

MINISTRE DE L'ENGEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un But - Un But - Une Foi



U.S.T.T.B

Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto - Stomatologie

BP 1805 - : (223) 20 22 52 77 - Fax (223) 20 22 96 58 - Bamako - Mali

Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique et Spécialités



U.S.T.T.B



**ETUDE DES DETERMINANTS DE LA SOUS FREQUENTATION DES SERVICES
DU CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE BANAMBA OUEST
(DISTRICT SANITAIRE DE BANAMBA)**

MEMOIRE
Master Santé Publique
Option santé communautaire
Présenté par : NIARE Sidi
Docteur en Médecine

Directeur:

Pr Akory AG IKNANE

MD PHD Santé Publique

Co-directeur

Youba COULIBALY

MD MPH

Année Académique 2013-2014

Etude des déterminants de la sous fréquentation des services du CSCoM de Banamba Ouest
en 2014. Sidi NIARE Master en Santé Publique

DEDICACES

Je rends grâce à « ALLAH » le Tout Puissant, pour m'avoir protégé de tout mal et pour m'avoir comblé de sa miséricorde pendant mon parcours au DERSP de la FMOS (Mali)

A mon Feu Père Mamourou NIARE.

Grâce à l'éducation que tu nous as laissée, nous avons appris par la grâce de Dieu à discerner le bien du mal et à aiguïser le sens de la responsabilité. Ton absence est amère, mais tu nous as laissé une richesse: le courage, l'honneur et la dignité.

Que ton âme repose en paix. « Amen ».

A ma Feuère mère Mani KONE :

Par tes conseils et tes bénédictions, tu nous as laissé une richesse qui est la tolérance et l'estime du prochain. Que ce travail soit pour toi le modeste hommage à tes immenses sacrifices. Que ton âme repose en paix. « Amen ».

A mon épouse Seyoma DIALLO :

Je te témoigne toute ma reconnaissance. Ce travail est aussi le couronnement de tes efforts et de tes sacrifices consentis. Merci pour ta compréhension et ton accompagnement. Que Dieu exhausse nos vœux. « Amen ».

A mes frères et Sœurs :

Je ne saurai vous exprimer toute ma reconnaissance pour le soutien moral dont j'ai bénéficié de votre part. Sachons toujours que seule l'union fait la force et restons toujours soudés.

A toutes mes connaissances pour votre soutien

A tout le personnel de la Direction Régionale de la Santé de Koulikoro

A tout le personnel du district sanitaire de Banamba

REMERCIEMENTS

Au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique du Mali.

Pour m'avoir donné l'opportunité de faire cette formation.

A toute l'équipe du Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique de la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie du Mali

Avec vous nous avons appris la précision, la rigueur, la complémentarité, l'humilité et la tolérance pour avancer dans la vie professionnelle. Notre gratitude, pour l'assistance et la disponibilité

Au Professeur Akory AG IKNANE, notre Directeur de mémoire

Votre simplicité, votre rigueur scientifique et votre franchise nous ont particulièrement marquée tout le long de cette étude. Merci pour avoir bien dirigé ce travail.

Au Docteur Youba COULIBALY, notre co-directeur de mémoire

Vos conseils, votre disponibilité et votre compréhension m'ont beaucoup servi pour mener à bien ce travail. Merci pour la qualité de vos observations et conseil durant tout le travail.

A mes camarades de la promotion,

Avec mes meilleurs vœux d'une bonne carrière professionnelle, je garderai le souvenir des bons moments passés ensemble.

A tout le personnel du CSRef de Banamba

Pour votre disponibilité et vos apports

Au personnel du CSCom de Banamba Ouest et aux membres de l'ASACO

Pour leur soutien

A la population de l'aire de santé du CSCom de Banamba Ouest

Pour leur accueil et leur disponibilité

Au Président du Jury

Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury.

Vos observations et conseils serviront à améliorer ce travail.

Permettez nous de vous rendre nos hommages distingués.

Au membre du jury :

Vous nous faites honneur en acceptant d'aider à parfaire ce travail. Veuillez accepter nos hommages respectueux.

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

al. : Collaborateurs

ASACO : Association de Santé Communautaire

ASC : Agent de Santé Communautaire

CAEB : Conseil Appui pour l'Education à la Base

CC : Consultation Curative

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

CPN : Consultation Pré Natale

CPON : Consultation Post Natale

CRADE : Cabinet de Recherche Action pour le Développement Endogène **CSAR** : Centre de Santé d'Arrondissement

CSCom : Centre de Santé Communautaire

CSPEEDA : Centre Sahélien de Prestation d'Etude d'Ecodéveloppement et de Démocratie Appliquée

CSRef : Centre de Santé de Référence

CTA : Combinaison Thérapeutique à base d'Artemesinine

DERSP : Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique

DNSI : Direction Nationale de la Statistique et de l'informatique

DRPSS : Directions Régionales de la Promotion Socio Sanitaire

DTC : Directeur Technique du Centre

EDSM : Enquête Démographique et de Santé du Mali

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

HKI : Hellen Keller International

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMA : Paquet Minimal d'Activités

RD-Congo : République Démocratique du Congo

SILS : Système Local d'Information Sanitaire

UNFPA : Fond des nations unies pour la population

VAR : Vaccin Anti Rougeoleux

RESUME

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive par sondage aléatoire stratifié en grappe à 2 degrés du 23 juin au 23 Août 2014 portant sur 696 mères d'enfants de moins de 5 ans dont l'objectif était d'analyser les déterminants de la sous fréquentation du CSCCom de Banamba Ouest.

Le choix des villages a été aléatoire après une stratification. Pour les mères nous avons fait un sondage en grappe.

Le choix a été raisonné pour les membres de l'ASACO et exhaustif pour le personnel.

Le questionnaire, le guide d'entretien, la grille d'observation ont servi d'outils de collecte.

Les données ont été analysées par la méthode bi variée et multi variée $p < 5\%$

50,1% des mères avaient 15-24 ans avec une moyenne de 25 ans. La moyenne d'enfant était de 1,5 avec des extrêmes de 1 et 4. 63,6% des mères étaient sans niveau d'éducation. 89,7% étaient sans activité rémunératrice; 33,8% étaient sans moyen déplacement ; 62,3% avaient fréquenté le centre pour leur dernière maladie et 61,1% avaient eu recours au guérisseur. 85,5% étaient satisfaites de l'accueil, 38,4% avaient jugé long le temps d'attente. Le traitement a été inefficace dans 16,8% des cas. Une relation existait entre la fréquentation du CSCCom et l'adhésion $p = 6.10^{-3}$ ou le statut marital $p = 5.10^{-3}$.

L'étude a pu identifier le manque de moyen de déplacement, la qualité de l'accueil, la durée du temps d'attente, les horaires de travail et l'efficacité du traitement comme facteurs liés à la sous fréquentation.

Mots-clés: Déterminants, sous fréquentation, CSCCom Banamba Ouest.

SUMMARY

It was a descriptive cross-sectional study on the basis of stratified random selection in two degree clusters concerning 696 mothers of children under age five from June 23rd to August 23rd 2014 aiming at analyzing subfrequentation factors in the community health center in the west of Banamba district.

After stratification we proceeded to an optional choice of the villages. Concerning the child mothers a cluster based study has been developed. As far as the members of the community health centers' association is concerned, the choice was purposive and comprehensive for the staff.

The questionnaire, interview guide, observation grid served as collection tools.

Data were analysed by bivariated and multivariated methods $P < 5\%$.

50.1% of child's mothers were between 15 and 24 years with an average age of 25. The average of children was of 1.5 years with extremes from 1 to 4.

63.6% of mothers were illiterate; 89.7% were without income generating activities; 33.8% didn't have means of transport; 62.3% visited the center for their final illness, and 61.1% have gone to see traditional doctors. 85.5% were satisfied of welcome, 38.4% judged long the latency. In 16.8 cases, treatment was ineffective. It was relation between frequentation in community health center and accession $P = 6.10^{-3}$ or the marital statut $P = 5.10^{-3}$.

The study identified a shortage of means of transport, welcome quality, delay time period, work times and treatment efficacy as factors related to subfrequentation.

Key words: Determinants, Subfrequentation, Community health center, West of Banamba district.

SOMMAIRE

1. Contexte et justifications	1
2. Objectifs	4
2.1 Objectif général.....	4
2.2 Objectifs spécifiques.....	4
3. Méthodologie	5
3.1 Cadre d'étude.....	5
3.2 Type et période d'étude.....	7
3.3 Lieu d'étude.....	7
3.4 Population d'étude.....	7
3.5 Echantillonnage.....	8
3.6 Techniques et outils de collecte.....	9
3.7 Variables d'étude.....	9
3.8 Traitement et analyse des données.....	9
3.9 Considérations éthiques.....	10
3.10 Plan de diffusion	10
4. Résultats.....	11
4.1 Résultats descriptifs.....	11
4.2 Résultats analytiques.....	16
5. Discussion.	20
5.1 L'atteinte des objectifs.....	20
5.2 La qualité et la validité des résultats.....	20
5.3 La comparaison des résultats.....	21
6. Conclusion et Recommandations.....	24
i. Références bibliographiques.....	25
ii. Annexes.....	ii

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATIONS :

Au lendemain de leur indépendance, les pays africains, y compris le Mali déclaraient la santé comme un droit et instauraient un système favorisant l'accès aux soins de santé pour tous. Cependant, les systèmes de santé hérités de la période coloniale, basés sur des infrastructures hospitalières lourdes, n'étaient pas adaptés à la répartition démographique et aux besoins de santé de base de ces pays, (Pacifique MS au RD-Congo 2005) [1].

