux soins de santé en milieu urbain : Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar et



Niamey. Résultats de la recherche menée dans cinq capitales d'Afrique de l'ouest, Sept 2004 ; 217p

**13- Akory A I, Sangho H, Diawara T D et coll.** Evaluation des CSCOM, mis en place au Mali depuis 1989, le cas du district de Bamako, février 1995, séminaire international sur la santé communautaire ; 232p

**14- Sacko M.** La qualité des soins dans les communes V et VI du district de Bamako. Rapport, Mars 2000 ; 62p

**15- Bamba BZ-** Etude sur les raisons de la faible fréquentation du CSCOM de Kafouziela par les FAP dans le cercle de Sikasso. Mémoire, Assistant médical, Bamako, Décembre 2002 ; 52p.

**16- Coulibaly S O.** Etude sur l'équité dans l'accès aux soins dans les communes V et VI de la ville de Bamako. Rapport de l'enquête socio-économique. Bamako 2001, 46p

**17-MR Lazare Coulibaly :** étude sur la sous fréquentation des CSCOM dans la région de Koulikoro .Thèse soutenu, Bamako 2005, N : 210

**18- Bagayogo Z.** Recours tardif aux soins des enfants de moins 5 ans atteint de paludisme. Comportement, attitude et pratique des parents ; Mémoire d'assistant médical. Bamako, juillet 2002, 22p

**19- Diallo SK.** La faible fréquentation du CSCOM de SABOUGOU. Mémoire assistant médical, Bamako 2002, 36p

**20- Diarra K K.** Contribution à l'évaluation de la qualité des soins dans les CSCOM de Bamako .Thèse Med, Bko 2000, N°38.

**21-Aissata Tamboura** Evaluation du centre de santé communautaire de DJELIBOUGOU .Thèse Soutenu, Bamako2005 N : 176

**22-Guitteye M, Coulibaly S :** Rapport d'évaluation sur les centre de santé Communautaire du district de Bamako, 32p.

**23. -Toukara A.** Recherche sur la faible fréquentation du CSCOM de Taliko par les femmes en âge de procréer. Mémoire assistant médical. Bamako 2002, 29p

**24-Bagayogo Z.** Recours tardif aux soins des enfants de moins 5 ans atteint de paludisme. Comportement, attitude et pratique des parents ; Mémoire d'assistant médical. Bamako, juillet 2002, 22p

**25-**Etude monographique de la commune I (rapport final juin-août, 2007) 113p

# **ANNEXES**

**FICHE SIGNALYTIQUE**

**NOM : COULIBALY**

**Prénom : OUMAR S**

**TITRE : EVALUATION DE LA QUALITÉ DES SOINS DANS LE CSCOM DE KOROFINA-NORD."ASACKO NORD".**

**Pays d'origine : MALI**

**Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.**

**Ville de soutenance : Bamako**

**Secteur d'intérêt : Santé Publique**

**RESUME :**

Il s'agit d'une étude descriptive qui s'est déroulée auprès de la population de korofina nord un quartier de la commune I de Bamako, entre le 05 février et 15 septembre 2008.

Au terme de cette présente étude nous avons aboutit à un taux faible de fréquentation du CSCOM par rapport aux autres centres de santé communautaire.

Ce faible taux de fréquentation peut être expliqué par plusieurs facteurs :

Le manque d'information de la population sur les différentes activités faisable dans le CSCOM, l'importance de l'adhésion à ASACO, et la participation au renouvellement du bureau de comité de gestion.

La présence d'autres structures de santé dans le même quartier, et le niveau de vie élevé de la population.

**Mots clés :** EVALUATION, QUALITÉ, SOINS, CSCOM, KOROFINA NORD.

## **2- FICHE D'ENQUÊTE :**

### **I. Identification**

Numéro de la fiche/...../.....//...../

Nom de l'enquêteur.....

Aire de santé : .....

2 ages:/...../...../...../

3 sexe :1 M...../ 2 F / .....

4. Situation matrimoniale : 1.Célibataire/\_\_\_/ 2.Marie(e) /\_\_\_/ 3 Divorce /\_\_\_/  
4 veuf (ve)/\_\_\_/

5 Tranche d age : 18-27/\_\_\_/ 28-37:/\_\_\_/ 38-47:/\_\_\_/ 48-57 :/\_\_\_/ 58-67 :/\_\_\_/  
68 et plus :/\_\_\_/

6. Niveau instruction ; 1 Non scolarise /\_\_\_/ 2. Primaire:/\_\_\_/ 3.secondaire : /\_\_\_/  
4 supérieur : /\_\_\_/ 5. Alphabétise:/\_\_\_/ 6.coranique:/\_\_\_/

7. Profession : 1. salarie : /\_\_\_/ 2. Commerçant ; /\_\_\_/3. Agriculture : /\_\_\_/ 4. Éleveur ; /\_\_\_/  
5. Retraite : /\_\_\_/ 6. Opérateur du secteur privé : /\_\_\_/ 7. Transporteur : /\_\_\_/  
8. Ménagère /\_\_\_/ 9.Artisan /\_\_\_/  
10.Autres à préciser : .....

