

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

RÉPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

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

ANNÉE ACADÉMIQUE 2006 - 2007

THESE N° ____/

UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET
PERCEPTION DE LA QUALITÉ DES SOINS PAR
LES POPULATIONS DE L'AIRE DE SANTÉ DE
SEGUÉ (CERCLE DE KOLOKANI)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le...../..... 2007
devant

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

par Mlle Kadidiatou KANTA

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

Membres du jury :

Président: Pr Abdoulaye AG RHALY

Membres: Pr Mamadou DEMBÉLÉ

Directeur de thèse : Pr Abdel Kader TRAORÉ

Co - Directeur : Dr Akory AG IKNANE

Dr Géneviève BARON

DEDICACES

Je dédie affectueusement ce travail qui est le couronnement de tant de sacrifices et d'endurance à :

A **Allah** le tout puissant, le miséricordieux,
Par ta grâce j'ai pu réaliser ce travail, merci pour cette volonté et ce courage que tu m'as donné.

A mon père **Yamoussa Kanta**

Tu n'as ménagé aucun effort, aucun sacrifice pour que tes enfants bénéficient de la meilleure éducation que tu puisses leur offrir, et l'amour que tu nous portes, Puisse le bon Dieu t'accorder santé et longévité.

Trouves dans ce modeste travail cher père l'expression de toute notre affection et de notre profonde gratitude.

A ma mère **Adam Tangara**

Les mots me manquent aujourd'hui pour t'exprimer toute ma gratitude, pour tous les immenses efforts que tu as endurés pour notre éducation, ton amour pour moi ne m'a jamais fait défaut. Puisse Dieu me témoigner encore longtemps tout mon attachement, et te donner santé, longévité et beaucoup de bonheur.

Je te dédie ce travail Maman et te prie d'y trouver l'expression de toute mon affection.

A mes feus **grands parents paternels et maternels**, tout particulièrement à mon grand père maternel **Mamadi Tangara** qui vient de nous quitter brusquement.

Que la terre vous soit légère, dormez en paix.

A mes grandes sœurs **Aminata Kanta, Djenèbou Kanta et Fatoumata Kanta**

Vous m'avez aidé à traverser les moments les plus difficiles de ma vie, je ne saurais vous remercier assez. Soyons et restons unis, puisse la sincérité avec laquelle nous nous sommes aidés demeurer inébranlable.

Que le bon Dieu nous donne longue vie, santé et beaucoup de bonheur.

Ce travail est aussi le votre.

A mes petites sœurs **Mariam Kanta, Aissetou Kanta** et la benjamine **korotoumou Kanta**

Votre amour et votre réconfort m'ont soutenu tout au long de ces années, soyez rassuré de mon amour.

Puisse le bon Dieu nous permettre encore de rendre fier nos parents

A mon doux et tendre mari **Ibrehima Sangaré**

Les mots me manquent aujourd'hui pour te remercier de tout cet amour et de toute cette affection que tu as et toujours eu pour moi malgré les multiples problèmes qu'on a traversé ensemble et malgré la distance qui nous sépare.

Je prie le bon Dieu par qui tout est fait pour que notre amour soit toujours vivant

A tous et à toutes mes **amis (es)**

De peur d'en oublier, je préfère ne pas les citer

Comme le dit un adage, c'est pendant les moments les plus pénibles qu'on connaît ses vrais amis, vous m'avez aidé quotidiennement à oublier mes problèmes. Je vous dit simplement un grand Merci

Que l'amitié qui nous lie soit toujours sincère.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent :

A l'ONG **Sahel 21** tout particulièrement à Mme **Bah Lyne Caron** et le Chargé de projet **Seydou Togola**, Ce travail est le fruit de votre soutien technique et financier. Retrouvez ici l'expression de toute ma profonde gratitude.

A ma **belle famille** sincères remerciements, tous mes respects et considérations.

A **Camara Ismaila**, je ne saurais vous remercier assez, tous mes respects.

A **Soumaré Mohamed**, Merci infiniment pour ton entière disponibilité.

A Dr **Bareye Oueleguem** et à sa femme **Domo Tembely** pour votre soutien moral et matériel.

Retrouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Mme **Diop Koudedia Konaté**, pour toute l'attention portée à mon égard, merci pour tout.

A **Sory Ibrahima Diarra**, merci pour ton amabilité et ta disponibilité.

A Dr **Kassoum Barry** pour sa disponibilité et son accueil, tous mes respects

A la sage femme **Assetou Togola** et la matrone **Oumou**, merci pour tout

A **Yassa Traoré** et à **Moita** pour votre disponibilité, merci pour tout.

A tous les chauffeurs de Sahel 21

Au corps professoral de la FMPOS pour la qualité de l'enseignement

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

A tous ceux qui manifestent des sentiments à mon égard

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury

Professeur Abdoulaye AG RHALY

- Professeur titulaire de Médecine interne, chargé de cours d'endocrinologie à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie
- Ancien secrétaire général de l'OCCGE
- Ancien directeur de l'INRSP
- Secrétaire permanent du comité d'éthique national pour la santé et les sciences de la vie.
- Chevalier de l'ordre national des palmes académiques du conseil africain et Malgache pour l'enseignement Supérieur.

Cher Maître,

Notre joie est immense pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre sagesse, votre capacité d'écoute et votre expérience professionnelle nous honorent et font de vous un Maître de qualité exceptionnelle.

Nous avons bénéficié de la richesse de votre enseignement et de la rigueur de votre pratique.

Veillez accepter Mr le Président nos sincères remerciements.

A notre Maître et juge

Professeur Mamadou Dembélé

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

Cher Maître,

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

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

Soyez rassuré, cher Maître de notre profonde gratitude

A notre Maître et Co-Directeur de thèse

Docteur Geneviève BARON

Médecin Spécialisé en Santé Publique

Vous avez toujours répondu favorablement à nos sollicitations dans le cadre du travail. Votre séjour au Mali nous a permis de découvrir votre esprit scientifique, votre capacité d'écoute, votre disponibilité et votre amabilité.

Comptez sur notre reconnaissance et notre profonde gratitude.

A notre Maître et Co-Directeur de thèse

Docteur Akory AG IKNANE

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

Cher Maître,

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

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

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

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Abdel Kader Traoré

- Maître de conférence agrégé
- Spécialiste en médecine interne
- Spécialiste en Communication scientifique
- Président Directeur du centre national d'appui à la lutte contre les maladies (CNAM)
- Membre de l'international Council of Iodine deficiency Disorder (ICIDD)

Honorable Maître,

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

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

SIGLES ETABREVIATIONS

| | |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| AS : | Aide soignant |
| ASACO : | Association de santé communautaire |
| AG : | Assemblée générale |
| AT | Accoucheuse traditionnelle |
| CA : | Conseil d'administration |
| CAM : | Convention d'assistance mutuelle |
| CG : | Conseil de gestion |
| CROCEP : | Comité Régional d'organisation de conception et d'évaluation des programmes |
| CS : | Centre de Santé |
| CSA : | Centre de Santé d'arrondissement |
| CSAR : | Centre de Santé d'arrondissement revitalisé |
| CSCOM : | Centre de Santé Communautaire |
| CPN : | Consultation prénatale |
| CSREF : | Centre de Santé de Référence |
| DCI : | Dénomination commune internationale |
| DNSI : | Direction Nationale de la statistique et de l'informatique |
| DNSP : | Direction Nationale de la Santé publique |
| EDS | Enquête Démographique et de Santé |
| FELASCOM : | Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire |
| FENASCOM : | Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire |
| IB : | Initiative de Bamako |
| Km : | Kilomètre |
| MS : | Ministère de la Santé |
| MSSPA : | Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées |
| ONG | Organisation non gouvernementale |
| PDDSS : | Plan décennal de développement socio- sanitaire |
| PEV : | Programme Elargi de Vaccination |
| PMA : | Paquet minimum d'activités |
| PNDS | Programme National de Développement Sanitaire |
| PPTE : | Pays pauvres très endettés |
| PRODESS : | Programme de développement socio sanitaire |
| PSPHR : | Projet Santé population et hydraulique rural |
| PVRH : | Programme de valorisation des ressources humaines |
| SP : | Sulfadoxine pyriméthamine |

| Tables des matières | Pages |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Chapitre I : Introduction But , hypothèse questions de recherche et objectifs de l'étude | 1 |
| Chapitre : II Généralités | 8 |
| Revue de la littérature | |
| Déterminants de l'utilisation des services dans les pays en développement | |
| Modèle d'utilisation des services de santé | |
| Déterminants liés à la qualité des soins | |
| Généralités sur le Mali | |
| Historique | |
| Rappel sur les associations de santé communautaire | |
| Quelques définitions | |
| Processus de mise en place du CSCOM | |
| Création et modalité de gestion du centre de santé communautaire | |
| Forme d'organisation de la santé communautaire au Mali | |
| Fonctionnement des CSCOM | |
| Statut et règlement intérieur de l'ASACO | |
| Evolution de l'ASACO | |
| Chapitre III: Méthodologie de l'étude | 44 |
| Cadre et lieu de l'étude | |
| Type et période d'étude | |
| Population d'étude | |
| Echantillonnage | |
| Technique de mesure des variables et de collecte des données | |
| Instrument de collecte des données | |
| Déroulement de la collecte des données | |
| Gestion des données et analyse statistique | |
| Considérations éthiques | |
| Contrôle de la qualité des données | |
| Ressources humaines | |
| Chapitre IV : Résultats | 53 |
| Qualité technique | |
| Qualité perçue | |
| Chapitre V : Commentaires et Discussions | 122 |
| Chapitre VI : Conclusion et recommandations | 136 |
| Références bibliographiques | 144 |
| Fiche signalitique | 152 |
| Serment d'hyppocrate | 153 |
| Annexes | 154 |

Liste des tableaux :

- TABLEAU 1 :** ATTRIBUTS ET DIMENSIONS DE LA QUALITÉ DES SOINS :
- TABLEAU 2 :** DETERMINANTS DE L'ACCÈS FOCALISÉS SUR LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ.
- TABLEAU 3 :** RÉPARTITION DE LA POPULATION PAR RÉGION ET PAR SEXE EN 1998.
- TABLEAU 4 :** ÉVOLUTION DE LA POPULATION MALIENNE EN MILLIER D'HABITANT.
- TABLEAU 5 :** RATIO DE COUVERTURE EN PERSONNEL DE SANTE SELON SA CATEGORIE AU MALI EN 2001. :
- TABLEAU 6 :** TARIFICATION ACTUELLEMENT EN VIGUEUR AU CSCOM DE SEGUÉ.
- TABLEAU 7 :** POPULATION 2005 DE L'AIRE DE SANTÉ DE SEGUÉ ET LA DISTANCE SELON LE SITE DU CSCOM.
- TABLEAU 8 :** ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CONSULTATION DE L'AIRE DE SANTÉ DE SEGUÉ ENTRE 2004 ET 2005.
- TABLEAU 9 :** ÉVOLUTION DES SOINS INFIRMIERS AU NIVEAU DE L'AIRE DE SANTÉ DE SEGUÉ ENTRE 2004 ET 2005.
- TABLEAU 10 :** DISPONIBILITÉ VACCIN SI GESTION DES STOCKS EN 2005.
- TABLEAU 11 :** COMPTE DE RÉSULTAT DU DÉPOT DU CSCOM DE SEGUÉ EN 2005.
- TABLEAU 12 :** COMPTE DE RÉSULTAT DU DÉPOT DU CSCOM DE SEGUÉ EN 2006.
- TABLEAU 13 :** COMPTE DE RÉSULTAT DE LA TARIFICATION EN 2005.
- TABLEAU 14 :** COMPTE DE RÉSULTAT DE LA TARIFICATION EN 2006.
- TABLEAU 15 :** STRUCTURE DE FINANCEMENT DES CHARGES DE FONCTIONNEMENT DU CSCOM.
- TABLEAU 16 :** RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LE NIVEAU D'ÉDUCATION.
- TABLEAU 17 :** RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON L'ACTIVITÉ.
- TABLEAU 18 :** RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON L'ETHNIE.

TABLEAU 19 : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LE LIEU DE RÉSIDENCE.