Les années 80 virent une réorganisation profonde des systèmes de santé en Afrique, avec une décentralisation et une stratégie axée sur la prévention et les soins de santé primaires. C'est à Alma Ata en 1978 que les pays membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) donnèrent officiellement le point de départ de cette nouvelle stratégie. Elle se heurta pourtant rapidement à la question de son financement, (Pacifique MS en RD-Congo 2005) [1].

Les pays africains surendettés ne pouvant plus financer leurs services de santé, l'idée du financement des services de soins par le recouvrement des coûts des prestations auprès des malades fut son apparition au début des années 80 et officiellement lancée par l'OMS à Bamako en septembre 1987 sous le nom d'Initiative de Bamako (IB). Son postulat de base était que le malade serait prêt à payer une somme raisonnable pour sa santé, à condition qu'il puisse trouver un service et un personnel de qualité, adapté à sa demande, (Pacifique MS au RD-Congo 2005) [1].

Les habitants des pays en développement ont habituellement moins de 2,5 contacts par an avec les services de santé, ce qui contraste fortement avec les valeurs des pays occidentaux où la moyenne se situe entre 5 et 10 contacts par an (Barthelemy MS au Bénin 2002) [2].

Des études réalisées à Dakar rapportées par Ndiaye ND en 2004 montrent que l'accessibilité géographique aux soins, les caractéristiques individuelles intégrant les connaissances en matière de santé, la sociologie locale et l'environnement familial déterminent les itinéraires thérapeutiques [3].

En Guinée Doumbouya M L en 2008 [4] trouve que 56 % des usagers en milieu urbain et 44 % en milieu rural choisissent de se faire soigner autrement que de recourir aux services de santé modernes à cause de la mauvaise qualité des prestations dans les hôpitaux et les centres de santé, 43 % des urbains contre 57 % des ruraux évoquent le coût d'accès aux soins comme obstacle.

Selon une étude réalisée à **Assaba** en **2005** en Mauritanie « **Enquête sur l'utilisation des services de santé de la reproduction en Assaba** » l'utilisation des services de la santé de la reproduction reste très faible avec un taux d'accouchement assisté inférieur à 30% au niveau

des wilayas du Hodh El Gharbi, du Hodh El Chargui et de l'Adrar [5]. Il est de 31% à 45% au niveau des wilayas du Tagant, de l'Assaba, du Tiris Zemour, du Guidimakha et du Brakna et de 45% au niveau de Nouadhibou, de l'Inchiri [5].

Au Mali selon EDSM V 2012-2013 [6], 10 % des femmes utilisent les services de planification familiale ; le taux d'utilisation de la consultation prénatale est de 74 % ; la couverture en vaccin anti rougeoleux 72% chez les 12 à 23 mois, les naissances assistées par le personnel formé 59 %.

Sidibé. T et al. en 2004 [7] dans leur étude sur la fréquentation des CSCom dans la région de Koulikoro trouvent que les femmes fréquentaient la consultation prénatale dans 72,1% des cas à Banamba contre 61,5% à Dioila. Le manque d'information représente **32 % des causes** de non fréquentation de la CPN à Banamba tandis qu'à Dioila dans 34% des cas c'était l'absence d'autorisation du mari [7].

En 2006 Kanta K [8] dans son étude sur l'utilisation des services de santé et la perception de la qualité des soins par les populations de Sègué dans le district sanitaire de Kolokani trouve **49,5 %** de non fréquentation des services. Ce pendant elle rapporte une légère augmentation du nombre moyen de consultation par jour passant de **6 à 7,9**, une sous utilisation des services de la sage femme de **1,7 à 2** accouchements en moyenne par semaine avec un taux d'analphabétisme de **90,9 %** de la population et une automédication traditionnelle de **60,8 %** [8].

Les données du Système Local d'Information Sanitaire de Banamba (SLIS) des années **2012 et 2013** montrent une nette régression des indicateurs d'utilisation des services au niveau du CSCom de Banamba Ouest. Ainsi de **2012 à 2013** le taux de CPN est passé de **173% à 81,6%**, le taux de CPON de **82% à 42%**, la consultation curative de **0,23 à 0,15** nouveau cas par personne et par an, le taux de couverture en VAR de **95% à 86%**. Seuls les taux de planification familial et d'accouchement assisté ont connu une légère rehausse passant respectivement de **1,74 à 9,02** et de **90% à 97%** [9, 10].

Au plan financier le CSCom de Banamba Ouest est déficitaire car l'ASACO ne parvenait plus à couvrir les charges salariales des agents sous contrats avec les fonds issus du recouvrement des coûts [9,10].

C'est dans ce contexte que la présente étude a été réalisée dans le but d'analyser les déterminants de la sous fréquentation de ces services de santé afin de dégager des stratégies appropriées pour l'amélioration de l'état de santé de ces populations.

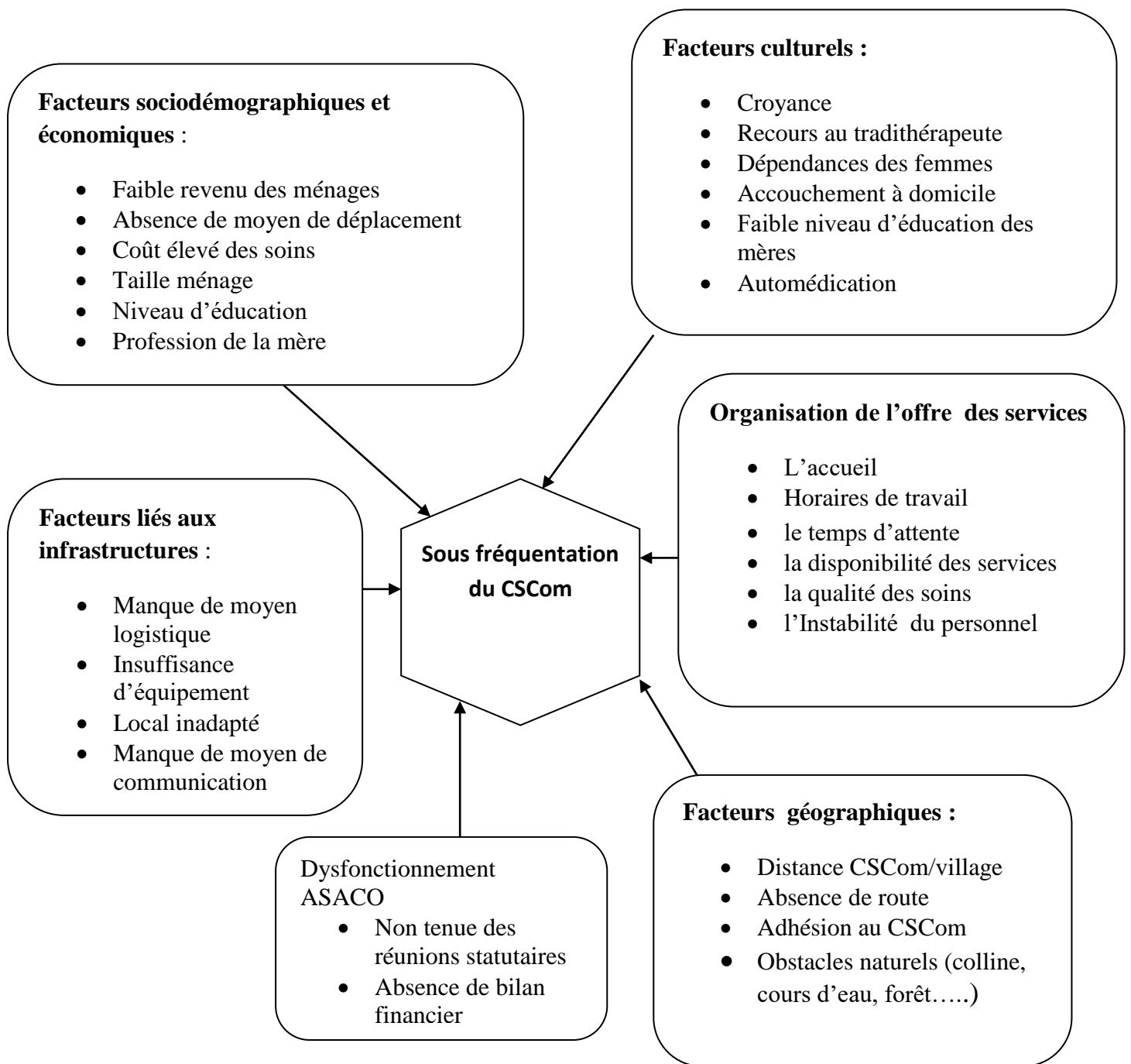


Figure1 : Cadre logique des déterminants de la sous fréquentation

Questions de recherche

La sous fréquentation des services du CSCCom de Banamba Ouest est –elle liée

- au manque d'infrastructures sanitaires (équipements, logistiques) ?
- à la position géographique?
- à la mauvaise organisation de l'offre des services de santé?
- au manque de ressources économiques des utilisateurs?
- à des facteurs socioculturels?

Hypothèses

L'accessibilité géographique, le niveau du plateau technique, la qualité des soins (insuffisance de personnel, mauvais accueil, la disponibilité des services, la mauvaise qualité des soins), l'accessibilité économique et socioculturelle déterminent la fréquentation des services du centre de santé communautaire de Banamba Ouest.