8 Est-ce que vous avez été malade ces 3 derniers mois ? 1. Oui : /\_\_\_/ 2.Non : /\_\_\_/

9. Si oui comment avez vous été soigné : 1. Nulle part : /\_\_\_/ 2. Au CSCOM : /\_\_\_/  
3. Au centre de référence : /\_\_\_/ 4.A l'hôpital : /\_\_\_/ 5. Par automédication:/\_\_\_/  
6. Guérisseur : /\_\_\_/

10. Si non est ce que un membre de votre famille a été malade ces 3 derniers mois ?  
1. OUI /\_\_\_/ 2. Non /\_\_\_/

11. Comment a-t-il été soigné: 1. nulle part /\_\_\_/ 2. Au CSCOM /\_\_\_/ 3.A l'hôpital /\_\_\_/  
4. Au centre de santé de référence /\_\_\_/ 5.Par automédication /\_\_\_/  
6. Par guérisseur /\_\_\_/

12. Pourquoi ce choix ?.....

13. Connaissez-vous le CSCOM de votre localité ? 1. Oui/\_\_\_/ 2.Non /\_\_\_/

14. Connaissez-vous l'existence d'une carte d'adhésion de l'ASACO ?  
1. Oui/\_\_\_/ 2.Non /\_\_\_/

15. Si oui possédez-vous une carte d'adhèrent au CSCOM ?1.Oui /\_\_\_/ 2.Non /\_\_\_/

16. Si oui combien de temps avez-vous une carte d'adhésion >1 an ou <1an

17. Concernant le prix de la carte d'adhésion ? Abordable/..../ cher/...../ Rien à dire/...../

18. Sinon pourquoi ?

19. Comment l'ASACO a été créée .....

.....

20. Connaissez vous un membre de comité gestion de l'ASACO

21. Que pensez-vous de la rémunération de membre du comité de gestion de l'ASACO

Oui/...../ non/.... /

22. Si oui de quel manière : Recette du centre /...../ prix des cartes/...../ sans opinion/.../

## **II. De la qualité de l'accueil**

23. Aviez-vous déjà été ou conduit quelqu'un au CSCOM ? 1. Oui / \_ / 2. / \_ /

24. La distance vous paraît-elle longue? 1. Oui /\_\_/ 2. Non /\_\_/

25. Comment vous êtes rendu au centre ? 1. Pied /\_\_/ 2. Charrette /\_\_/ 3. Vélo /\_\_/

4. moto/\_\_/ 5. taxi/\_\_/ 6. véhicule personnel/\_\_/

7. Autres .....

26. Il y avait-il des chaises / bancs dans la salle d'attente/ 1. Oui /\_\_/ 2. Non /\_\_/

27. Il y avait-il des latrines accessibles dans le service / ? 1. oui /\_\_/ 2. Non /\_\_/

28. Si oui sont-elles propres ? 1. Oui /\_\_\_/ 2. Non /\_\_\_/

29. Quel était l'état de propreté des locaux ? 1. Sales /\_\_/ 2. Propre /\_\_/ 3. Ne sait pas /\_\_\_/

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

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

32. Qui vous a reçu ? 1. Ne sait pas /\_ / 2. Chef de poste /\_\_/ 3. Le gérant pharmacien /\_\_/

4. Une matrone /\_\_/ 5. Autres .....

33. La personne qui vous a reçu a-t-elle été ? 1. Désagréable ou mal polie /\_\_/

2. Indifférente /\_\_/ 3. Attentive polie /\_\_/

34. Avez-vous été satisfait de l'accueil ? 1. pas satisfait /\_\_/ peu satisfait /\_\_/ 3. Satisfait /\_\_/

4. Très satisfait /\_\_/

35. Pourquoi ?.....

.....