TABLEAU 20 : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LA POSSESSION DES BIENS.

TABLEAU 21 : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LE MOTIF DE NON FRÉQUENTATION DU CSCOM.

TABLEAU 22 : RÉPARTITION DES USAGERS SELON LA FIDÉLITÉ AU CSCOM.

TABLEAU 23 : RÉPARTITION DES USAGERS SELON LA NECESSITÉ DE SE FAIRE CONSULTER DEPUIS LA DERNIÈRE SAISON DES PLUIES.

TABLEAU 24 : OPINION DES USAGERS SELON LE NOMBRE DE CONSULTATION AU CSCOM LIÉ À LA MALADIE DES ENFANTS DEPUIS LA DERNIÈRE SAISON DES PLUIES.

TABLEAU 25 : OPINION DES USAGERS SELON L'ENDROIT HABITUELLEMENT UTILISÉ POUR FAIRE FACE A UN PROBLÈME DE SANTÉ DEPUIS LA DERNIÈRE SAISON DES PLUIES.

TABLEAU 26 : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LA NECESSITÉ DE SE FAIRE CONSULTER SUITE À UN PROBLÈME.

TABLEAU 27 : OPINION DES USAGERS SELON LA PERTE DE RÉVENU LORSQU'ILS ONT EU RECOURS AU CSCOM.

TABLEAU 28 : OPINION DES USAGERS SELON L'UTILISATION DE PHARMACIE PAR TERRE.

TABLEAU 29 : OPINION DES USAGERS SELON L'UTILISATION DE MEDECIN TRADITIONNEL.

TABLEAU 30 : RÉPARTITION DES GESTANTES EN FONCTION DU NOMBRE DE CPN EFFECTUÉ.

TABLEAU 31 : RÉPARTITION DES FEMMES SUR LE NOMBRE ACCOUCHEMENT EFFECTUÉ AU CSCOM

TABLEAU 32 : OPINION DES USAGERS SELON LE MONTANT DES FRAIS DE MÉDICAMENTS.

TABLEAU 33 : NIVEAU DE CONNAISSANCE DES USAGERS DU PRIX DE LA CONSULTATION.

TABLEAU 34 : OPINION DES USAGERS SELON LES FRAIS DE CONSULTATION.

TABLEAU 35 : OPINION DES ENQUETÉS SELON L'ADHÉSION À LA CARTE DU CSCOM.

TABLEAU 36 : RÉPARTITION DES FEMMES ENCEINTES AYANT LEUR CARNET DE SANTÉ POUR LA GROSSESSE.

TABLEAU 37 : OPINION DES USAGERS SELON LE TEMPS MIS POUR ARRIVER AU CSCOM.

TABLEAU 38 : OPINION DES USAGERS SELON L'ACCÈS AUX TOILETTES.

TABLEAU 39 : OPINION DES ENQUETÉS SUR L'ACCÈS AU CSCOM APRÈS LA FERMETURE.

TABLEAU 40 : OPINION DES ENQUETÉS SELON L'EMPLACEMENT DU CSCOM.

TABLEAU 41 : OPINION DES ENQUETÉS SELON LA CONVENANCE DES HEURES D'OUVERTURE DU CSCOM.

TABLEAU 42 : OPINION DES USAGERS SELON L'AFFICHAGE DES TARIFS AUX PUBLICS.

TABLEAU 43 : OPINION DES USAGERS SELON LE NIVEAU DE SATISFACTION PAR RAPPORT AUX QUESTIONS QU'ILS POSENT LORS DE LA CONSULTATION.

TABLEAU 44 : OPINION DES USAGERS SELON LA COMPRÉHENSION DE LEUR PROPRE PROBLÈME DE SANTÉ.

TABLEAU 45 : OPINION DES FEMMES ACCOUCHEES AYANT BENEFICIEES DES CONSEILS POUR ALLAITER LE BÉBÉ.

TABLEAU 46 : OPINION DES USAGERS SELON LE TEMPS D'ATTENTE DU MÉDECIN AVANT DE SE FAIRE CONSULTER.

TABLEAU 47 : OPINION DES USAGERS SELON L'ACCEPTABILITÉ DU DÉLAI D'ATTENTE.

TABLEAU 48 : OPINION DES USAGERS SUR LE CONFORT DE L'INSTALLATION PENDANT L'ATTENTE.

TABLEAU 49 : OPINION DES USAGERS SELON LE CONFORT DES LOCAUX.

TABLEAU 50 : OPINION DES USAGERS SELON LA PROPRETÉ DES TOILETTES.

TABLEAU 51 : OPINION DES USAGERS SELON L'OBTENTION DES MÉDICAMENTS PRESCRITS

TABLEAU 52 : OPINION DES USAGERS SELON L'HEURE ARRIVÉE AU CSCOM.

TABLEAU 53 : OPINION DES FEMMES SELON LE TEMPS MIS À LA MATERNITÉ AVANT D'ACCOUCHER.

TABLEAU 54 : OPINION DES USAGERS SELON L'ÉCOUTE DU MÉDECIN

TABLEAU 55 : OPINION DES FEMMES SELON LA RAISON D'ACCOUCHER AU CSCOM.

TABLEAU 56 : OPINION DES USAGERS SELON L'ACCUEIL DES PRESTATAIRES DE SOIN.

TABLEAU 57 : OPINION DES FEMMES QUI ONT ACCOUCHÉ SELON L'ACCUEIL RESERVÉ PAR LA SAGE FEMME.

TABLEAU 58 : OPINION DES USAGERS SELON LA CONSIDÉRATION DES PRESTATAIRES DE SOIN.

TABLEAU 59 : OPINION DES USAGERS SELON LA CONFIDENTIALITÉ DE LA CONSULTATION.

TABLEAU 60 : OPINION DES USAGERS SELON L'ATTENTION DE L'AGENT DE SANTÉ VIS À VIS DES PATIENTS.

TABLEAU 61 : OPINION DES USAGERS SELON LE RESPECT DE LEUR INTIMITÉ PHYSIQUE.

TABLEAU 62 : OPINION DES USAGERS SELON L'EXAMEN PHYSIQUE FAIT PAR L'AGENT DE SANTÉ.

TABLEAU 63 : OPINION DES GESTANTES SELON L'EXAMEN PHYSIQUE FAIT PAR L'AGENT DE SANTÉ.

TABLEAU 64 : OPINION DES ACCOUCHÉES SUR LES SOINS REÇUS APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

TABLEAU 65 : OPINION DES ACCOUCHEES SUR LES SOINS REÇUS PAR LE NOUVEAU NÉ APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

TABLEAU 66 : RÉPARTITION DES ACCOUCHEES QUI ONT REÇU DES SOINS DU CORDON.

TABLEAU 67 : RÉPARTITION DES ACCOUCHEES QUI ONT REÇU UNE ORDONNANCE.

TABLEAU 68 : DURÉE DE SÉJOUR DES ACCOUCHEES DU CSCOM APRÈS ACCOUCHEMENT.

TABLEAU 69 : OPINION DES USAGERS QUI ONT ÉTÉ REFERÉ POUR CONSULTATION SPÉCIALISÉE.

TABLEAU 70 : RÉPARTITION DES USAGERS SELON LE RETOUR AU CSCOM POUR CONTRÔLE.

TABLEAU 71 : PERCEPTION DES USAGERS SELON LE NIVEAU DE SATISFACTION QUAND ILS ETAIENT EN OBSERVATION.

TABLEAU 72 : OPINION DES USAGERS SELON LES RAISONS DE LA FRÉQUENTATION DU CSCOM.

TABLEAU 73 : OPINION DES ENQUETÉS SELON LEUR ETAT DE SANTÉ.

Listes des graphiques :

GRAPHIQUE I : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LE SEXE.

GRAPHIQUE II : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON L'ÂGE.

GRAPHIQUE III : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LA SITUATION MATRIMONIALE.

GRAPHIQUE IV : OPINION DES ENQUETÉS SELON LA SITUATION ECONOMIQUE.

GRAPHIQUE V : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LA FRÉQUENTATION DU CSCOM.

GRAPHIQUE VI : RÉPARTITION DES USAGERS SELON LE RECOURS SYSTÉMATIQUE À L'UTILISATION DU CSCOM FACE A UN PROBLÈME GRAVE

GRAPHIQUE VII : RÉPARTITION DES FEMMES QUI N'UTILISENT PAS LE CSCOM SELON LA FRÉQUENTATION DES ACCOUCHEUSES TRADITIONNELLES.

GRAPHIQUE VIII : OPINION DES USAGERS SELON LES FRAIS DE MÉDICAMENTS.

GRAPHIQUE IX : OPINION DES USAGERS SELON LES SOINS OFFERTS.

GRAPHIQUE X : OPINION DES USAGERS SELON LES MOYENS UTILISÉS POUR SE RENDRE AU CSCOM.

GRAPHIQUE XI : RÉPARTITION DES USAGERS SELON LEUR MISE EN OBSERVATION

GRAPHIQUE XII : OPINION DES USAGERS SELON LE NIVEAU DE SATISFACTION QUANT À LA QUALITE DES SOINS.

GRAPHIQUE XIII : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LE NIVEAU D'UTILISATION DU CSCOM PAR LES POPULATIONS SITE.

GRAPHIQUE XIV : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON L'UTILISATION DU CSCOM EN FONCTION DU REVENU.

GRAPHIQUE XV : DISTRIBUTION EN FONCTION DU SEXE ET DE L'UTILISATION DU CSCOM.

CHAPITRE I INTRODUCTION ET OBJECTIFS

1.1. Introduction :

Le lancement de la stratégie des soins de santé primaire en **1978** à Alma-Ata en ex-URSS a permis, depuis lors, de situer le rôle fondamental que les individus et les communautés doivent jouer dans le cadre de la résolution de leurs propres problèmes de santé [16].

La mise en place de l'initiative de Bamako en **1987** lors de la 37^{ème} réunion de l'OMS a permis l'introduction du système de recouvrement des coûts dans les structures sanitaires publiques, la gestion conjointe des ressources générées par le personnel de la santé et la communauté ainsi que la décentralisation du secteur de la santé [17].

Cette redynamisation des soins de santé primaires lancée en **1987** en Afrique et appelée « **Initiative de Bamako** », en permettant d'accroître les ressources financières des structures de soins qui assureraient en contre partie la disponibilité des médicaments essentiels génériques, avait comme objectifs [9] :

- D'améliorer l'accès aux soins de santé primaires, définis dans le cadre d'un paquet minimum d'activités (PMA) devant être réalisé par les services de santé de district ;
- D'améliorer l'efficacité des structures de soins et la qualité des prestations en permettant d'octroyer des incitations financières au personnel et en générant un contrôle venant d' « usagers- clients » plus exigeants ;
- De favoriser la participation communautaire au financement des soins, accompagné d'un droit de regard des usagers et de la

communauté à travers un transfert de gestion des centres de santé à la communauté.

La déclaration de la **politique sectorielle de santé et de population** a été adoptée par le Mali le 15 décembre 1990. La principale stratégie de cette politique sectorielle de santé est la responsabilisation des communautés dans le processus de prise en charge de leur propre état de santé avec leur participation active et volontaire. Elle consacre le désengagement progressif de l'état dans le système d'offre de soins au niveau du premier recours, le laissant entièrement aux communautés organisées en association de santé communautaire. Cette nouvelle option politique en matière de santé a permis de faire évoluer la pyramide sanitaire du Mali en fonction des trois (3) niveaux [17]:

- Le niveau national conceptuel,
- Le niveau régional d'appui stratégique,
- Le niveau périphérique opérationnel ou d'exécution avec la mise en place du système de recouvrements des coûts, disponibilité des médicaments essentiels et « gestion communautaire », la revitalisation des centres de santé d'arrondissement (CSA) et leur transformation en CSCoM qui sont des centres de santé gérés par une association privée sans but lucratif et liée à l'état par une convention d'assistance mutuelle (CAM¹) les amenant à participer à la réalisation de service public.