2. OBJECTIFS :

2.1 Objectif général :

Analyser les déterminants de la sous fréquentation des services de santé au niveau du centre de santé communautaire de Banamba Ouest en 2014.

2.2 Objectifs spécifiques :

- **décrire** les déterminants de la sous fréquentation liés aux infrastructures sanitaires du CSCCom Banamba Ouest en 2014 ;
- Identifier les déterminants de la sous fréquentation du CSCCom Banamba Ouest liés au fonctionnement en 2014
- Identifier les déterminants de la sous fréquentation liés aux facteurs socioculturels et économiques des utilisateurs du CSCCom Banamba Ouest en 2014

3- METHODOLOGIE

3.1. Cadre de l'étude (cercle de Banamba):

3.1.1 Aspects historiques

Le site de « ntilikido » a été fondé par Matefily Coulibaly vers 1830 ; après les raids répétés de balandougou séguéla et de ses alliés et la dérouté de Matefily, les terres de « ntilikido » furent cédées aux Simpara venus de Sokolo (région de Ségou) moyennant divers cadeaux. Quand toute la communauté arriva sur les lieux, un ouf de soulagement se dégagait des poitrines : « anw ka bana baana » ce qui veut dire « notre maladie est finie ». Plus tard l'expression fut contractée et assimilée à la présence de grand fromager sur le site : Banamba était né. Le cercle de Banamba tire son nom de la ville du même nom créée par les Simpara. Banamba est devenu le chef lieu du cercle qui a été créé en 1961 avec 6 arrondissements : Banamba, Touba, Madina sacko, Boron, Sébété et Toukoroba.

En 1965 les secteurs de développement de base ont été créés ; en plus des arrondissements : Avec l'avènement de la décentralisation, le cercle de Banamba a été subdivisé en 9 communes rurales.

La population du cercle est composée essentiellement de bambara, Sarakolés, peulhs et maures.

Le taux d'accroissement du cercle est de 2,2% ; il varie en fonction des ethnies : plus faible chez les bambara 1,7% contre 3,2% chez les Sarakolés très dominants

3.1.2 Données géographiques

Avec une superficie d'environ 7500 Km², le cercle de Banamba est limité par les circonscriptions de : Nara au Nord, Koulikoro au Sud, Niono et Ségou à l'Est, Kolokani à l'Ouest.

Le relief est constitué par les plateaux gréseux de Shuala ; les sols sont sablonneux, siliceux ou argileux.

Le climat est de type soudano sahélien avec une prédominance de grands vents (harmattan et mousson). La période pluvieuse dure de Juillet à Septembre.

La végétation de type soudano sahélien est composée de baobab, balanzan, karité, néré et d'épineux.

L'hydrographie est dominée par l'existence de marigots torrentiels et temporaires.

3.1.3 Voies de communication

Le tronçon Bamako Nara, la route Bamako Banamba goudronnée depuis Février 2007; la route de Banamba-Niono latéritique sont très pratiques et très fréquentés par les commerçants

Les pistes qui relient les communes au chef lieu de cercle sont praticables en toute saison, à l'exception de Toukoroba.

Il existe de nombreux réseaux téléphoniques (SOTELMA, ORANGE, MALITEL) ; les CSCom/CSAR fonctionnels communiquent avec Banamba par réseau RAC autonome de la santé.

3.1.4 Données démographiques

Le cercle de Banamba compte une population de **211529** habitants repartis entre les communes

Source : Recensement Général de la Population : 2010 [12]

Les principales ethnies du cercle sont les Bambara, les Peulhs, les Sarakolés, les Kagoros, et les Maures.

3.1.5 Données socioculturelles

Organisation Sociale

Dans le but de renforcer la cohésion sociale, de présenter les normes et valeurs, chaque société adopte une certaine organisation. Dans le cercle de Banamba, chaque village a un chef et un conseil de village.

La religion dominante est l'Islam, vient ensuite l'animisme. le Christianisme a très peu d'adhérents

Culture / Tradition

Le mariage est une institution sociale. A Banamba, l'âge moyen au mariage est de 18 à 20 ans pour les garçons et de 13 à 17 ans pour les filles.

On observe surtout des mariages de parenté et des mariages précoces. L'excision est pratique à Banamba et se fait tout juste après le baptême ou avant l'âge scolaire.

3.1.6 Données économiques

Dans le cercle de Banamba, les principales activités de production sont :

Agriculture qui vient au premier plan dans l'économie. Le mil /sorgho, le fonio, l'arachide, le haricot, sont les principales cultures du cercle. La plantation du henné se fait dans un but purement commercial.

Elevage

Le cercle de Banamba est une zone d'élevage par excellence à cause de sa situation géographique dans la zone soudano-sahélienne qui porte sur les bovins, les ovins, les caprins et les assains. L'embouche bovine est très pratiquée dans un but commercial.

Commerce et transport

Banamba est une zone de commerce, pratiqué par les Sarakolés. Le transport est assuré entre Banamba et Bamako par les gros camions, les minicars ; les chevaux, les charrettes tractées par des ânes ou par des bœufs assurent les déplacements des populations à l'intérieur du cercle. Plusieurs localités du cercle sont reliées à Bamako par des transports publics.

3.1.7 Associations et ONG :

Plusieurs associations existent dont les plus connues sont : FELAPH (Fédération Locale des Associations des Personnes Handicapées de Banamba)

Association des personnes vivant avec le VIH (SIDA LAKARI)

Association des femmes démunies seules chargées de famille

Association des femmes HEREMA KONO de Kodjan Fofanala

Les ONG présentes à Banamba sont : CAEB, CRADE, HKI, CSPEEDA

Ouvert en Mars 2006 le CSCom de Banamba ouest couvre actuellement une population de 11416 habitants repartis entre dix villages et deux quartiers de la commune de Banamba avec 5333 habitants dans un rayon de 5 kilomètre soit 47% ; 4926 entre 10 et 15 kilomètre soit 43% et 1157 à plus de 15 kilomètre soit 10%. Il est situé à l'ouest de la commune de Banamba d'où son nom.

3.2 Type et période d'étude :

Une étude transversale descriptive par sondage stratifié en grappe à deux (2) degrés avec une probabilité proportionnelle à la taille des villages a été réalisée du 23 Juin au 23 Août 2014.

3.3 Lieu d'étude :

L'étude s'est réalisée dans l'aire de santé du CSCom de Banamba Ouest dans la commune de Banamba.

3.4 Population d'étude :

Ont été concernés par cette étude le personnel du CSCom; les membres de l'ASACO (le président du conseil d'administration, le trésorier et le secrétaire administratif); les mères d'enfant de moins de 5 ans et les hommes résidant depuis au moins 6 mois dans l'aire de santé.

Critères d'inclusion : ont été inclus

Le personnel du CSCom ayant fait au moins 6 mois dans le centre de santé et présent au moment de l'étude ; les membres de l'ASACO (le président du conseil d'administration, le trésorier et le secrétaire administratif) présents au moment de l'étude ; les mères d'enfants de

moins de 5 ans résidant dans l'aire de santé depuis au moins 6 mois et présents au moment de l'étude.

Les hommes résidant dans l'aire de santé depuis au moins 6 mois et présents au moment de l'étude

Critères de non inclusion : n'ont pas été inclus

Les personnes éligibles présentes au moment de l'étude et ayant refusé de participer à l'enquête

3.5. Echantillonnage : L'enquête en population a été faite auprès des mères d'enfants de moins de 5 ans dans les ménages **de l'aire de santé du CSCom de Banamba Ouest**.

La taille minimale de l'échantillon a été calculée à partir de la formule de **Daniel Schwartz** :

$$n = \frac{z^2pq}{I^2} \times d$$

I = précision = 5%

p = 0,29 (taux d'utilisation de la consultation curative = 0,29 à Koulikoro selon l'annuaire statistique 2011)

q = 1 - p = 0,71

z = valeur de $\alpha = 5\% = 1,96$

d = facteur de correction de l'effet grappe = 2 ainsi **n = 633**

Nous avons augmenté de **10%** la taille de l'échantillon ainsi **n = 696** pour tenir compte des cas de non réponse.

L'aire de santé compte 12 villages et nous avons choisis quatre villages de façon aléatoire après une stratification en deux groupes groupe I de 0 à 5km et le groupe II de plus de 5km.

La taille de l'échantillon dans chaque village retenu a été proportionnelle à sa population.

Dans les villages pour identifier la première concession nous avons utilisé la méthode qui a consisté à jeter un **stylo** au centre du village dont la pointe a indiqué la direction.

Après un numéro a été attribué à chaque concession puis nous avons procédé à un tirage aléatoire pour identifier la première concession à enquêter.

Dans les concessions nous avons choisi une femme éligible sur deux. Après la 1^{ère} concession, l'enquête s'est déroulée de proche en proche sur la droite jusqu'à l'atteinte de la taille de l'échantillon.

Si à la fin du village l'effectif n'était pas atteint, alors on progressait vers le village le plus proche pour trouver le complément suivant le même schéma. L'échantillonnage a été exhaustif pour le personnel et raisonné pour les membres de l'ASACO (le Président, le trésorier, le secrétaire administratif).