**III. De la qualité des prestations :**

36. Dans quelle atmosphère s'est passer la consultation ? 1. Seul avec l'agent de santé /\_\_\_/  
2. Beaucoup de monde dans la salle /\_\_\_/ 3. Il avait sans cesse des entres et sorties /\_\_\_/  
4. Autres.....
37. Avez-vous bien parlé avec l'agent de santé ? 1. Oui /\_\_\_/ 2. Non /\_\_\_/  
3. Avec difficulté /\_\_\_/
38. Que pensez-vous de la duré de la consultation ? 1. Longue /\_\_\_/ 2. Bonne/\_\_\_/  
3. Courte /\_\_\_/ 4. Ne sait pas /\_\_\_/
39. les horaires de travail du CSCOM vous convient-il ? 1. Oui /\_\_\_/ 2. Non /\_\_\_/
40. Si non pourquoi ?.....
41. Le personnel de santé est –il disponible lors des heures de service ? 1. Toujours /\_\_\_/  
2. Souvent /\_\_\_/ 3. Rarement /\_\_\_/ 4. Ne sait pas /\_\_\_/ 5. Jamais /\_\_\_/  
6. Autres.....
42. Les personelles de santé est- il disponible en dehors des heures de service ?  
1. Toujours /\_\_\_/ 2. Parfois /\_\_\_/ 3. Rarement /\_\_\_/ ? 4. Souvent/\_\_\_/ 5. Jamais /\_\_\_/  
6. Ne sait pas /\_\_\_/ 7. Autres.....
43. Vous a-t-on dit ce que on trouve lors de consultation ? 1. Oui /\_\_\_/ 2. Non /\_\_\_/
44. Vous a-t-on donné des conseils ? 1. Oui /\_\_\_/ 2. Non /\_\_\_/
45. Vous a t- on prescrit des médicaments ? 1. Oui /\_\_\_/ 2. Non /\_\_\_/
46. Avez-vous acheté ces médicaments ? Oui /\_\_\_/ 2. Non /\_\_\_/
47. Où avez-vous acheté ces médicament ?.....
48. Vous a-t-on expliqué la posologie de ces médicaments ? 1. Oui /\_\_\_/ 2. Non /\_\_\_/
49. Que pensez-vous du traitement ? 1. Non efficace /\_\_\_/ 2. Peu efficace /\_\_\_/ 3. Efficace/\_\_\_/  
4. Très efficace /\_\_\_/ 5. Autres.....
50. Si le traitement a été Non ou peu efficace quelle en est la raison ? 1. Incompétence du  
Personnel /\_\_\_/ 2. Sévérité de la maladie /\_\_\_/ 3. Ne sait pas /\_\_\_/

4. Autres.....

51. Si vous n'avez pas acheté ces médicaments quelle en est la raison ?

1. Manque d'argent /\_\_\_/ 2. Rupture de médicament /\_\_\_/ 3. Cherté du médicament /\_\_\_/  
4. Autres.....

52. Que pensez vous du coût des soins (consultations et médicaments) ?

1. très cher/\_\_\_/ 2. Abordable/\_\_\_/ 3. Pas cher/\_\_\_/

53. Que pensez vous de la qualité des prestations dans le centre de santé ?

1. Très bonne /\_\_\_/ 2. Abordable/\_\_\_/ 3. Bonne /\_\_\_/ 4. Passable/\_\_\_/ 5. Médiocre/\_\_\_/

54. Pourquoi ?.....

55. Que pensez vous du comportement du personnel dans le centre de santé ?

1. très bonne/\_\_\_/ 2. Bon/\_\_\_/ 3. passage/\_\_\_/ 4. Médiocre/\_\_\_/

56. Pourquoi ?.....

57. Quelles solutions préconisez vous pour améliorer cette situation ?.....

#### **VI. Pour les mères d'enfants de moins de deux ans**

58. Avez vous effectué des consultations prénatales lors de votre dernière grossesse ?

1. Oui /\_\_\_/ 2. Non /\_\_\_/

59. Si oui, combien de visites CPN ?/\_\_\_/

60. Si non pourquoi ?.....

61. Avez- vous accouché au CSCOM ? Oui /\_\_\_/ 2. Non /\_\_\_/

62. SI oui pourquoi ?.....

63. Si non où aviez vous accouché ?.....

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

65. Aviez-vous effectués consultations post natales après l'accouchement ? (jm4suivis post natal)

1. Oui /\_\_\_/ 2. Non /\_\_\_/

66. Si non pourquoi ?.....

67. L'enfant a-t-il été correctement vacciné ? Oui /\_\_\_/ 2. Non /\_\_\_/



68. Si oui possède-t-il un carnet de vaccination ? Oui /\_\_/ 2. Non /\_\_/

Si OUI la vaccination a été correctement effectuée ? Oui /...../ Non/...../

69. Si non pourquoi n'a-t-il pas été vacciné.....

70. Avez-vous effectué des consultations de suivi pour votre enfant ?

Oui /\_\_/ 2. Non /\_\_/

71. Si non pourquoi ?.....

72. Que pensez-vous des prestations du CSCOM en général ?.....

73. Justifiez votre réponse :.....

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le Jure.