Ensuite le plan Décennal de développement sanitaire et social (**PDDSS**) **1998-2007** a été élaboré dénommé **PRODESS** (programme de développement sanitaire et social) pour la période **1998- 2002**. Un des

¹ CAM : Convention d'assistance mutuelle

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

L'utilisation des services de santé de premier niveau en Afrique reste très faible malgré les efforts importants qui ont été consacrés depuis plus d'une décennie pour renforcer l'offre des soins [8]. Il en est de même pour le Mali avec seulement 44 % de la population qui a accès aux soins dans un rayon de 5 km en 2002 et 45 % en 2003 [3]. Des travaux de plus en plus nombreux démontrent que la qualité, telle qu'elle est perçue par les patients et leurs familles, est un des déterminants majeurs de l'utilisation des services de santé [20]. Les comportements en cas de maladies sont fortement associés à l'image de qualité que projettent les dispensateurs de soins (Akin, Guilkey, Denton, 1995) [5]. La faible utilisation des formations sanitaires publiques est pour une large part attribuable à une qualité des services déficiente (Sauerborn, Nougara et Diesfeld, 1989) [30]. Plusieurs expériences notamment au Bénin, en Guinée, au Cameroun et en Mauritanie suggèrent que la revitalisation du secteur public et l'amélioration générale de la qualité des services sont en mesure de stimuler l'utilisation de ces services [20].

On peut apprécier la qualité des soins sous deux angles : la qualité technique qui renvoie essentiellement aux compétences et aux pratiques professionnelles et la qualité perçue (satisfaction du patient par rapport à l'accessibilité, à la réactivité, à la globalité, à la continuité, et à l'efficacité des soins).

La qualité technique ou intrinsèque des interventions en matière de santé et en particulier celle relative aux actes des professionnels de santé est rarement abordée en Afrique [20]. Ceci est probablement lié au fait que les acquis des systèmes de soins sont récents, et que l'évaluation de la qualité technique pourrait paraître comme une critique. Or très souvent des lacunes sont constatées dans ce domaine, en particulier dans le domaine de la prescription médicale [20].

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

La qualité se mesure habituellement par rapport à des standards de soins ou de normes. Il existe des standards des soins qui définissent la qualité des soins par rapport à un contexte donné. L'adhésion à ces normes et standards connaît des limites en raison de l'absence d'un système de mesure et d'une stratégie de contrôle de la qualité (par exemple l'accréditation) et difficulté de mobiliser les ressources adéquates à tous les niveaux bien que la disponibilité des ressources ne garantisse pas à elle seule des soins de qualité [16].

Les conceptions de la qualité s'appuient, plus ou moins explicitement sur les prémisses suivantes : des ressources adéquates, utilisées selon les « règles de l'art », conduisant à la production de services appropriés, dont la prescription (par les professionnels) et l'utilisation (par les usagers) pertinentes ont un impact positif sur la santé [20].

La qualité est une propriété plus relative qu'absolue dont l'optimum est fonction du contexte socio-économique, du niveau des ressources, les intrants technologiques et les valeurs culturelles du milieu [20]. D'après Donabedian (Donabedian, 1992), la qualité englobe tous les aspects ci-dessus cités et peut être classée selon six attributs : efficacité, efficience, caractère optimal, acceptabilité, légitimité et équité.

La mesure de la qualité renvoie aux travaux de Donabedian (Donabedian, 1990, Donabedian 1992) qui portent sur trois éléments à savoir : les ressources y compris l'organisation, les processus et les résultats [20].

Dans un contexte de sous-utilisation des services de santé [8], malgré l'extension de la couverture sanitaire dans le pays qui compte actuellement près de **729 CSComs** ²(l'effort de qualité constitue un élément important dans le système d'offre de service.

La présente étude s'inscrit dans ce sens en mettant principalement l'accent sur la qualité perçue.

² (CROCEP 2007)

1.2. But de l'étude :

Améliorer l'offre de service pour la satisfaction des usagers du CSCComde Segué.

1.3. Hypothèse de recherche :

Le niveau de satisfaction de la population par rapport à la qualité des soins reçus explique la fréquentation des services.

1.4. Questions de recherche :

1. La fréquentation des services par la population est -elle due à la qualité des soins perçus par celle-ci ?
2. Le coût de l'ordonnance est-il un frein à l'utilisation des services ?
3. L'automédication traditionnelle est-elle un facteur qui entrave l'utilisation des services par la population ?

1.5. Objectifs :

1.5.1. Objectif principal :

Evaluer le niveau de qualité des soins au niveau de l'aire de santé de Ségué tel que perçus par les usagers.

1.5.2. Objectifs spécifiques :

- Décrire l'utilisation des services de santé par les populations de l'aire de santé de Ségué,
- Décrire le niveau de qualification des prestataires de soins du centre de santé communautaire de Ségué,
- Décrire le plateau technique existant et son adéquation avec le niveau de prestation offert,
- Evaluer la perception de la population par rapport à l'accessibilité des soins perçus au niveau géographique, économique, temporel, organisationnel et socioculturel,
- Evaluer la satisfaction de la population par rapport à la qualité des soins reçus notamment au niveau de leur globalité, de leur continuité et de leur réactivité.

CHAPITRE II

GÉNÉRALITÉS

2.1. Revue de la littérature :

Les politiques de santé des pays africains au sud du Sahara ont connu de nombreuses réformes depuis trois décennies dont entre autres l'apparition d'un secteur privé communautaire à but non lucratif mais également privé à but lucratif (médecine, pharmacie, laboratoire, cabinets dentaires dès les années 1985 au Mali et dans les cinq années qui ont suivi au Burkina Faso, Sénégal et au Niger [9]. En même temps la plupart des politiques nationales de santé accompagnées par les partenaires au développement ont considérablement renforcé l'offre publique de soin de premier niveau [9]. Mais en dépit de cet accroissement substantiel de l'offre des soins, les taux d'utilisation des structures de soins sont restés faibles dans l'ensemble de ces pays et oscille en 2003 entre 0,10 et 0,30 contacts par personne et par an [9].

2.1.1. Déterminants de l'utilisation des services de santé dans les pays en développement :

Les déterminants de l'utilisation des structures de premier niveau peuvent se classer en trois grands groupes, les **déterminants financiers** (recouvrement des coûts, paiement direct des soins, niveau de revenu des ménages, prix et coût des soins, coût du transport, couverture maladie), les **déterminants liés à la qualité des soins** (qualité structurelle, disponibilité en médicament, processus de soins, relation soignant / soigné, qualité perçue, satisfaction des usagers) et les **déterminants socioculturels** [9].

Les **autres déterminants** sont plus spécifiques et dépendants de l'environnement (accès géographique, état de santé des patients), des caractéristiques des individus (âge, genre, instruction) et des cultures et pratiques (perception de la maladie et de sa gravité) [9].

Dans une étude réalisée en 2005 par **Mushagalusa SALONGO** [30] sur les déterminants socio-économiques de l'utilisation des services, il ressort que l'utilisation des services de santé est un évènement dichotomique, soit l'individu utilise soit il n'utilise pas. La demande des soins de l'individu est donc mesurée par la probabilité d'accéder aux services de santé s'il est malade. Ainsi deux individus ayant des caractéristiques socio-économiques différentes auront des probabilités inégales d'accéder aux soins.

Selon leurs observations, une étude sur les caractéristiques de la population libanaise ne bénéficiant d'aucune couverture médicale [24] a révélé que l'accès aux soins de santé existe quand il y a utilisation des services de santé et dans ce contexte il prend la forme d'un « **accès réalisé** ». Dans le cas contraire, quand il n'y a pas utilisation des services de santé ou quand cette utilisation est limitée face à un besoin, cet accès devient un « **accès potentiel** » et plusieurs obstacles sont présumés (**Northam, 1996**) [24]: il existe des obstacles qui sont d'abord d'ordre **géographique** quand il est nécessaire de parcourir de grandes distances pour accéder aux soins, d'autres sont d'ordre **financier** et se retrouvent surtout dans les pays où il n'existe pas de système d'assurance maladie couvrant l'ensemble de la population tels qu'aux **Etats-Unis**. Certains obstacles d'ordre **temporel** se trouvent dans les pays comme la **Grande**

Bretagne où existent de longues listes d'attente pour des opérations courantes [24].

Il existe **d'autres obstacles** à l'accès aux soins de santé qui sont d'ordre **social et culturel** : **social** parce que les catégories favorisées peuvent plus facilement accéder à des équipements de haut niveau en raison de leur réseau de relation ou de leur information et **culturel**, car des croyances ou des modes de représentation liés à l'appartenance culturelle peuvent créer des barrières pour l'accès aux soins [24]. Ceci est particulièrement vrai pour les pays en voie de développement, mais aussi pour des pays où existent des minorités ethniques (**Lucas Gabrielli, Nabet et Tomeler 2001**) [24].

D'après **Kroeger (1983)** qui a compilé plusieurs études réalisées dans les pays en voie de développement selon une étude réalisée en 2000 par **SISSOKO H.** sur les aspects liés à l'utilisation des accoucheuses traditionnelles [32], il ressort les principaux déterminants de l'utilisation des services de santé dans ces pays et les regroupe de la façon suivante :

- **Caractéristiques des individus ou les facteurs prédisposant** : socio-démographiques (l'âge, le sexe, l'éducation, la taille de la famille, le statut matrimonial, la religion, l'ethnie) ;
- **Caractéristiques liées à la maladie, aux perceptions** qu'ont les patients de la maladie : le caractère chronique ou aigu, sévère ou bénin de la maladie, les contextes étiologiques

attribués à celle-ci et les bénéfices attendus de l'utilisation d'une ressource de santé ou d'une autre ;

- **Caractéristiques des services offerts et les perceptions** qu'ont les patients ou les facteurs facilitant : l'accessibilité géographique, l'acceptabilité des dispensateurs de soins, l'attrait généré par la qualité des soins, les coûts.

2.1.2. Modèle d'utilisation des services de santé :

Le modèle de comportement de l'utilisation des services de santé (Andersen 2001) [32], constitue le cadre de référence de cette étude. Le modèle suggérait que l'utilisation des services de santé est fonction de la prédisposition des personnes à utiliser ces services, des éléments qui facilitent ou entravent cette utilisation et des besoins des personnes à recourir aux soins. L'unité de mesure était la famille.

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

- **l'émergence du besoin de santé,**
- **l'expression du besoin de service et le choix d'un prestataire et**
- **la concrétisation de ce besoin** qui se traduira par des comportements d'utilisation et de non utilisation. [32].

Cependant, l'élément principal du modèle, reste le comportement des individus en particulier au niveau de leur utilisation des services de santé et des résultats qui en découlent en terme d'état de santé et de satisfaction des services [24]. Le modèle comporte donc quatre variables :

les caractéristiques contextuelles, les caractéristiques individuelles, le comportement de santé et les résultats de santé [24].

Les caractéristiques contextuelles sont réparties en **éléments prédisposant** (caractéristiques démographiques, caractéristiques sociales et les croyances) à l'utilisation des services de santé, en **éléments favorisants** l'utilisation des services de santé (politique de santé, financement et organisation des services de santé), et en **besoins ressentis** (mesures de santé liées à l'environnement, et indicateurs de santé tels que le taux de mortalité de morbidité et de handicap) ou évalués justifiant l'utilisation des services de santé.