Tableau I : liste des villages retenus avec la taille de l'échantillon

Villages retenus	Population	Proportion	Taille échantillon
Niamacoro	1249	35%	244
Diassani	824	23%	160
Diatouroubougou	894	25%	174
Tiontala	625	17%	118
Total	3592	100%	696

3.6. Technique et outils de collecte des données

Les techniques qui ont été utilisées sont l'interview en mode face à face, l'observation et l'entretien semi dirigé. Différents types de questionnaires ont servi d'outils de collecte auprès du personnel du CSCoM; de trois membres de l'ASACO; des mères ayant des enfants de moins de 5 ans résidant dans l'aire de santé depuis au moins 6 mois. Nous avons utilisé aussi un guide d'entretien pour les focus groups dans 50% des sites retenus (2 focus groups un groupe d'hommes et un groupe de mères d'enfants) et une grille d'observation pour les infrastructures et le matériel technique

3.7. Variables :

Les caractéristiques individuelles: (âge, profession, niveau d'instruction, statut matrimonial).

Les variables socioculturelles (recours aux soins, itinéraire thérapeutique, les raisons de non recours, participation des femmes à l'ASACO)

Les variables économiques (coût des soins, le budget du centre, moyen de déplacement)

Les variables liées au service de santé notamment l'accessibilité géographique, la qualité de l'accueil, des prestations, la disponibilité des médicaments, de la vaccination, le temps d'attente et le fonctionnement de l'ASACO

3.8 Traitement et analyse des données

Les données ont été saisies avec le logiciel Epi Data version 3.1 et analysées avec le logiciel SPSS version 16. Les variables quantitatives sont présentées sous forme de moyenne et les catégorielles sous forme de fréquence. Les tests statistiques de Khi 2 de Pearson, l'Odd ratio et la régression logistique simple ont été utilisés avec $p < 5\%$ et un intervalle de confiance à 95%. L'analyse qualitative a été faite avec le logiciel Atlas.ti 6.1

3.9. Considérations éthique et déontologique

Nous avons jugé nécessaire d'obtenir le consentement des personnes cibles de l'enquête. Pour y parvenir nous avons demandé une autorisation auprès des autorités politiques et traditionnelles de la commune de Banamba pour mener l'enquête dans le CSCCom et les villages ou quartiers qui ont été retenus.

Le consentement libre et éclairé signé des participants a été sollicité dans le cadre de l'entretien après une explication claire du contenu du protocole et du but de l'étude. Nous avons expliqué clairement que le refus de toute personne de participer à l'enquête n'entraînait aucune conséquence fâcheuse pour elle ou un des siens. La confidentialité a été assurée en ce qui concerne les renseignements obtenus en respectant l'anonymat.

Les avantages de l'étude :

L'étude doit permettre d'arriver à une meilleure compréhension des causes de sous fréquentation des services de santé et de proposer des solutions afin d'améliorer l'état de santé des populations.

Les inconvénients de l'étude :

La perte de temps pour les sujets inclus dans l'étude qui a été occasionnée par la participation à l'enquête surtout compte tenue de la période hivernale.

3.10 Plan de diffusion des résultats: Il est prévu de:

- faire une restitution locale avec les autorités administrative, politique et traditionnelle, le Médecin chef, le personnel du CSCCom et les membres de l'ASACO
- déposer une copie du mémoire au niveau du CSCCom de Banamba Ouest
- fournir une copie du mémoire au niveau du DERSP
- utiliser les résultats pour la rédaction d'article pour des publications dans des revus scientifiques

4. RESULTATS

4.1 Resultats descriptifs :

53% de la population totale de l'aire vivent au delà de 5 kilomètres du centre de santé.

Au total 696 mères d'enfants de moins de 5 ans ont été enquêtées. Leur âge moyen était de 25 ans avec des extrêmes de 15 et 49 ans. Le nombre moyen d'enfant était de 1,5 avec des extrêmes de 1 et 4 enfant(s).

Tableau II: Répartition des 696 mères selon les caractéristiques sociodémographiques en 2014.

Variables	Effectifs (n=696)	Pourcentage %
Age mère de la mère		
15-24 ans	349	50,1
25-34 ans	286	41,1
35-44 ans	55	7,9
45 ans et plus	6	0,9
Niveau d'éducation de la mère		
Non scolarisé	443	63,6
Scolarisé	253	36,4
Profession		
Sans activité rémunératrice	624	89,7
Avec activité rémunératrice	72	10,3
Taille ménage		
1-5 personne (s)	604	86,8
6 personnes et plus	92	13,2
Statut marital		
Celibataire	8	1,0
Mariée	688	99,0
Ethnie		
Sarakolé	272	39,0
Bamanan	211	30,3
Peulh	147	21,1
Malinké	24	3,4
Maure	15	2,2
Autres	27	4,0
Adhérent au CSCom		
Oui	370	53,2
Non	326	46,8

Les mères sans activité rémunératrice ont représenté près de 90%, 63,6% étaient non scolarisées, 99 % étaient mariées et 50,1% avaient un âge entre 15 et 24 ans.

Les Sarakolés ont été l'ethnie la plus fréquente avec (39,0%) suivie des Bamanan (30,3%) et des peuhls (21,1%). Les adhérents représentaient 53,2% et 86,8% des ménages avaient une taille comprise entre 1 et 5 personne (s)

Tableau III : Répartition des 696 mères enquêtées selon l'accessibilité géographique et l'utilisation du CSCCom en 2014.

Variabes	Effectifs	Pourcentage %
Distance au CSCCom (n=696)		
0-5 km	404	58,0
>=6 km	292	42,0
Moyen de déplacement (n=696)		
Sans moyen de déplacement	235	33,8
Avec moyen de déplacement	461	66,2
Utilisation du CSCCom (n=696)		
Oui	576	82,8
Non	120	17,2

42% des femmes enquêtées vivaient au delà de 5km du centre, 33,8% étaient sans moyen de déplacement et 82,8% utilisaient le CSCCom

Tableau IV : Répartition des 696 mères enquêtées selon les recours au soin en cas de maladie en 2014.

Recours aux soins	Effectifs	Pourcentage %
Utilisation de la Consultation Curative (n=696)		
Oui	434	62,3
Non	262	37,7
Autres recours n(262)		
Nulle part	22	8,4
Automédication	80	30,5
Guérisseur	160	61,1
Utilisation des services si enfant malade (n=696)		
Oui	491	70,5
Non	205	29,5
Autres recours si l'enfant est malade n(205)		
Nulle part	65	31,7
Automédication	57	27,8
Guérisseur	36	17,6
Autre	47	22,9

Environ 62,3% des mères enquêtées avaient utilisé le service de consultation curative les 3 derniers mois pour leur maladie contre 70,5% pour la maladie de leurs enfants. Parmi les

mères qui n'avaient pas fréquenté le CSCoM pour leur maladie, 61,1% avaient eu recours aux guérisseurs contre 27,8% d'automédication pour la maladie des enfants.

Tableau V: Répartition des 696 mères enquêtées selon l'utilisation des services du CSCoM de Banamba Ouest en 2014

Utilisation des services	Effectifs (n=696)	Pourcentage %
utilisation des services de CPN		
Oui	545	78,3
Non	151	21,7
Accouchement au CSCoM		
Oui	444	63,8
Non	252	36,2
Utilisation CPON		
Oui	386	55,5
Non	310	44,5
Vaccination des enfants		
Oui	553	79,5
Non	143	20,5
Consultation enfant sain		
Oui	418	60,1
Non	278	39,9

Parmi les mères enquêtées 78,3% avaient fait des consultations prénatales, plus de 63% avaient bénéficié d'un accouchement assisté au CSCoM avec 55,5% de taux de réalisation de CPON.

Plus de 79% des femmes avaient leurs enfants correctement vaccinés et 60% avaient fait la consultation de suivi des enfants.

Tableau VI: Répartition des 696 mères enquêtées suivant leur opinion sur le fonctionnement du centre et la qualité des soins en 2014

Opinion	Effectifs (n=696)	Pourcentage %
Convenance des horaires de travail		
Oui	622	89,4
Non	74	10,6
Durée longue du temps d'attente		
Oui	267	38,4
Non	429	61,6
Satisfaction à l'accueil		
Non satisfait	101	14,5
Satisfait	595	85,5
Qualité du traitement		
Non efficace	117	16,8
Efficace	579	83,2

Plus de 89% des mères estimaient que les horaires de travail étaient convenables, le temps d'attente avait été jugé long dans 38,4%. Dans 85,5% l'accueil a été satisfaisant et 83,2% des femmes avaient jugé le traitement efficace.

Tableau VII: fonctionnalité de l'ASACO au niveau du CSCoM de Banamba Ouest en 2014 durant les 3 dernières années

Réunions statutaires avec procès verbal	Nombre	Réalisation %
Conseil d'administration	Aucun	0
Comité de gestion	Aucun	0
Bilan comptable et financier annuel	Jamais fait	0
Poste de responsabilité pour les femmes	Aucun	

L'ASACO était quasi inexistante et aucune femme n'occupait un poste de responsabilité dans les organes de l'ASACO.

Tableau VIII: Etat des lieux infrastructure, personnel, équipements, médicaments du panier et vaccin, source d'eau et d'électricité, moyen logistique au niveau du CSCoM de Banamba en 2014

Désignation	Disponibilité/	fonctionnalité
Infrastructures		
Bâtiment principal avec 8 salles	01	Bon état
Bloc secondaire avec 2 salles	01	Bon état
Bloc de latrine	01	Assez propre
Personnel		
Sage Femme	01	
Infirmière obstétricienne	01	
Matrone	02	
Aide soignant	01	
Gérant dépôt de vente	01	
Equipements		
Tensiomètre	01	Bon état
Stéthoscope obstétrical	01	Bon état
Otoscope	00	
Table de consultation	02	Bon état
Table d'accouchement	01	Etat passable
Réfrigérateur	01	Bon état
RAC	00	
Téléphone	00	
Balance (pèse personne)	01	Bon état
Lits avec matelas	06	Bon état
Source d'eau et d'électricité		
Robinet	01	Bonne
Puits amélioré	01	Bon état
Panneau solaire (électricité)	02	Bonne
Moyen logistique		
Moto AG 100	01	Bon état

On a noté l'absence de moyen de communication propre au CSCoM. Nous avons constaté dans les médicaments du panier une rupture en CTA pour les deux formes sur un mois environ et de tous les antigènes du programme élargi de vaccination durant le mois de juin

4.2 Resultats analytiques

4.2.1 Analyse bi variée :

Tableau IX: Relation entre la fréquentation du CSCom de Banamba et l'adhésion, le statut marital des femmes enquêtées et la distance en 2014

	Utilisez vous le CSCom		Odd ratio	IC à 95%	P value
	Oui n(%)	Non n(%)			
Adhérent					
Oui	320(86,5)	50(16,5)	1,75	1,17-2,60	6.10 ⁻³
Non	256(78,5)	70(21,5)			
Statut					
Célibataire	3(37,5)	5(62,5)	0,12	0,02-0,51	5.10 ⁻³
Mariée	573(83,5)	115(16,5)			
Distance					
0-5 km	338(83,7)	66(16,3)	1,16	0,78-1,72	0,45
6 et plus	238(81,5)	54(18,5)			

Il y a une relation statistiquement significative entre être adhérent au CSCom et la fréquentation du centre $p=6.10^{-6}$ et aussi entre le statut marital et la fréquentation du centre par les mères d'enfant de moins de 5 ans enquêtées $p=5.10^{-3}$. Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre la distance du village au CSCom et la fréquentation du CSCom $p=0,45$.

Tableau X: Relation entre le niveau d'éducation des femmes enquêtées et l'utilisation des services de consultation prénatale en 2014

		Niveau d'éducation		Odd ration	IC à 95%	P value
		non scolarisé n (%)	Scolarisé n (%)			
utilisation						
du service	Oui	320 (58,7%)	225(41,3%)	0,32	0,208-0,50	10⁻⁶
de CPN	Non	123 (81,4%)	28 (18,8%)			

Il y a une relation statistiquement significative entre l'utilisation du service de CPN par les femmes et leur niveau d'éducation $p=10^{-6}$.

Tableau XI : Relation entre le statut vaccinal de l'enfant et l'utilisation du service de consultation prénatale, le niveau d'éducation des femmes

		enfant correctement vacciné		Odd ratio	IC à 95%	P value
		Oui n (%)	Non n (%)			
Utilisation du						
service de CPN	Oui	424 (77,8%)	121(22,2%)	0,598	0,364-0,981	0,04
	Non	129 (85,4%)	22 (15,6%)			
Niveau						
d'éducation	Non scolarisé	351 (79,2%)	92(20,8%)	0,963	0,656-1,413	0,84
	Scolarisé	202 (79,8%)	51(20,2%)			

Il existe une relation statistiquement significative entre le statut vaccinal de l'enfant et l'utilisation de la CPN $p=0,04$ par contre il n'existe pas de relation statistiquement significative entre le niveau d'éducation de la mère et le statut vaccinal de l'enfant $p=0,84$.

4.2.2. Analyse multi variée

Les variables introduites dans le modèle global de régression logistique sont les suivantes: le niveau d'éducation de la mère, le statut marital, la profession, la taille du ménage, le moyen de déplacement, la satisfaction à l'accueil, la qualité du traitement, la distance, les horaires de travail et le temps d'attente.

Le tableau suivant résume les résultats préliminaires de notre opération:

Tableau XII: Déterminants de la sous fréquentation des services du CSCCom de Banamba Ouest en 2014

Variabiles indépendants	Odd Ratio	I C à 95%		P value
Niveau d'éducation	1,149	0,544	2,426	0,717
Statut marital	0,521	0,064	4,250	0,543
Profession	0,839	0,282	2,497	0,752
Satisfaction à l'accueil	0,049	0,019	0,124	0,000
Taille ménage	0,900	0,268	3,023	0,865
Distance village/CSCCom	1,991	0,799	4,963	0,139
Qualité du traitement	0,158	0,065	0,385	0,000
Horaires de travail	0,006	0,002	0,016	0,000
Moyen de déplacement	0,209	0,088	0,495	0,000
Temps d'attente	0,315	0,127	0,779	0,012

Après élimination pas à pas, le modèle retenu est le suivant :

Tableau XIII: Modèle de régression logistique des déterminants de la sous fréquentation du CSCCom de Banamba Ouest en 2014.

variables	Odd Ratio	I C à 95%	P value
Moyen de déplacement	0,232	0,101 0,534	10 ⁻³
Satisfaction à l'accueil	0,054	0,023 0,129	10 ⁻⁶
Qualité du traitement	0,168	0,069 0,405	10 ⁻⁶
Horaires de travail	0,004	0,002 0,012	10 ⁻⁶
Temps d'attente	0,298	0,124 0,715	7.10 ⁻³

Au seuil de 0,05, le moyen de déplacement $p = 10^{-3}$, la satisfaction à l'accueil $p=10^{-6}$, la qualité du traitement $p=10^{-6}$, les horaires de travail $p=10^{-6}$ et le temps d'attente $p=7.10^{-3}$ peuvent influencer la fréquentation du CSCCom de Banamba Ouest.

Au total, l'absence de moyen de déplacement, la mauvaise qualité de l'accueil, le traitement inefficace, les horaires de travail inadaptés, et un temps d'attente long constituent les facteurs associés à la sous fréquentation du CSCCom de Banamba en 2014.

4.3 Analyse du focus group :

Il ressort que l'accueil était acceptable, le local propre et confortable. Le recours au CSCCom pour les accouchements et la vaccination était fait en première intention mais pour le choix de l'itinéraire thérapeutique en cas d'autres pathologies c'était le mari qui prenait la décision et en général c'était le traitement traditionnel en premier lieu. Nous avons aussi constaté que seuls les chefs de ménage participent aux dépenses de santé du ménage. Certaines populations pensent qu'elles ne bénéficient pas des aides de l'état en ce qui concerne la gratuité des intrants comme ceux destinés à la lutte contre le paludisme en ce sens qu'aucune information n'est fournie quand à la disponibilité ou non de ces intrants.

Les raisons de non fréquentation du CSCCom étaient d'une part principalement la mauvaise qualité de l'accueil, le coût élevé des prestations et des médicaments, l'organisation des soins (selon la population il n'y a pas de répartition), l'absence de moyen de déplacement et de route, les ruptures d'intrants comme par exemple les moustiquaires imprégnées d'insecticide, le fer acide folique ou même les vaccins. D'autre part la non fréquentation du centre pouvait s'expliquer par la non participation de la population au processus de création du CSCCom et surtout leur préférence pour d'autres structures.

5. DISCUSSION

La discussion des résultats de notre étude a été développée autour des points suivants :

- l'atteinte des objectifs;
- la qualité et la validité des résultats;
- la comparaison de nos résultats avec ceux d'autres auteurs;

Les limites de notre étude :

- La non évaluation le revenu mensuel des femmes qui peut s'avérer déterminant
- Le temps d'attente n'a pas été estimé en termes de minute ou d'heure

5.1 L'atteinte des objectifs :

Nous avons prévu dans notre étude d'analyser les déterminants de la sous fréquentation des services du CSCoM de Banamba Ouest.

Au terme de l'étude nous avons trouvé que le local répondait aux normes du pays en matière de construction d'un CSCoM avec un personnel en quantité mais insuffisante en qualité et surtout l'absence d'agent à tendance santé publique tel un médecin ou un technicien supérieur de santé (infirmier(e) d'état). Certains matériels étaient disponibles et en bon état et d'autres non. Il n'existait pas de moyen de communication propre au CSCoM. On a aussi noté le dysfonctionnement de l'ASACO et plus de 50% de la population de l'aire vivait au delà de 5km (accessibilité géographique).

Nous avons pu identifier le moyen de déplacement $p=10^{-3}$, la satisfaction à l'accueil $p=10^{-6}$, la qualité du traitement $p=10^{-6}$, les horaires de travail $p=10^{-6}$ et le temps d'attente $p=7.10^{-3}$ comme les déterminants associés à la sous fréquentation du CSCoM de Banamba Ouest.

5.2 La qualité et la validité des résultats :

L'échantillon des mères d'enfants de moins de 5 ans qui constituait notre population d'étude a été obtenue par la méthode probabiliste avec la technique de sondage stratifié en grappe à 2 degrés. Afin de minimiser les éventuels biais d'information, les enquêteurs avaient été choisis selon leur niveau d'instruction et la maîtrise de la langue du milieu (étudiants stagiaires) et formés à l'administration correcte des outils de collecte des données.

Le rappel pour les mères de la fréquentation du CSCoM dans le passé pouvait introduire un biais de mémorisation comme retrouvé dans beaucoup d'études transversales en population. Pour minimiser ce risque de biais dans notre étude nous avons retenu pour la consultation curative la dernière maladie, la dernière grossesse pour les CPN, accouchement assistés, les CPON, 23 mois pour la vaccination et le suivi des enfants sains. L'étude n'a pas enregistré de refus d'être enquêté.