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

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

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

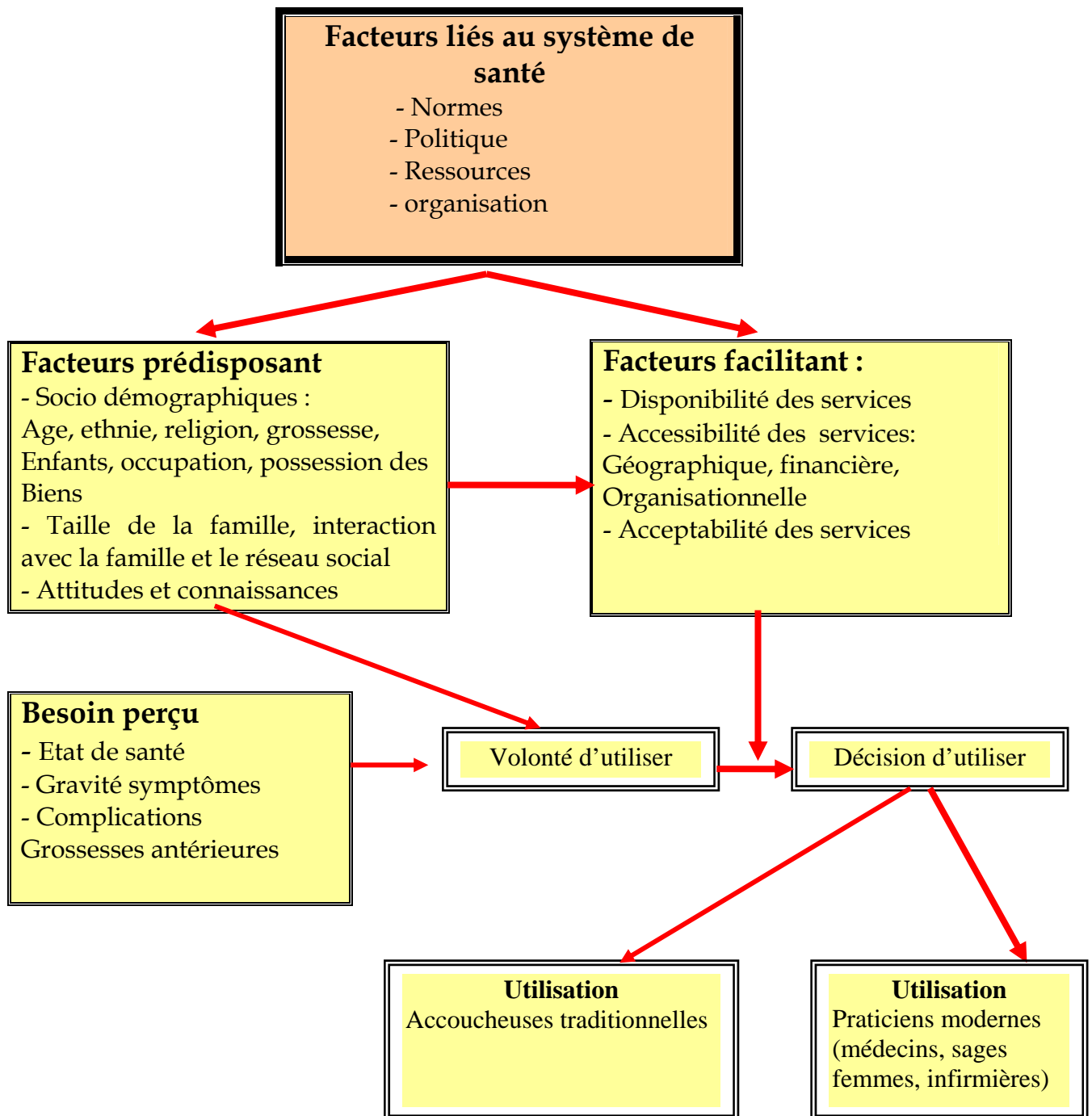


SCHÉMA I: CADRE CONCEPTUEL DU SYSTÈME DE SOIN D'APRÈS LE MODÈLE DE POOLE ET CARLTON (1986).

2.1.3. Déterminants liés à la qualité des soins :

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

2.1.3.1. Selon l'école Américaine :

La qualité des soins recouvre cinq composantes :

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

2.1.3.2. Selon l'OMS :

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

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

praticiens (notamment en ce qui a trait aux aspects interpersonnels), en exprimant leur niveau de satisfaction, les usagers font une évaluation de la qualité des services.

En outre, la qualité ne peut être considéré en dehors de son contexte, c'est une propriété plus relative qu'absolue, et son optimum est contraint par le contexte socio - économique, le niveau de ressources, les intrants technologiques et bien entendu les valeurs culturelles du milieu. [20] Pour Donabedian (Donabedian, 1992), la qualité englobe tous ces aspects. Il en classe les attributs en six (6) grandes catégories : l'efficacité, **l'efficience**, le **caractère optimal**, **l'acceptabilité**, **la légitimité**, et **l'équité**.

La 1^{ère} catégorie (**efficacité**) renvoie au résultat en terme de santé. L'efficience et le caractère optimal sont proches et nuancent la notion de résultat pour intégrer des contraintes, entre autres financières. La quatrième catégorie (**l'acceptabilité**) permet de prendre en compte l'environnement technique et social et aussi les caractéristiques de la personne concernée par l'intervention ou l'acte. Finalement, les notions de légitimité et d'équité se rapportent à des préférences et des valeurs sociales [20].

2.1.3.3. Attributs et dimension de la qualité : [20]

TABLEAU 1 : ATTRIBUTS ET DIMENSIONS DE LA QUALITÉ DES SOINS :

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

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

Cette recherche illustre le fait que la qualité perçue par les usagers recouvre un spectre très large de représentations. Bien entendu les ressources (médicaments, médecins, locaux) y occupent une place importante mais d'autres attributs comme la compétence du personnel ou les relations entre les patients et les professionnels sont également présents [20] . A ce sujet, il est frappant de noter la diversité des qualités attendues des professionnels de la santé et la précision avec laquelle elles sont énoncées (accueil, considération, compassion, etc.).

TABLEAU 2 : DETERMINANTS DE L'ACCÈS FOCALISÉS SUR LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ (D'APRÈS PENCHANSKY / THOMAS, 1981) :

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

2.2. Généralités sur le Mali : [27,35].

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

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

2.2.1. Situation administrative et socio-démographique

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

Trois principales zones climatiques :

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

Selon le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH)³, d'avril 1998, le Mali avait une population résidente de 9 810 912 habitants dont 50,5% de Femmes contre 49,5 % d'hommes. Avec un taux d'accroissement annuel de 2,2 %, la population résidente estimée en 2006 à 11 616 052 d'habitants ³ atteindra **12 689 595** en 2007 et 19 153 000 habitants en 2025 (4). La population malienne est à 73,2% rurale, malgré une forte mobilité liée à l'exode rural. Elle se caractérise par sa jeunesse. En effet, 55,2% de la population a moins de 19 ans et 17 % moins de 5 ans dont 14 % âgé de 12 à 59 mois. Les femmes en âge de procréer représentent 22,6 % de la population générale.

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

TABLEAU 3 : RÉPARTITION DE LA POPULATION PAR RÉGION ET PAR SEXE EN 1998 :

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

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

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

⁴ RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

Le taux de natalité est estimé à 46,1 pour mille ; celui de la mortalité générale est de 15,2 pour mille et l'espérance de vie à la naissance est de 61,6 ans [35]

Les mariages précoces sont fréquents avec un âge médian à 16 ans pour les filles et 25 ans pour les garçons. Près de 50% de la population sont âgés de moins de 15 ans et plus de 45% sont de 15 à 49ans. Le taux brut de scolarisation dans l'enseignement de base reste encore avec 40,9% (année 1997-1998). Il est particulièrement plus bas chez les filles que chez les garçons avec respectivement 33,3% et 47,1%. Les scolaires entre 5 à 19 ans constituent 37% de la population. Le taux d'alphabétisation des adultes au niveau national reste faible. Il était de 26% en 1997 avec des fortes disparités d'une part entre les hommes et femmes et d'autre part entre zones urbaines et zones rurales. Le Mali est un pays pauvre. Seulement 49% de la population et 50% de la population urbaine ont accès à l'eau potable. L'économie repose essentiellement sur l'agriculture l'élevage et la pêche.

TABLEAU 4 : ÉVOLUTION DE LA POPULATION MALIENNE EN MILLIER D'HABITANTS

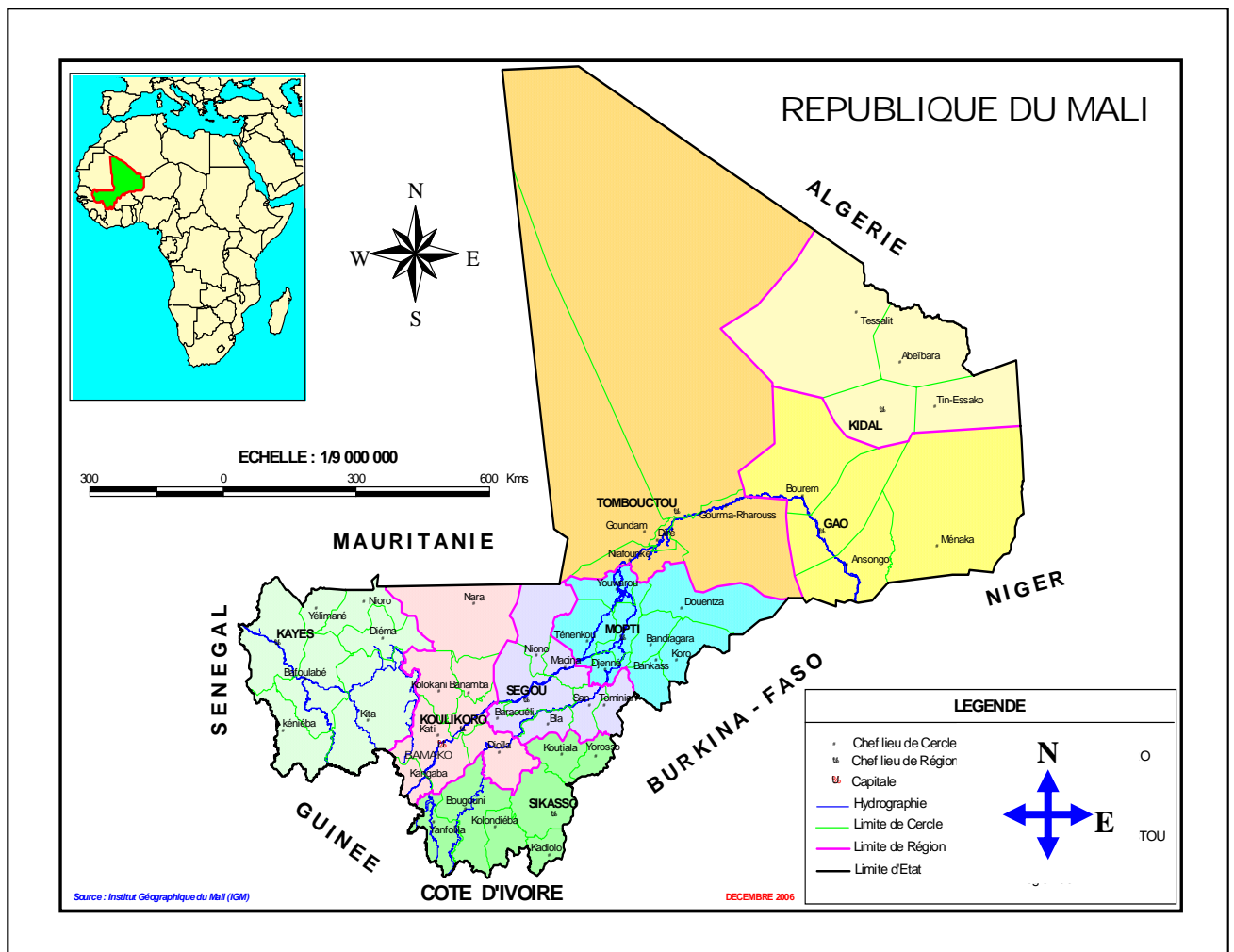
| | 1995 | 2005 | 2015 | 2022 | 2025 |
|---------------------------|-------|--------|--------|--------|--------|
| Population totale | 9 012 | 11 366 | 14 896 | 17 500 | 19 153 |
| Population rurale | 6 611 | 7 581 | 8 834 | 9 418 | 9 785 |
| Population urbaine | 2 351 | 4 162 | 6 779 | 8 062 | 9 368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

Source : Prospectives Mali 2025.

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

Depuis 1992 le régime constitutionnel malien a opté pour la décentralisation, c'est à dire la décentralisation et la responsabilité des communautés dans la gestion des affaires publiques. Les responsabilités de chaque niveau administratif sont clairement définies et, le plan de développement économique et social ainsi que les plans sectoriels sont élaborés dans le respect des attributions respectives des régions, districts, cercles et communes.