Par ailleurs, la taille requise pour toutes les grappes a été atteinte comme prévue dans le protocole. Nous n'avons pas pu par contre analyser les raisons du choix d'aller se faire soigner ailleurs à cause du nombre élevé de cas de non réponse à ces questions.

5.3 La comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs :

5.3.1 Selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées :

Notre étude a révélé que les femmes de 15-24 ans représentaient 50,1%. Ce résultat est similaire à celui trouvé à **Assaba** en **2005** [5] avec 51% des femmes âgées de 15 à 24 ans. Ce ci pourrait s'expliquer par l'âge précoce du mariage dans la commune de Banamba.

Nos résultats ont montré que près de 64% des femmes étaient non scolarisées. Ce pendant EDMS V 2012-2013 [6] rapporte 75,8% de non instruit. Notre résultat est inférieur à ceux **Sidibé. T et al. en 2004** [7] avec plus de 85% de femmes analphabètes qui fréquentaient le centre et de **Kanta K à Sègué** en 2007 [8] avec 90,9%. Ce ci pourrait s'expliquer par le problème de scolarisation des populations en général et de la jeune fille en particulier qui est vouée aux travaux domestiques afin de la préparer pour sa famille d'accueil.

Nous avons trouvé que 86,8% des ménages avaient une taille entre 3 et 5 personnes avec une moyenne de 4,1. L'EDMS V 2012-2013 [6] rapporte que 44% de ménages avec une taille entre 3 et 5 personnes et une moyenne de 5,7. **Ganga AD et al** en 2010 au Congo [11] rapportent un taux proche avec 80,1% de ménages qui ont au plus 5 personnes. Ce ci pourrait s'expliquer par la moyenne d'âge des femmes enquêtées et par les pratiques d'espacement des naissances.

5.3.2 Selon le recours au centre et la qualité des prestations :

Notre étude a trouvé un taux d'utilisation du CSCoM de 82,8% parmi les femmes enquêtées. Ce résultat est comparable aux taux de **Sambo L G et al.** en Afrique 2012 [13] avec 87% et de **Munyamahoro M. et al** au Rwanda en 2012 [14] avec 89,8%.. Ce pendant, il est inférieur à celui de **N'diaye ND** à Dakar en 2004 [3] avec 98%. Ce ci s'expliquerait par la grande majorité des femmes adhérentes au CSCoM, et la proportion des femmes enquêtées à moins de 5km du centre.

Nos résultats ont montré que 80% des femmes tombées malades avaient eu recours au CSCoM. Ce résultat est inférieur aux taux de **N'diaye ND** à Dakar en 2004 [3] avec 98% et de **Sambo L G et al.** en 2012 [13] avec 87%. Ce pendant **Pacifique MS** en RD-Congo en 2005 [1] et **Munyamahoro M. et al** au Rwanda en 2012 [14] rapportent des taux inférieurs avec respectivement 69% et 71%, ainsi que **Sidibé. T et al. en 2004** [7] à Banamba avec 55,7% contre 33,8% à Dioila d'utilisation des centres.

Nos résultats ont montré un taux de satisfaction à l'accueil de 80% chez les femmes ayant fréquenté le CSCCom. Notre résultat est similaire à celui de Munyamahoro M. et al au Rwanda en 2012 [14] avec 80%. Il est cependant inférieur au taux de Ganga AD et al au Congo en 2010 [11] avec 89,4% et de **Sidibé. T et al. en 2004 [7]** avec 94% de satisfaction à l'accueil pour les femmes à Banamba et 94% à Dioila Cette situation s'expliquerait par l'attention portée aux usagers et le respect des usagers par le personnel.

Notre étude a trouvé que les horaires de travail convenaient aux usagers du CSCCom dans 89,4%. Ce ci serait dû à la disponibilité du personnel et la continuité des soins malgré que le client n'ait pas toujours accès à son choix du personnel.

Nos résultats ont montré 83,2% d'efficacité dans le traitement chez les femmes enquêtées. Il est supérieur au taux observé par **Lanzy. A et al** en RD-Congo en 2013 [15] avec 55,8%.

L'efficacité du traitement pourrait s'expliquer par la qualité du praticien à faire un bon examen, à poser le bon diagnostic, à fournir un traitement adapté et surtout par la compliance du malade au traitement.

5.3.3 Selon les raisons de recours à autres services :

Dans notre étude nous avons trouvé 61% de recours au guérisseur et 30 % d'automédication parmi les femmes qui n'ont pas utilisé le CSCCom pour leur maladie. D'autres auteurs ont eu des taux différents tel que le montre **Lanzy. A et al.** en RD-Congo en 2013 [15] avec 28,8% de recours au guérisseur, **Sidibé. T et al. en 2004 [7]** à Banamba avec 64% d'automédication et à Dioila avec 40,8%. Ce résultat pourrait s'expliquer par la croyance au guérisseur dans certains cas et dans d'autres par le manque d'argent, l'éloignement du centre et la gravité de la maladie comme évoqué par les femmes enquêtées.

Cependant d'autres raisons de non recours au centre ont été rapportées par Alexandre RM et al en 2004 en Haïti [16] avec 26% de cas de mauvais accueil, 8,6% d'inaccessibilité géographique et 21% pour les heures de travail. En Afrique **Sambo L G et al.** en 2012 [13] rapporte dans 34,1% le coût élevé des soins et 11% de problème de transport, Munyamahoro M. et al au Rwanda en 2012 [14] trouve longue la durée d'attente (49,2%), le mauvais accueil par le personnel (26,2%) et le coût des soins (18,0%).

5.3.4 Selon les résultats analytiques bis et multi variés :

Nos résultats ont montré qu'il existait une relation entre être adhérent au CSCCom, et fréquenter le CSCCom ($p=6.10^{-3}$). Ce ci pourrait s'expliquer par le fait que l'adhésion à une structure peut stimuler la préférence d'un malade à se faire soigner dans une structure que l'autre et ainsi l'amener à utiliser un service de santé.

Le statut marital de la femme ($p=5.10^{-3}$) était aussi associée à la fréquentation du centre, ce ci pourrait s'expliquer par le fait que les femmes sont dépendantes en grande partie des maris pour les dépenses de soins surtout celles qui sont sans activité rémunératrice.

De même nous avons trouvé une relation entre le niveau d'éducation de la femme et l'utilisation des services de CPN ($p=10^{-6}$) ce ci pourrait s'expliquer par le fait que les femmes scolarisées peuvent mieux cerner les avantages de la CPN et les problèmes de santé.

Nous avons noté l'existence d'une relation entre l'utilisation des services de CPN et la vaccination des enfants ($p=4.10^{-2}$) ce qui pourrait être du à la sensibilisation et aux informations reçues au cours de la grossesse.

Nous n'avons cependant pas trouvé de relation entre le niveau d'éducation de la femme et le statut vaccinal de l'enfant $p=0,84$.

Nous n'avons pas trouvé d'association entre la taille du ménage et la fréquentation du CSCCom $p=0,7$. Pacifique MS en RD-Congo en 2005 [1] confirme ce résultat $p=0,23$ ainsi que Munyamahoro M. et al au Rwanda en 2012 [14] $p=0,61$.

Nos résultats n'ont pas permis de mettre en évidence une influence de la profession de la mère sur la fréquentation du CSCCom $p=0,73$, cet état de fait est confirmé par Munyamahoro M. et al au Rwanda en 2012 [14] $p=0,08$.

Nos résultats ont montré que le niveau d'éducation de la mère n'avait pas d'influence sur la fréquentation du centre ($p=0,7$). Pacifique MS en RD-Congo en 2005 [1] confirme ce résultat ($p=0,78$). Cependant Munyamahoro M. et al au Rwanda en 2012 [14] trouve l'inverse $p=10^{-6}$.

Nos résultats ont montré dans le modèle de régression que les variables suivantes : le moyen de déplacement ($p=10^{-3}$), la satisfaction à l'accueil ($p=10^{-6}$), la qualité du traitement ($p=10^{-6}$), les horaires de travail ($p=10^{-6}$) et le temps d'attente ($p=7.10^{-3}$) sont les déterminants qui ont une influence sur la fréquentation du CSCCom de Banamba Ouest.

5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

6.1 Conclusion :

L'amélioration de la fréquentation du centre de santé communautaire de Banamba ouest et de l'état de santé des populations passe par une dynamisation des organes de l'ASACO, la mise en place de personnel qualifié et suffisant ainsi que l'équipement approprié du centre. Certes il existe une multitude de déterminants pouvant expliquer la sous fréquentation mais nous avons trouvé un lien statistique entre l'utilisation du CSCoM et le statut marital ou l'adhésion au CSCoM. Le niveau d'éducation de la mère peut être déterminant même si la preuve d'un lien statistique n'a pas été établie avec la fréquentation du centre. Ce pendant les facteurs suivants tels le moyen de déplacement, l'accueil, le temps d'attente, les horaires de travail, et l'efficacité du traitement ont été identifiés comme influençant la fréquentation du CSCoM. Donc une intervention s'avère plus nécessaire sur ces facteurs si on veut améliorer l'utilisation du centre et l'état de santé des populations.

6.2 Recommandations :

Au terme de cette étude nous formulons quelques recommandations:

- ❖ **Aux autorités administratives** : doter le centre d'un moyen de communication propre (RAC ou téléphone)
- ❖ **A la mairie** : dynamiser les organes de l'ASACO
- ❖ **Au personnel** : améliorer d'avantage la qualité des services offerts

i. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Pacifique MS.

Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé dans la zone de santé de Kadutu, province du Sud Kivu - RD Congo,

Licence en science économique et de gestion Kinshasa 2005 pp : 11-12.

2. Barthelemy MS.

Les déterminants de l'itinéraire thérapeutique au sud Bénin,

Université de Cocody Abidjan DEA 2002 : 3p.

3. N'Diaye ND.

Les déterminants socio-économiques dans la fréquentation des structures de soins de santé à Mbao.

Mémoire de Maîtrise, Dakar 2004 pp : 17-36

4. Doumbouya M L

Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée

Université lumière lyon2 Working paper 2008 (2) pp : 6-7

5. Ministère de la sante et des affaires sociales de la République islamique de Mauritanie

FNUAP : Enquête sur l'utilisation des Services de sante de la reproduction en ASSABA

Résultat d'étude menée à Assaba avril 2005 pp : 4, 22-31

6. Enquête Démographique et de Santé Mali V EDSM-V 2002012-2013,

CPS santé-DNSI Macro-international Inc. Mai 2014 : 23, 33, 85, 105,123

7. Sidibé. T, Sangho. H, Doumbia. S, Coulibaly. L, Keita H.D.

Fréquentation des centres de santé communautaire dans la région de Koulikoro, Mali

Mali Médical 2008 Tome XXIII (3) :10p

8. Kanta. K

Utilisation des services de santé et Perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de Sègué (cercle de Kolokani),

Thèse de Médecine : médecine générale Bamako 2007 : 73-121

9. Rapport annuel d'activités du premier échelon dans le district de Banamba

SLIS Banamba année 2012 pp : 6-31

10. Rapport annuel d'activités du premier échelon dans le district de Banamba

SLIS Banamba année 2013 SILS pp : (6-31)

11. Ganga. AD et al.

Enquête de base sur l'utilisation des Centres de sante intégrés au Congo

Rapport d'analyse **CNSEE Brazzaville Septembre 2010 pp : 20-59**

12. Recensement général de la population du Mali DNSI 2010

13. Sambo. L G et al.

Systèmes de santé en Afrique perceptions et perspectives communautaires.

Rapports d'étude menée dans dix pays d'Afrique

Bureau régional OMS Afrique, Rapport d'une étude multi pays Juin 2012 pp : (29-31)

14. Munyamahoro. M. et al.

Déterminants de l'utilisation des services de sante par les ménages du district de Rubavu.

Revue Médicale Rwandaise March 2012, Vol. 69 (26-28)

15. Lanzy. A et al.

Etude des déterminants de l'utilisation des services de sante de la reproduction par les peuples autochtones en république Congo. Rapport d'étude menée au Congo

Brazzaville Février 2013 pp : (38-73)

16. Alexandre. RM et al.

Les stratégies pour une meilleure utilisation des services du centre de santé de la croix des missions Travail de fin de programme de formation en management et gestion des services de santé **Haïti** Août 2004 pp : (14-15)

ii. Annexes : Plan d'action

Facteurs influents	Stratégies	Objectifs opérationnels	Activités	Responsable	Echéancier	Evaluation
Dysfonction ASACO	Assurer le fonctionnement correct de l'ASACO	-rendre fonctionnel les organes de l'ASACO	-tenir des réunions statutaires -réaliser le bilan comptable et financier	Maire/ASACO	-semestriel ou mensuel -en fin de chaque année	-Réunions statutaires tenues avec PV ainsi que le bilan comptable avec document
Insuffisance de matériels et personnel qualifié	- Rendre disponible RAC ou Téléphone -affecter du personnel	-acquérir le RAC ou Téléphone Et personnel	-faire la requête auprès des autorités administratives	Médecin chef	-d'ici fin 1 ^{er} trimestre 2015	-Au moins affectation d'un directeur technique - matériel disponible
Accueil	Améliorer la qualité de l'accueil	-Sensibiliser le personnel sur la question -utiliser le temps d'attente -gérer les rendez vous	- faire des rencontres avec le personnel -réaliser une séance CCC/jour -établir un protocole de rendez vous	Directeur technique Autres agents Directeur technique	Dernier trimestre 2014 Chaque jour Dernier trimestre 2014	-Au moins 80% des rencontres réalisées avec procès verbal - CCC réalisées à 80% au moins et consignées dans le cahier
Durée du temps d'attente	Gestion du temps	-Utiliser ce temps pour réaliser des séances de CCC -Prioriser les cas	-réaliser de séances de CCC/jour - trier les urgences	- autres agents -personnel médical	- à partir de la restitution et tous les jours	CCC réalisées au moins à 80% et consignées dans le cahier
Horaires de travail	Réaménager les horaires	-mobiliser le personnel autour des objectifs du centre	-tenir des réunions sur le sujet -informer sur les résultats des activités du centre	Directeur technique	-chaque semestre à partir d'octobre 2014	Au moins 80% des rencontres sont réalisées avec procès verbal
Efficacité du traitement	Améliorer et maintenir la qualité du traitement	-assurer la disponibilité des algorithmes de prise en charge	- former le personnel sur l'utilisation des algorithmes	Médecin chef et DTC	A partir de janvier 2015	Algorithmes disponibles et sont utilisés

Grille de recueil d'information sur l'aire de santé, le local et l'équipement du CSCOM

Date : /__ / __ / 2014 Cercle : / _____ / Commune : / _____ /

Nom du CSCOM : / _____ /

Accessibilité géographique :

Q1. Population Aire / _____ /

Q2. Nombre total de villages / _____ /

Q3 Population à < 5 km / _____ /

Q4. Population de plus de 5 km / _____ /

Q5. Nombre de villages >= 15km / _____ /

Q6. Existence d'obstacles naturels entre villages et CSCOM :

1. Colline / _____ / 2. Cours d'eau / _____ / 3. Routes impraticables / _____ / 4. Autres à précisez

Niveau d'aménagement du CSCOM

Q7. Type de Bâtiments :

1. Dur / _____ / 2. Semi-dur / _____ / 3. Banco / _____ / 4. Autres / _____ /

Q8. Présence d'eau potable : 1. Oui / _____ / 2. Non / _____ /

Q9. Si oui, lequel ? 1. Robinet / _____ / 2. Puits entretenu / _____ / 3. Pompe / _____ / 4. Autres / _____ /

Q10. Présence de source d'énergie : 1. Oui / _____ / 2. Non / _____ /

Q11. Si oui lequel ? 1. Electricité / _____ / 2. Solaire / _____ / 3. Pétrole / _____ /

4. Autres à préciser.....

Q12. Nombre de latrines : / _____ /

Q13. Les latrines sont-elles propres ? 1=Oui / _____ / 2= non / _____ /

Nombre d'équipement

Q14. Existe t-il du matériel roulant qui fonctionne ? :

1=Voiture / _____ / 2=Moto / _____ / 3=Vélo / _____ /

Q15. Disponibilité du matériel médical fonctionnel ? :

1=Stéthoscope médical / _____ / 2=Tensiomètre / _____ / 3=Pèse personne / _____ /

4= Balance pour enfant / _____ / 5=Poupinel / _____ / 6.Incinérateur / _____ /

7=Stérilisateur à vapeur / _____ / 8=Réfrigérateur / _____ / 9=portes vaccins / _____ / 11=Seringues autobloquantes / _____ / 12= Oscope / _____ /

13=Téléphone / _____ / 14=RAC / _____ / 15= Autres à préciser.....

Q16. La disponibilité des médicaments du panier ? :

Médicaments du panier	Disponibilité 1=Oui ; 2=Non
Acide acétylé salicylique 500 mg cp	
Amoxicilline 500 mg gélule	
CTA Enfant	
CTA Adulte	
Cotrimoxazole 480 mg cp	
Hydroxydes d'Al et de Mg 400 mg cp	
Albendazole 200 mg cp	
Métronidazole 250 mg cp	
Paracétamol 500 mg cp	
Sulfadoxine pyriméthamine	
Sel ferreux + Acide folique 60 mg/400µg	

Q17. quelle est la disponibilité en vaccins?

Vaccins	Disponibilité 1=Oui, 2= Non
Vaccin Pneumo	
Vaccin BCG	
Vaccin Poliomyélite oral	
Vaccin PENTA	
Vaccin Anti Tétanique	
Vaccin contre la Rougeole	
Vaccin anti amaril	

Questionnaire adresse au personnel du CSCom fiche n°/_____/

Date :/...../...../2014 Commune:/...../

Village :..... Nom du CSCOM :/...../

Identification

Q1. Sexe : 1. Masculin /___/ 2. Féminin /___/

Q2. Qualification: /___/

1=médecin /___/ 2=Sage femme /___/ 3=technicien supérieur de santé /___/

4= Infirmière obstétricienne 5= technicien de santé /___/

5 matrone /___/ 6= Aide soignant /___/

Q3. Age : /_____/ (année)

Disponibilité des services :

Q4 Nombre de jours ouvrables/semaine /_____/

Q5. Nombre d'heures ouvrables/jour /___/

Q6. Horaires de travail :/.....à...../

Q7 : quelle est la durée en année de présence au poste ? /___/

Q8. Avez-vous bénéficié de formations continues ?

1=Oui/___/ 2= Non /___/

Q9. Pensez vous que le personnel est suffisant ?