SCHEMA II : CARTE ADMINISTRATIVE DU MALI – RÉGIONS ET CERCLES



Source : Institut Géographique du Mali (IGM00 2006).

2.2.2. Situation sanitaire

2.2.2.1. Historique :

Dès le début des années 1970, les problèmes financiers de l'Etat malien ont fait qu'il ne pouvait plus assurer correctement le fonctionnement des formations sanitaires publiques. Parallèlement, les besoins de santé des populations ne cessaient de croître d'année en année. [3]. Dès lors, le principe de la gratuité des soins était remis en cause. Le début des années 1980 a vu les moyens consacrés par l'Etat à la santé s'amenuiser et leur mauvaise gestion a conduit à une baisse progressive de la qualité des prestations dans les structures sanitaires publiques [3]. Par exemple, de 1970 à 1988, la part du budget de l'Etat consacré à la santé passait de 9% à 4% du budget total; de 1983 à 1987, les investissements dans le secteur santé passaient de 52% à 9% du budget alloué à la santé (*MSPAS, 1989*).

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

En effet, plus qu'une simple exigence d'autonomie ou de participation communautaire, il s'est agit en réalité de répondre à une nécessité économique, vue l'incapacité des structures publiques d'assurer aux populations un niveau de soins décent, à cause de ressources insuffisantes et de mauvaise gestion[3].

Le 15 décembre 1990, fut adoptée une déclaration de politique nationale de population avec pour objectif fondamental l'amélioration des conditions de vie de population à travers l'éducation, la santé, le logement, l'alimentation, la nutrition[28].

L'adoption du PRODESS et au regard de la composante « intégration de la lutte contre la maladie et des actions en matière de santé de la reproduction et de nutrition », une nouvelle réforme de la Direction Nationale de la Santé Publique est intervenue avec la création de la Division Santé de la Reproduction en 2000 en lieu et place de la DSFC⁵.

La période 1998-2000 consacrée à la création des conditions de mise en oeuvre du PRODESS, a été marquée par un ralentissement de l'ensemble des activités de santé aux niveaux opérationnels et régionaux. Chaque région et cercle ont cependant mis à profit cette période pour mener des analyses et élaborer des plans quinquennaux de développement sanitaire. D'autre part, la politique d'extension de couverture sanitaire à travers le PMA s'est élargie à l'organisation du système de référence évacuation.

2.2.2.2. Organisation de la gestion des soins

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

⁵ DSFC : Division Santé Familiale et Communautaire

Avec l'appui technique et financier de la communauté internationale, le Mali a entrepris une série de mesures visant à résoudre les problèmes socio-économiques et démographiques dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. C'est ainsi que des politiques, plans et programmes ont été élaborés dans les différents secteurs socio-économiques. Cet engagement des autorités maliennes s'est traduit par la révision et l'évolution progressive de sa politique de sa santé au gré des mutations successives de la population malienne. De 1966 à 1976, le premier plan décennal de développement des services de santé avait pour objectif de doter le pays d'un noyau de structures de soins au lendemain de l'indépendance en remplacement du système hérité de la colonisation basé sur la gratuité des soins et la lutte contre les grandes endémies. Ensuite, intervient le second plan décennal de développement sanitaire (1981- 1990), adopté après le lancement des soins de santé primaires, et visait les mêmes objectifs à savoir l'offre de soins de santé au niveau le plus périphérique avec un système de recouvrement des coûts, la formation des agents de santé de base, avec en plus, la revitalisation des soins de santé d'arrondissement et la création des formations sanitaires sur la base populationnelle. Une expérimentation de ce plan est la mise en oeuvre de l'expérience menée avec le financement de la Banque Mondiale dans les cercles de Kita, Kéniéba et Bafoulabé dans la région de Kayes d'où le nom de KBK.

Tirant les leçons de ces différentes expériences, la 37^{ème} réunion de l'Organisation mondiale de la santé, tenue à Bamako en septembre 1997 adopte une nouvelle stratégie de revitalisation des soins de santé primaires, appelée « Initiative de Bamako »

C'est ainsi qu'en décembre 1990 [28], a été élaboré la déclaration de politique sectorielle de santé et population dont le but est « d'améliorer le niveau de santé de la population et plus particulièrement celui des femmes et des enfants.

De 1992 à 1997, le Projet Santé et Hydraulique Rurale (PSPHR) a été mis en place et a constitué le principal instrument de mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population à travers l'appui à la construction des centres de santé communautaires à travers le pays et à la revitalisation des centres de santé d'arrondissement (CSA) qui sont désormais soumis à la gestion communautaire.

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

- la réduction de la mortalité, notamment maternelle et infanto-juvenile ;
- la réduction de la morbidité ;

- l'amélioration de l'accès et l'utilisation des services en centre fixe et au niveau communautaire ;
- L'information / éducation / communication et participation communautaire
- la lutte contre l'exclusion sociale ;
- la participation communautaire

2.2.2.3. Indicateurs de santé

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

- Taux de couverture sanitaire : 30 à 40% dans un rayon de 5 et 15 km [35],
- Taux de mortalité infantile : 113 pour mille [27],
- Taux de mortalité infanto-juvenile : 229 pour mille [27],
- Taux de mortalité maternelle : 582/100000 naissances vivantes [27],
- Taux brut de mortalité : 45,1 pour mille [35],
- Taux de couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois [26] :
 - BCG : 73% ;
 - DTCP1 : 76% ;
 - DTCP3 : 52%
 - Rougeole : 53%.
- Nombre de cas de VIH/SIDA à la date du 31 Mars 2001 : 6639 [26],
- Nombre de cas de vers de Guinée [26] :
 - 1999 : 410 cas

- 2000 : 290 cas
- 2001 : 46 cas
- 30% des enfants de moins de 3 ans souffrent de malnutrition chronique
- 25% des enfants de moins de 3 ans souffrent d'épisodes de diarrhées

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

L'organisation du système de santé comprend trois niveaux :

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

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

En matière de soins curatifs, le Mali disposait en 2001 de (35) :

- 3 hôpitaux nationaux de 3ème référence ;
- 1 centre national d'odontostomatologie ;
- 1 institut d'ophtalmologie tropical
- 6 hôpitaux de 2ème référence ;

- 57 centres de santé de 1ère référence
- 759 CSCom réalisés (CROCEP, 2007)
- 434 structures privées y compris pharmacies et laboratoires

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

TABLEAU 5 : RATIO DE COUVERTURE EN PERSONNEL DE SANTÉ SELON LA QUALIFICATION AU MALI EN 2001 :

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

Source : Rapport Direction Nationale de la Santé (2001)

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

2.3. Historique de la santé communautaire :

Avant 1960 les soins de santé étaient gratuits et le secteur privé interdit. En réalité la médecine curative était surtout accessible aux militaires, aux fonctionnaires ainsi qu'à leurs familles, aux étudiants et aux élèves. La prévention était surtout faite par des équipes mobiles (Service d'hygiène mobiles et de prophylaxie) qui étaient certes bien équipées et motivées. La région de Sikasso avant 1978 avait initié le système de santé de base ou de première ligne faisant participer la population à la prise en charge de leurs besoins de santé et formant des auxiliaires médicaux comprenant des hygiénistes secouristes de villages, des matrones rurales et des accoucheuses traditionnelles perfectionnées.

En effet, la politique de santé s'est officiellement articulée autour des soins de santé primaires, puis de l'Initiative de Bamako ». La stratégie des soins de santé primaires, définies en 1978 lors de la conférence d'Alma Ata, a été adoptée par le Mali en 1981 mais les projets des soins de santé primaires n'ayant pas donné les résultats escomptés, ils ont été relayés par ceux de l'Initiative de Bamako en 1987. Cette stratégie, proposée par le comité régional de l'OMS, visait la redynamisation des soins de santé primaires en les réorganisant sur des bases économiques tenant compte du pouvoir d'achat de la population et de leur pleine participation dans la gestion des soins.

D'autres expériences de recouvrement des coûts dans le domaine de la santé ont été tentées et testées à travers les magasins santé dans les années 1984 au niveau des régions du Nord, l'expérience de KBK (Kita, Kéniéba, Bafoulabé) avec la mise en place au niveau des centres de santé de cercle d'un système de gestion à travers le recouvrement des coûts.

Mais la première initiative de gestion et de participation des communautés dans la définition et la gestion de leur système de santé remonte à la naissance de la première association de santé communautaire au Mali qui a vu le jour dans le quartier de Banconi le 1er juillet 1988 sous le nom d'association de santé communautaire de Banconi (ASACOBA) : une année après l'adoption de la stratégie dite Initiative de Bamako. En réalité le processus de l'approche communautaire devant consacrer la naissance de l'ASACOBA est antérieur à l'initiative de Bamako puisqu'il remonte à 1986 à travers la publication par les sciences sociales de l'INRSP sous la direction du Pr Claude PAIRAULT et du Dr Tieman DIARRA » (14). Cette recherche sociale dans le quartier de Banconi avait conclu au besoin ressenti par les populations du quartier de Banconi de disposer de leur propre structure de soins, puisque l'Etat n'en a pas mis à leur portée. Elle a créé le premier centre de santé communautaire à Banconi en mars 1989; et les résultats jugés satisfaisants après une année d'activité ont favorisé le développement de ce nouveau type de formation sanitaire ayant conduit ainsi à sa généralisation à travers tout le pays, puis dans les autres pays africains.

2.4. Rappel sur les associations de santé communautaire

2.4.1. Quelques définitions :

2.4.1.1. La Santé communautaire :

Selon ROCHON (Canada), elle 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 (1). Le système de santé communautaire comprend deux entités distinctes, mais inter liées :

2.4.1.1.1. L'ASACO : l'Association de santé communautaire ou ASACO peut être définie comme une organisation de la société civile dans laquelle la population d'une aire de santé donnée s'organise pour prendre en main la gestion de ses propres problèmes de santé (1). Cette structuration est prévue par l'ordonnance N° 59-41/PCG sur les associations au Mali qui vient d'être abrogée et remplacée par la loi N° 04-038/AN-RM sur les associations en république du Mali.

2.4.1.1.2 Le CSCom : Le centre de santé communautaire ou CSCom est une formation sanitaire de premier niveau, crée 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. Cette définition nous amène à la notion d'aire de santé (1).

2.4.1.2. L'aire de santé :

L'aire de santé est la zone couverte par un CScCom ou CSAR. Le découpage d'un cercle en aire de santé est ce qu'on appelle la carte sanitaire du cercle. (1)

L'aire de santé est déterminée sur la base d'une population comprise entre 5000 et 10000 habitants vivant dans un rayon de 15 km autour d'un CScCom/CSAR et ayant en commun des affinités d'ordre socio anthropologiques. Ces critères ont pour but de permettre aux CScCom/CSAR (1) :

- Une fréquentation suffisante pour le rendre viable financièrement,
- Une accessibilité géographique dans un environnement où les moyens de transport sont généralement déficients. (1).

2.4.1.3. Le Paquet minimum d'activité (PMA):

Le PMA correspond à l'offre d'activités intégrées de soins de santé : il comporte des activités préventives, curatives, et promotionnelles. Il s'agit entre autres de traitement des maladies courantes, consultations prénatales et postnatales avec accouchement et vaccination (17). Il s'agit d'un minimum d'offre de soins (plancher) que devrait normalement offrir un centre de santé communautaire et ne constitue nullement un plafond, mais bien au contraire.