1=Oui/___/ 2= Non /___/

Q10. Selon vous est ce que l'ASACO marche bien ? 1. Oui/___/ 2. Non/___/

Q11. Selon vous quel est l'état des relations entre le CSCOM et le bureau de l'ASACO ?:

1. Bon /___/

2. Passable /___/

3. Mauvais /___/

Questionnaire adresse aux membres de l'asaco fiche n°

Date : /__ / __ / 2014 Cercle : / _____ / Commune :

Nom du CSCOM

Identification

Q1. Sexe : 1.Masculin /__ / 2.Féminin /__ /

Q2. Age : /__ / ans

Q3.Niveau d'instruction : 1-Ne sait ni lire ni écrire /__ / 2-Primaire /__ /

3. Secondaire /__ / 4. Supérieur /__ / 5-Alphabétisé /__ /

Q4.Profession : 1- Agriculteur /__ / 2- Commerçant /__ / 3- Eleveur /__ /

4- Ménagère /__ / 5- Autres à préciser.....

Q5 Poste occupé dans le bureau:

Qualité de l'accueil et des prestations au CSCOM

Q6. Que pensez-vous de la qualité des prestations dans le centre de santé ?

1= mauvaise /_ / 2=moyenne /_ / 3= bonne /_ /

Q7. Que pensez-vous du comportement du personnel dans le centre de santé ?

1= mauvais /_ / 2=acceptable /_ / 3= bon /_ /

Fonctionnement de l'ASACO

Q8 Existe-t-il des PV de réunion du conseil d'administration de l'ASACO pour les 3 dernières années ? 1= /__ / 2=non /_ /

Q9 Existe-t-il des PV de réunion Combien de réunions du comité de gestion pour les 3 dernières années? 1= /__ / 2=non /_ /

Q10.existe-t-il des PV d'assemblée générale pour les 3 dernières années? 1=oui /_ / 2=non /_ /

Q11. Date du dernier renouvellement des organes de l'ASACO ? /__ /

Q12. Nombre de femmes au conseil d'administration ? /__ /

Q13. Postes occupés par les femmes ?

1. Présidente /__ / 2=Trésorière /__ / 3=Autres

Gestion du CSCOM

Q14. Existe t- il des bons de sortie pour les dépenses ? 1. Oui 2. Non

Q15. Existe-t-il des justificatifs pour les dépenses ? 1.=Oui /__ / 2. /__ /

Q16. Le bilan financier et comptable est -il fait à chaque fin d'année ? 1. Oui /_ / 2= Non /_ /

Q17. Le rythme d'inventaire de la pharmacie ?

1. Mensuel /__ / 2= Trimestriel /__ / 2=Semestriel /__ / 4. Annuel /__ /

Q18. Existe-t-il des cartes d'adhésions ? 1. Oui /_ / 2. Non /_ /

Questionnaire pour les mères d'enfant de moins de 5 ans fiche n°/___/

Date : /___/___/2014 Cercle/_____/ Commune:/_____/

Village/Quartier : /...../ Nom du CSCOM/...../

Identification

Q1. Age : /___/ (année)

Q2. Ethnie ; 1= Sarakolé /_/ 2= Bambara /_/, 3=peulh /_/ ,
4=malinké/_/ , 5=maure/_/ , 6= autres/_/

Q3. Statut marital : 1- célibataire /___/ 2- Marié /___/

Q4. Niveau d'instruction :

1-non scolarisé /___/ 2-scolarisé /___/

Q5. Profession :

- 1- sans activité rémunératrice /___/
- 2- avec activité rémunératrice /_/

Q6. Taille ménage /___/

Q7. Adhérent au CSCOM ? 1. Oui /___/ 2.Non /___/

Recours au CSCOM

Q8. Allez- vous toujours au CSCOM ? 1. Oui /___/ 2. Non /___/

Q9.Pour votre dernière maladie êtes vous allés au CSCom ?

1. Oui /___/ 2. Non /___/

Q10 si non où êtes-vous allez?

- 1. Nulle part /___/ 2.Automédication /___/
- 2. 3. Guérisseurs /___/ 4. Autres à préciser

Q11.Combien d'enfants de moins de 5 ans avez-vous? /___/

Q11. Pour la dernière maladie de votre enfant êtes-vous allez au CSCom ?

1= Oui /___/ 2. Non /___/

Q12 Si non où êtes vous allez?

- 1. Nulle part /___/ 2.Automédication /___/
- 3. Guérisseurs /___/ 4. Autres à préciser.....

Q13. Le centre de santé est –il éloigné ? 1. Oui /___/ 2. Non /___/

Q14.quelle est la distance village-CSCom en km ?

1= <=5 km /___/ 2= au-delà de 5km /___/

Q15. Quel est le moyen de déplacement utilisé ?

1. Sans moyen de déplacement /___/ 2. Avec moyen de déplacement /___/

Qualité des soins

Q16. Avez-vous été satisfait de l'accueil ?

1. Non satisfaite /___/ 2. Satisfaite /___/

Q17. Les horaires de travail du CSCOM vous conviennent-ils ?

1. Oui /___/ 2. Non /___/

Q18. Le personnel sanitaire est-il disponible lors des heures de service ?

1. Toujours /___/ 2. Souvent /___/ 3. Rarement /___/

4. Jamais /___/ 5. Ne sait pas /___/

Q19. Le personnel sanitaire est-il disponible en dehors des heures de service ?

1. Toujours /___/ 2. Souvent /___/ 3. Rarement /___/

4. Jamais /___/ 5. Ne sait pas /___/

Q20. Pour votre maladie le traitement reçu a-t-il été ?

1. Non efficace /___/ 2. Efficace /___/

Q21. Avez-vous effectué des consultations prénatales lors de la dernière grossesse ? 1. Oui

/___/ 2. Non /___/

Q22. Avez-vous accouché au CSCOM ? 1. Oui /___/ 2. Non /___/

Q23. L'accouchement a-t-il été assisté par un personnel sanitaire ?

1. Oui /___/ 2. Non /___/

Q24. Avez-vous effectué des consultations post natales ?

1. Oui /___/ 2. Non /___/

Q25. Votre enfant est-il correctement vacciné ? 1. Oui /___/ 2. Non /___/

Q26. Avez-vous effectué les consultations de suivi pour votre enfant ?

1. Oui /___/ 2. Non /___/

GUIDE D'ENTRETIEN POUR FOCUS GROUP ADRESSE AUX FEMMES

Num enquêteur : /_____/

Date : /___/___/2014 Cercle : /_____/ Commune : /_____/

Village : /_____/ Nom du CSCOM: /_____/

Objectif général :

Analyser les déterminants de la sous fréquentation des services de santé au centre de santé communautaire de Banamba Ouest en juillet 2014.

Objectifs spécifiques :

-Identifier les déterminants de la sous fréquentation liés aux infrastructures sanitaires du CSCom Banamba Ouest en juillet 2014 ;

-Identifier les déterminants de la sous fréquentation du CSCom Banamba Ouest liés au fonctionnement en juillet 2014

-Identifier les déterminants de la sous fréquentation liés aux facteurs socioculturels et économiques des utilisateurs du CSCom Banamba Ouest en juillet 2014

Thèmes

Thème 1 Que pensez-vous de votre CSCOM ?

Thème 2 Dans quel cas faites vous recours au centre de santé ?

Thème 3 Quels sont les facteurs qui agissent sur la fréquentation du centre ?

Je vous remercie pour votre participation

LISTE DE PRESENCE AU FOCUS GROUP

Village ou quartier de Diatroubougou

Date de l'entretien / __20__ / __08__ /2014

Interviewers : Samaké Boubacar et Sidi NIARE

N°	Nom et prénom	Fonction ou occupation
1	Dado Simpara	Ménagère
2	Binta Simpara	Ménagère
3	Dado Traoré	Ménagère
4	Kadia Simpara	Ménagère
5	Achaita Fadiga	Ménagère/représentante de la présidente
6	Aiché Kantako	Ménagère
7	Mintou Diakité	Ménagère
8	Minaké Keita	Volontaire croix rouge
9	Mamadou Keita	Chef de ménage
10	Djanguiné Keita	Chef de ménage
11	Bokiré Diarra	Chef de ménage
12	Bouya Simpara	Chef de ménage
13	Baye Sow	Chef de ménage
14	Gaoussou Sanké	Maitre coranique
15	Karamoko Keita	Conseiller chef village
16	Djanguiné Keita	Représentant chef de village
17	Daouda Sanké	Cultivateur
18	Bouyé Zouroukou	ASC

LISTE DE PRESENCE AU FOCUS GROUP

Village ou quartier de Diassani

Date de l'entretien / __19__ / __08__ /2014

Interviewers : Samaké Boubacar et Sidi NIARE

N°	Nom et prénom	Fonction ou occupation
1	Sokone Sangaré	Ménagère : Présidente des femmes
2	Fatoumata Traoré	Ménagère
3	Manka Traoré	Ménagère
4	Mah Traoré	Ménagère
5	Awa Coulibaly	Ménagère
6	Dado Mogossirega	Ménagère
7	Mamou Sangare	Ménagère
8	Siah Traore	Volontaire croix rouge
9	Makoumata Soucko	Ménagère
10	Tata Soumounou	Ménagère
11	Bourassiré Traoré	Chef de village
12	Bah Traoré	Chef de ménage
13	Daouda Traore	Chef de ménage
14	Siriki Sountourou	Enseignant
15	Brahima Traoré	Conseiller chef village
16	Kalifa Kouma	Chef de ménage
17	Moctar Kouma	Cultivateur/ président des jeunes