2.4.1. Structure et organe de gestion de la santé communautaire :

L'**Assemblée générale** (AG) est l'instance suprême de prise de décision de l'ASACO. Elle est normalement composée de l'ensemble des adhérents de l'ASACO qui sont constitués par les représentants de l'ensemble des villages constituant l'aire de santé. L'assemblée générale met en place les organes de gestion de l'ASACO qui auront la charge de la gestion du centre de santé communautaire. Il s'agit du **conseil d'administration** (CA) qui compte habituellement entre 15 à 20 membres et le **comité de gestion** (CG) plus restreint limité le plus souvent à 5 à 7 membres. L'autorisation de création de l'ASACO émane de l'administration territoriale dont les pouvoirs sont actuellement transférés aux collectivités décentralisées à travers les maires d'après le décret N°02-314/P-RM du 4 juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales. Le comité de gestion est l'organe d'exécution du conseil d'administration. Il comprend habituellement : un président, un secrétaire administratif, un trésorier, un commissaire au compte. Il gère le centre de santé au quotidien en collaboration avec le chef du centre. Il rend compte directement au conseil d'administration. Le processus de mise en place de l'ASACO est synthétisé ci-dessous :

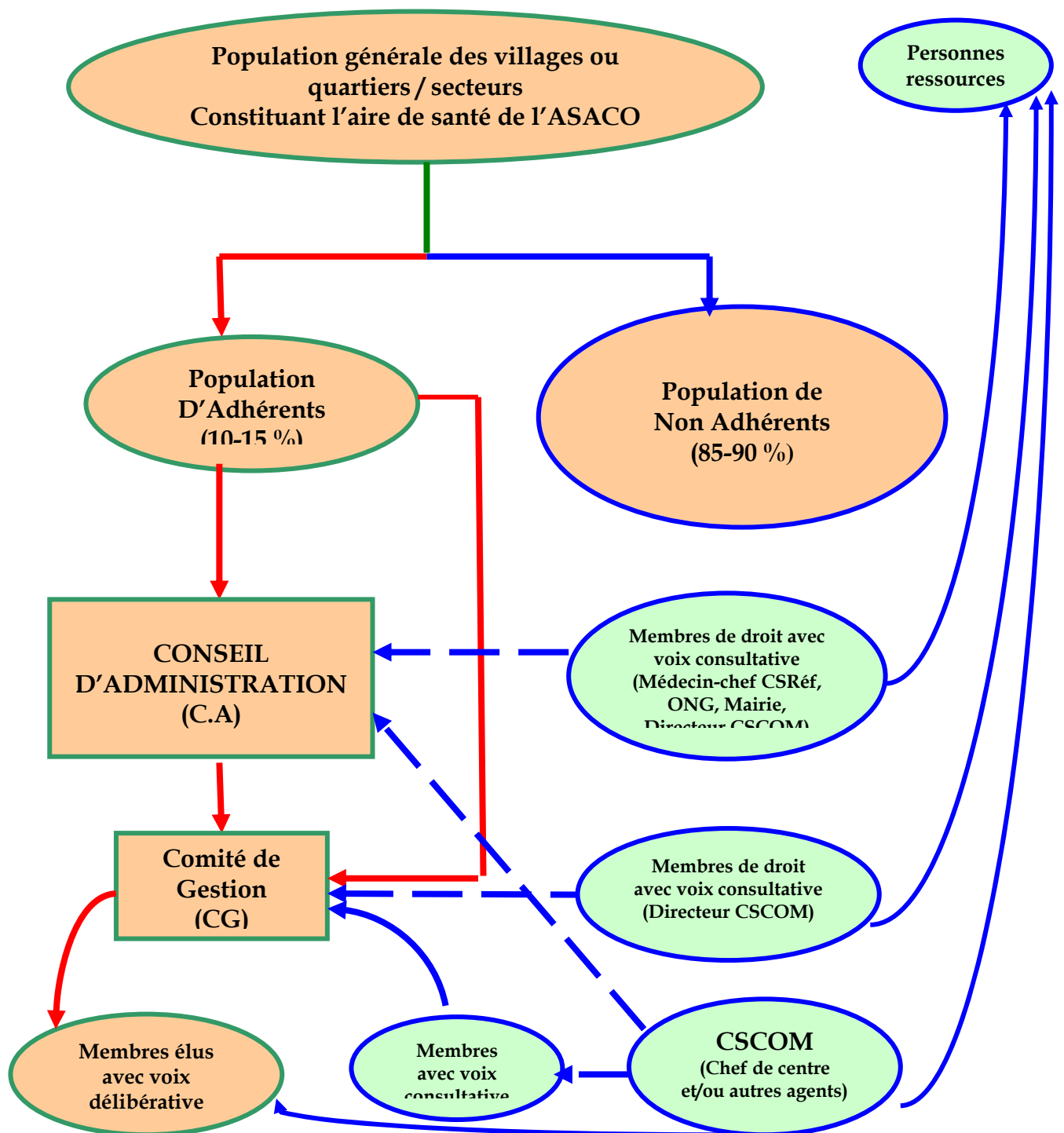


SCHÉMA III : MODALITÉS DE MISE EN PLACE DES STRUCTURES DE GESTION DE L'ASACO (D'après AG IKNANE A., CAMARA I, Module de formation des ASACO/CSCOMs, Plan-Mali, Dec 2003)

2.4.2. Processus de mise en place du centre de santé communautaire

Après le processus de création de l'association de santé communautaire pour les populations de l'aire de santé, le bureau mis en place à travers son conseil d'administration s'attèle aux modalités de création du centre de santé communautaire. Lorsqu'il n'y a pas de structure de soins déjà en place (cas du centre de santé d'arrondissement à revitaliser), les membres des organes de gestion entreprennent les démarches nécessaires à la création de leur CSCoM.

L'élaboration d'une étude de faisabilité prenant en compte les prévisions de ressources mobilisées et mobilisables et les charges constitue le préalable à la création du CSCoM. Une approche communautaire qui dégage la participation communautaire dans la création du CSCoM est réalisée. La détermination et la mobilisation de la quote part communautaire dans la réalisation du génie civil est une étape importante dans la construction du CSCoM.

Une négociation est entreprise entre l'ASACO à travers ces organes de gestion et l'Etat à travers le maire de la commune dont relève l'aire de santé. Cette négociation définit les engagements réciproques des deux parties prenantes à travers la signature d'une convention d'assistance mutuelle (CAM). Cet acte de reconnaissance du CSCoM se traduira par la délivrance par les autorités sanitaires d'un agrément qui permettra à l'ASACO de mettre en place un CSCoM dont le fonctionnement

garantira à la population couverte l'offre d'un paquet minimum d'activités (PMA).

Le cadre de cette convention assistance mutuelle est défini par l'arrêté interministériel n 94-5092/MSSPA- MATS- MF du 21 Avril 1994 modifié par l'arrêté interministériel n 95-1262/MSSPA- MATS- MF du 13 juin 1995 fixant les conditions de création des CSCom et les modalités de gestion des services socio sanitaires de cercle, de commune, des CSCom.

Cette disposition législative dispose que le président d'une ASACO peut signer une CAM avec le médecin-chef du centre de santé de référence en lieu et place du gouverneur. Depuis 2002, le décret N°02-314/P-RM du 4 juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales des niveaux commune et cercle en matière de santé délègue la signature de la CAM au maire en lieu et place du Médecin-chef et stipule en ses articles 3 et 10 ce qui suit :

Article3 « le CSCom est une formation sanitaire de premier niveau, créée 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'Etat 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 propres problèmes de santé.

Les engagements de cette convention d'assistance mutuelle sont les suivants : (1)

- Pour l'ASACO:

- Assurer à la place de l'Etat, 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 et de commune.

- 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 ;
- Equiper ou compléter 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) ;
- Exercer une supervision technique périodique du CSCom.

2.4.3. Création et modalités de gestion d'un centre de santé communautaire :

Les conditions de création et de gestion des CSCom sont fixées par l'arrêté interministériel N° 94 - 5092 / MSSPA - MATS - MF du 21 avril modifié, en des endroits par l'arrêté interministériel N° 95 - 1262 / MSSPA - MATS - MFC du 13 juin.

Le premier texte, qui demeure le texte de base, comporte 5 chapitres dont deux concernent directement les CSCom : les chapitres 1 et 3. (1) Ces chapitres posent les principes de création, de fonctionnement et de financement d'un centre de santé communautaire (CSCom) défini comme une formation sanitaire de premier niveau créée sur la base de l'engagement d'une population organisée en association de santé communautaire pour répondre de façon efficace et efficiente à ses problèmes de santé (**article 3**).

AIRE DE SANTE

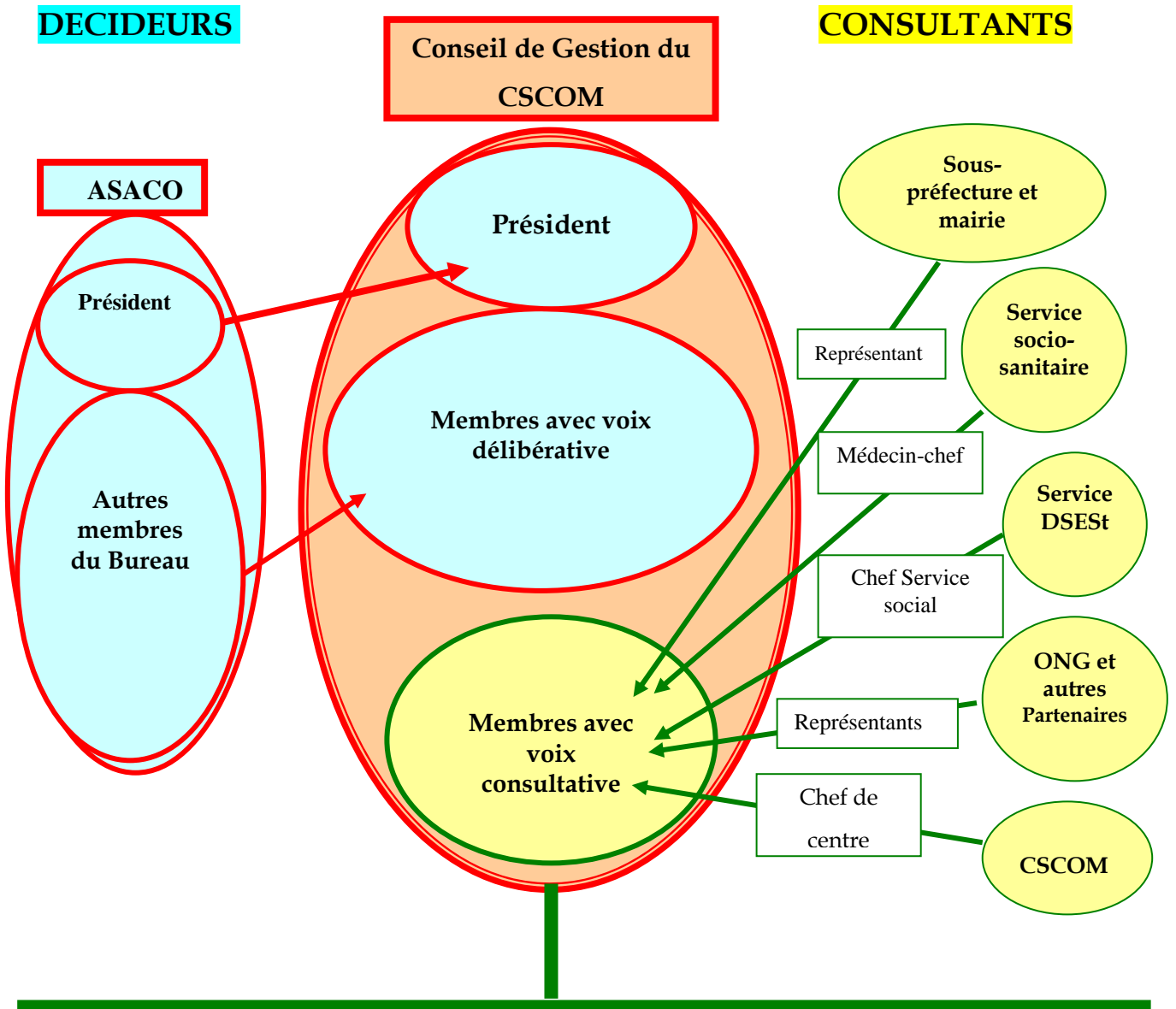


SCHÉMA IV : STRUCTURE DE GESTION DE L'AIRES DE SANTÉ DU CSCOM.

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

2.4.5. Forme d'organisation de la santé communautaire au Mali :

Le CSCom fonctionne selon les principes d'une gestion autonome à partir des ressources disponibles et mobilisables suivant les directives et sous le contrôle des organes de gestion mis en place par cette population (4).

Plusieurs expériences communautaires de prise en charge de la santé des populations ont vu le jour, çà et là dans le monde. (4). (Cas de Pikine au Sénégal et de la cité soleil à Haïti) ; mais l'expérience malienne est unique dans son genre, elle est originale car, contrairement à toutes les expériences précédentes, il s'agit de la mise en place d'un centre de santé entièrement géré par les populations, avec un personnel contractuel, payé selon le système de recouvrement des coûts générés par le centre de santé. La forme d'organisation de la santé communautaire au Mali repose sur une participation active et volontaire d'une communauté organisée en association et dont le mode de choix des instances dirigeantes se fait démocratiquement. (4). Une assemblée générale est convoquée pour mettre en place un comité de gestion qui se chargera de désigner, le plus souvent en dehors de ses membres, le comité de gestion. Il aura pour tâche de gérer la vie quotidienne du centre. Il rend compte régulièrement de ses activités au conseil d'administration qui représente le plus souvent toutes les sensibilités locales (chefs coutumiers, jeunes médecins, femmes). Après l'expérience de Banconi (ASACOBA) qui fut une véritable réussite, des communautés organisées en association créent à leur tour des centres de santé communautaires pour offrir des soins de qualité à leurs populations respectives. (4). Dans cet élan d'enthousiasme, sont tour à tour nées sous l'impulsion de jeunes

médecins en quête d'emploi, ce qu'il convient d'appeler désormais les ASACO ou association de santé communautaire.

Au plan réglementaire, les ASACO ont adapté des statuts et règlement intérieur préparés par la première ASACO, adaptés en fonction des réalités locales de chaque ASACO.

L'évolution nettement favorable de l'offre de soins de santé s'est soldée par une extension de la couverture sanitaire en terme du nombre de CSCCom. Si le Mali comptait en 2005 près de 729 CSCCom⁶, il compte aujourd'hui près de 750 dont le nombre continue d'évoluer régulièrement, malgré cela, l'offre de service de qualité en terme de satisfaction des besoins des patients reste limité.

⁶ (CROCEP 2007)

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

DE L'ÉTUDE

3. Méthodologie :

3.1. Cadre et lieu de l'étude :

L'étude a été réalisée dans l'aire de santé de Segué. Le centre de santé de Ségué est financé par l'ONG Sahel-21 depuis sa création. Au terme de dix années d'appui technique et financier du CSCom par l'ONG, une évaluation de la qualité des soins devenait un impératif pour celle-ci afin de définir la poursuite ou non de son appui en direction de cette structure de santé. C'est la principale raison du choix du CSCom de Ségué pour mener la présente étude. Cette aire de santé se situe dans la commune de Sagabala sur la route nationale n°3 à 65 km du centre de référence de Kolokani. Elle couvre une population de 3 464 habitants⁷ tandis que les chiffres résultant du recensement des relais indiquent une population de 4 630 habitants. Cette population est constituée majoritairement de bambara, et de kakolo mais comprend aussi une population minoritaire peulh qui est plus ou moins importante en fonction des périodes de transhumance.

L'aire de santé de Ségué dépend administrativement de Kolokani en ce qui concerne la gouvernance sanitaire régionale et de Sagabala en ce qui concerne la gouvernance communale. Elle dessert 9 villages : Kourné, sirini ; Pampala ; Marabougou ; Sagalani ; Sirado ; Nelou ; Sillé ; Segué avec un dixième village en quête d'adhésion Ndoribala.

⁷ rapport d'activité du CSCom de Segué

L'aire de Segué est limitée à l'Est à par le CSCOM de Doubabougou (distant de 16 km) , à l'Ouest par le CSCOM de Sagabala (à 7 km), au Sud Est respectivement par les aires de santé de Didieni et Sonkeye (à 26 km).

Cette aire de santé comprend un centre de santé communautaire situé dans le village site de Segué.

3.2. Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive de type exhaustive ayant intéressé les sujets de 15 ans et plus des deux sexes présents le jour de l'étude.

L'étude a duré une année de février 2006 à janvier 2007 dont 21 jours de collecte sur le terrain, 4 mois d'encodage, saisie, épuration et analyse des données et 5 mois de rédaction de la thèse.

3.3. Echantillonnage :

Un sondage raisonné à partir de la liste des villages de l'aire de santé de Segué a permis de retenir le village de Segué et ses hameaux environnants comme zone d'étude.

3.4. La population d'étude :

La population étudiée est constituée par les résidants de l'aire de santé de Segué qu'ils soient utilisateurs ou non utilisateurs des services du

centre de santé communautaire de Ségué afin d'apprécier leur niveau de satisfaction par rapport aux services offerts par le centre de santé.

3.4.1. Critères d'inclusion :

- Hommes et femmes âgés de 15 ans et plus.
- résidants dans l'aire de santé de Ségué depuis au moins 6 mois,
- présents le jour de l'enquête et ayant acceptés de participer à l'étude.

3.4.2. Critères de non inclusion :

- Personnes ne pouvant pas répondre aux questions à cause de déficit ou handicap (déficience intellectuelle, démence etc.)
- Personnes de moins de 15 ans
- Personnes ne résidant pas dans l'aire de Segué depuis au moins 6 mois
- Personnes ne voulant pas participer à l'étude.
- Personnes absentes.

3.5. Technique de mesure des variables et de collecte des données :

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

L'appréciation de la qualité technique s'est limitée à l'appréciation de la qualification des agents de santé, la disponibilité des équipements mis à disposition pour l'offre de service et la rationalisation de la prescription

en terme de coût moyen de l'ordonnance et du nombre de produits par ordonnance. Par contre les gestes et les techniques des praticiens n'ont pas été pris en compte en raison non seulement du manque de données de référence pour la comparaison et de la qualité de l'observateur qui ne pouvait juger de la pertinence des actes posés. Cette évaluation qualitative sera complétée par une analyse documentaire des différents rapports pour apprécier les différents indicateurs de ressources et d'utilisation des services.

Pour apprécier la qualité des soins nous allons nous orienter plus vers le concept de qualité perçue par la population, dans ce sens nos stratégies seront basées sur :

- La perception des populations par rapport à l'accessibilité des soins perçus au niveau géographique, organisationnel, temporel, économique et socio culturel.
- La satisfaction de la population par rapport à la qualité des soins reçus notamment au niveau de leur globalité, de leur continuité et de leur réactivité.

Cependant, pour renforcer les éléments de l'analyse, nous les fonderons sur des arguments tirés de la qualité technique appuyée par les éléments du processus de mise en œuvre à travers :

- Les équipements disponibles
- L'état des locaux, les ressources humaines disponibles et leur niveau de qualification
- L'intégration des soins

- L'organisation des soins
- La disponibilité des médicaments essentiels
- Le coût des médicaments
- La rationalisation de la prescription.

3.6. Déroulement de la collecte des données :

L'enquête auprès des ménages a eu lieu entre le 26 juin et le 11 juillet 2006. Elle a concerné l'ensemble des personnes présentes au moment de l'enquête.

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

Cependant, nous avons eu quelques difficultés :

Le refus de répondre de trois ménages au motif que leur chef de ménage a voyagé.

La faible disponibilité des hommes qui généralement n'étaient pas à la maison.

Malgré ces difficultés, l'enquête s'est déroulée dans de bonnes conditions.

3.7. Instrument de collecte des données :

L'instrument de collecte des données est un questionnaire reparté en 3 parties :

- Un questionnaire sur la qualité technique,

- Un questionnaire portant sur l'appréciation générale de la qualité des soins accessibilité, continuité et réactivité des soins, CPN, et accouchement.
- Un questionnaire sur les non utilisateurs du CSCoM.

3.8. Analyse des données :

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

3.9. Considérations éthiques:

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

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

3.10. Contrôle de la qualité des données :

La qualité des données a été assurée par un médecin spécialisé en santé publique ayant une expertise dans les enquêtes épidémiologiques, évaluatives et de qualité des soins, appuyée par une équipe de l'université de Sherbrooke ayant déjà travaillé dans le domaine de la qualité des soins.

La validité interne de l'étude a été assurée par le suivi strict et rigoureux du protocole appuyé par la supervision qui s'est faite tout au long de la phase de collecte et de traitement des données.

3.11. Ressources humaines

La présente étude est le fruit d'un partenariat entre le département Santé Communautaire de l'Institut National de Recherche en santé Publique (INRSP) du Mali⁸ en collaboration avec le Centre national d'Appui à la Lutte contre la Maladie (CNAM)⁹ et le Département des sciences de la santé communautaire de la faculté de Médecine de l'Université de Sherbrooke du Canada¹⁰ avec l'appui financier et technique de l'ONG canadienne Sahel 21.

⁸ A travers le Dr Akory AG IKNANE, médecin spécialisé en santé publique, département santé communautaire

⁹ à travers le Professeur Abdel Kader TRAORE, directeur du Centre National d'Appui à la lutte contre la maladie

¹⁰ à travers le Dr Geneviève BARON, professeur à la faculté de Sherbrooke

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

. 4. Résultats :

Ce chapitre comprend deux parties :

- La première concerne la **qualité technique ou intrinsèque**, elle porte sur le rapport d'activité du CSCoM, l'infrastructure, le personnel, la gestion du CSCoM, l'organisation du travail et le système de financement des soins (tarification et subventions).
- La seconde concerne la **qualité perçue par la population ou extrinsèque** comportant les résultats de l'enquête réalisée auprès des ménages quant à leur accès à ses soins, leur satisfaction à la qualité de ses soins reçus et leurs besoins non comblés.

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

4.1. Qualité technique ou intrinsèque:

4.1.1. Aspects institutionnels :

4.1.1.1. Historique de l'association :

L'association de santé communautaire de Segué (ASACOSE) a été créée en février 1996 suivant l'ordonnance N° 59-41 / PCG du 28 mars 1959 à la faveur de la responsabilité technique du centre de référence de Kolokani. Sa construction a été rendue possible en 1996 grâce aux contributions de seize (16) villages de l'ex arrondissement de Didieni et avec le financement de la fondation canadienne Marcelle et Jean Coutu (FMJC). Située dans la commune de Sagabala, la population de Segué compte aujourd'hui 4611 habitants. Depuis son ouverture, l'aire de santé du CSCom, qui a été redimensionnée, se limite à 9 villages de la commune de Sagabala et leurs hameaux : Segué, Sirado, Kourné Pampala, Sirini, Nelou, Sagalani et Marabougou.

Lors du processus de création du CSCom de Segué avec l'appui de L'ONG canadienne Sahel 21, un élément important de la politique sectorielle de santé n'a pas été observé à savoir :

Une concertation suffisante sur le choix d'implantation du CSCom : en effet le choix du site d'implantation s'est avéré une décision unilatérale (13) de Sahel 21 sans la caution des autorités sanitaires régionales et de cercle. Ceci a créé un climat défavorable à une collaboration pérenne entre les autorités sanitaires et l'ONG Sahel 21 par la suite.

L' ASACO dispose d'un récépissé de déclaration fournit par les autorités administratives mais le CSCom ne détient pas d'agrément qui lui confère le droit d'exercer en matière de santé en tant que structure de droit privé sans but lucratif.

4.1.1.2. La conformité et la stabilité des organes de gestion de l'ASACO :

Conformément au cadre institutionnel et réglementaire tel que précisé par l'arrêté interministériel N 95-1262/ PSSPA- MFC du 13 juin 1995, L'ASACO de Segué, compte actuellement les organes suivants :

L'assemblée générale qui est l'instance suprême de l'ASACO est composée de l'ensemble des représentants des villages de l'aire de santé qui sont au nombre de 16 au départ, puis ramené par la suite à 12. L'assemblée générale se réunit une fois par an. La dernière assemblée générale de l'ASACO date du 27 février 2006 soit un taux de réalisation des AG de 100 % pour l'année.

Le **conseil d'administration** qui constitue l'organe représentatif de tous les villages membres de l'aire de santé est composé de 12 membres. Il doit se réunir statutairement une fois par trimestre, mais ne s'est réunie en 2006 que 2 fois ; la dernière réunion datant de mai 2006. Le taux de réalisation des réunions est de 50 % au cours de la période d'étude.

Le conseil d'administration constitue l'organe dirigeant qui répond devant l'assemblée générale et doit contrôler la gestion des membres du comité de gestion.

Le **comité de gestion**, comprend sept membres représentant les communautés et le chef du centre. Il s'est réuni 3 fois en 2006 soit un taux de réalisation de 25 %.

Le **comité de surveillance** est composé de 5 membres.

4.1.2. Aspects organisationnels :

4.1.2.1. Fonctionnement de l'association :

Au plan structurel, l'ASACO dispose des principaux organes démocratiques d'une association d'après l'ordonnance 41/PCG du 28 mars 1959.

Le conseil d'administration est composé de 12 membres. Sur les 12 membres, 7 d'entre eux soit 58,3 % ont bénéficié de la formation en gestion administrative et financière des ASACO/CSCoM qui s'est déroulée en 2005.

Le comité de gestion est composé de 7 membres dont 4 ont reçu la formation en gestion d'ASACO/CSCoM soit 57 %.

Le comité de surveillance est composé de 5 membres dont 1 seulement le président a reçu la formation en gestion des ASACO/CSCoM, soit 20 %.

Depuis sa création en 1996, l'ASACO de Ségué a connu une instabilité de son personnel, notamment le médecin responsable du centre. Celui-ci a été changé 6 fois, soit près d'un nouveau médecin tous les ans. L'actuel médecin en poste depuis novembre 2001 est à sa cinquième année, ce qui constitue un début de stabilité. Cette situation engendre des

difficultés en matière de conservation et d'archivage des documents administratifs et financiers.

4.1.2. 2. L'Infrastructure et l'équipement :

Le centre dispose des infrastructures en dur constitué de deux blocs (voir schéma en annexes, page 12):

- l'un comprenant une aile pour les soins, la consultation médicale et la pharmacie et l'autre aile pour la maternité avec une salle de consultation, une salle d'accouchement et une pour le post-partum.
- L'autre bloc est constitué par les latrines situées derrière, non loin de la salle des accouchées
- Un bâtiment préfabriqué complète l'infrastructure du centre. Il est constitué de deux salles contiguës avec lavabo pour permettre les activités de chirurgie. Mais actuellement, il sert pour la petite chirurgie et pourrait à terme fonctionner comme laboratoire.

Les bâtiments sont dans l'ensemble suffisants pour les activités actuellement réalisées dans le centre, mais ne sont pas conformes aux normes de qualité, puisque les soins préventifs (maternité) côtoient les soins curatifs.

Le centre de santé communautaire de Ségué dispose des équipements (**voir annexe1, pages 2-3**) nécessaires à la réalisation du paquet minimum d'activités. Les équipements disponibles permettent d'élargir la gamme d'activité et améliorer ainsi la qualité de l'offre aux patients.

4.1.2.3. Le personnel :

Le centre de santé de Ségué dispose de 5 agents dont deux qualifiés.

Le personnel qualifié est constitué par un **médecin généraliste**, directeur du centre. Il est contractuel de l'ASACO et payé sur fonds PPTE depuis seulement une année, le contrat est de durée indéterminée.

Une **sage femme d'Etat**, payée par l'ONG Sahel 21,

Une **matrone** qui est gérante de la pharmacie, est payée aussi par l'ONG Sahel 21,

Un **aide soignant** est pris en charge par l'ASACO ;

Un **manœuvre** - gardien, est pris en charge par l'ONG Sahel 21.

De 1996 à 2005, l'ensemble du personnel du CSCOM était intégralement pris en charge au plan salarial par l'ONG Sahel-21.

Par ailleurs le nombre de ce personnel est relativement élevé par rapport au nombre généralement requis pour les CSComs ruraux. En effet, en milieu rural, le personnel dépasse rarement 3 à 4 personnes et le niveau de qualification du chef de centre est généralement celui d'un infirmier et tout cela pour des raisons liées aux contraintes financières des ASACO.

4.1.3. Organisation et fonctionnement :

4.1.3.1. Niveau d'hygiène et de propreté des locaux :

Les salles sont propres, le sol est fait de ciment qui est balayé tous les jours les ordures ne traînent pas par terre. Les couches de peinture se dégradent ainsi que la devanture du bâtiment principal à cause de l'érosion due aux eaux de pluies.

Une case construite dans la cour du CSCom, sert de salle d'observation pour les malades.

Les sources lumineuses sont des panneaux solaires qui sont bien fonctionnels, les salles sont suffisamment aérées et bien éclairées.

Les latrines sont à proximité de la salle d'accouchement. Le système de gestion des déchets biomédicaux est fonctionnel. Les déchets sont incinérés dans une fosse à ciel ouvert se trouvant dans l'arrière cour du centre. Un incinérateur permettra une meilleure gestion des déchets biomédicaux et garantira la sécurité et l'hygiène des patients et des soignants.

L'approvisionnement en eau est assuré par un puit à grand diamètre avec fermeture assez fourni en eau à proximité du CSCom.

Il existe par ailleurs un système de communication, la radiophonie qui fonctionne correctement.

4.1.3..2 Les horaires de travail :

Les horaires de travail vont de 8 h à 12 h et de 16 h à 19 h. Cependant, il n'existe pas de garde pour assurer la continuité des soins. Par contre, le médecin logé dans la cour assure la prise en charge des urgences. Eventuellement, il est fait appel à la sage femme en cas de besoin.

4.1.3.3. Tarification des actes :

La tarification fixée par l'AG en fonction de la capacité contributive des populations est donnée dans le tableau suivant. Cependant, les tarifs ne sont pas affichés au public.

TABLEAU 6 : TARIFICATION ACTUELLEMENT EN VIGUEUR AU CSCOM DE SEGUÉ :

| Activités et Tarifs | Adhérents | | Non adhérents | |
|--------------------------|-----------|---------|---------------|---------|
| | Enfants | Adultes | Enfants | Adultes |
| Consultation médicale | 300 | 300 | 600 | 600 |
| Injection | 100 | 100 | 200 | 200 |
| Pansements | 700 | 700 | 1000 | 1 000 |
| Perfusion | 500 | 500 | 1 000 | 1 000 |
| Accouchement | | 1 500 | | 2 000 |
| Carnet maternité | | 500 | | 500 |
| Carnet planning familial | | 0 | | 0 |
| CPN | | 500 | | 1 000 |
| Suture | 1 500 | 1 500 | 2 000 | 2 000 |
| Circoncision | 2 000 | | 3 000 | |

4.1.3.4. L'organisation de l'offre de service :

L'offre de service est organisée sous la direction d'un **médecin généraliste** qui a reçu une série de formation dans le domaine de la gestion administrative, financière et aspects institutionnels des ASACO. De plus il a bénéficié d'un stage à la prise en charge des urgences obstétricales, des infections sexuellement transmissibles, du paludisme, de nutrition, en périnatalité, et PCIME. Cependant, le constat est celui d'une insuffisance en terme de petite chirurgie (Hernie, hydrocèle etc.) et de technique de laboratoire primaire de type 1¹¹ et de santé publique.

La **sage femme** aussi a reçu une série de formation notamment en allaitement maternel, en CPN recentrée, en hémorragie du post partum, à la prise en charge du nouveau né, en nutrition, en approche syndromique des infections sexuellement transmissibles et en gestion administrative, financière et aspects institutionnels des ASACO .

Cependant, le constat est celui d'une insuffisance en technique d'anesthésie et de laboratoire type 1.

La **matrone** a juste reçu la formation en gestion administrative, financière et les aspects institutionnels des ASACO, le constat est le suivi en gestion administrative et financière et la formation en périnatalité.

L'aide soignant n'a reçu aucune formation, le constat est celui de la formation en programme élargi de vaccination, la maintenance de la chaîne de froid et le suivi en gestion administrative et financière.

¹¹ Un laboratoire primaire est conçu pour la réalisation des analyses biomédicales élémentaires de base prenant en compte la GE, Selles POK, NFS-VS, Groupage Rhésus, Test d'Emmel, Urines (culot, ECBU) ; Frottis vaginal, BAAR, Test de grossesse,

La permanence du service n'est pas bien assurée, en raison de l'absence de système de garde. Les soins préventifs (vaccination, CPN, consultation post natale, la planification familiale) ne sont pas offerts au quotidien, ceci constitue un facteur limitant l'offre de service de qualité en terme de satisfaction de besoins des patients.

4.1.4. Population couverte :

La population de l'aire de santé ne fait que 4 611 habitants comme il ressort sur le tableau ci dessous. La taille de la population requise est de 5 000 habitants au minimum (13)

TABLEAU 7: POPULATION 2005 DE L'AIRES DE SANTÉ DE SEGUÉ ET LA DISTANCE SELON LE SITE DU CSCOM :

| Villages de l'aire | Population en nombre d'habitants | Distance en Km |
|-------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|
| Ségué-Tibi-Dibougou | 940 | - |
| Kourné | 362 | 7 |
| Sillé | 420 | 9 |
| Sirini | 515 | 10 |
| Pampala | 520 | 11 |
| Marabougou | 443 | 12 |
| Sagalani-Karibougou-N'Tiguina | 723 | 16 |
| Sirado | 287 | 23 |
| Nélou | 401 | 26 |
| Total | 4 611 | |

Le chef lieu du site d'implantation du CSCom ne compte que 940 habitants.

4.1.5. Résultats des activités techniques du CSCOM :

TABLEAU 8 : ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CONSULTATIONS DE L'AIRE DE SANTÉ DE SEGUÉ DURANT LES ANNÉES 2004 ET 2005 :

| Année | 2004 | | | 2005 | | |
|-------------------------------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Aire | Hors aire | Total | Aire | Hors aire | Total |
| Consultations curatives / Nouv. cas | 843 | 1171 | 2 014 | 1 098 | 1 229 | 2 327 |
| Consultations curatives / Anc. cas | 110 | 197 | 307 | 126 | 380 | 506 |
| Total | 953 | 1 368 | 2 321 | 1 224 | 1 609 | 2 833 |
| CPN Nouveau cas | 138 | 30 | 168 | 186 | 42 | 228 |
| CPN . Anciens cas | 107 | 33 | 140 | 159 | 37 | 196 |
| Total | 245 | 63 | 308 | 345 | 79 | 424 |
| Accouchements au CSCOM | 145 | 12 | 157 | 174 | 10 | 184 |
| CPON | 77 | 29 | 106 | 120 | 19 | 139 |
| Planning familial | 8 | 3 | 11 | 8 | 3 | 11 |

Le nombre de contact par personne et par an a augmenté entre 2004 et 2005 passant de 0,50 à 0,61 (13).

L'utilisation du centre de santé communautaire de Ségué par les populations a augmenté entre 2004 et 2005 pour la plupart des activités curatives et préventives. La consultation curative a augmenté de 22 % les CPN de 38 % et les accouchements de 17 % au cours de la même période. Le nombre moyen de consultation par jour varie de 2004 à 2005 entre 6, et 7,9 ce qui suggère que la population ne fréquente pas assez le CSCom.

Dans cette situation, l'amélioration de l'offre de service peut-elle pousser la population à utiliser d'avantage le CSCom ?

La sage femme réalise entre 1,7 à 2 accouchements en moyenne par semaine entre 2004 et 2005, ce qui constitue une véritable sous-utilisation de la sage-femme, réduisant ainsi considérablement la qualité des soins dans le domaine de la santé maternelle.

Le niveau de ces deux indicateurs de performance technique plaide en faveur d'un manque de pratique pour les deux agents de santé, ce qui pourrait défavorablement influer sur la qualité des soins.

La rentabilité financière (voir tableau en annexe19 page11) du médecin sur les deux années concernées par l'étude (2005 et 2006), calculée à parti du ratio de performance financière est estimée à 0,50 pour les deux périodes. Ce ratio montre que le volume d'activité produit par le médecin ne parvienne pas à prendre en charge son salaire. Même si on valorise les activités de supervision, de gestion de d'administration faite par le médecin, il reste toujours une lourde charge pour le CSCom. Il en est de même pour la sage femme dont le ratio de performance financière est encore plus bas étant de 0,15 sur les deux années.

TABLEAU 9 : ÉVOLUTION DES SOINS INFIRMIERS AU NIVEAU DE L' AIRE DE SANTÉ DE SEGUÉ ENTRE 2004 ET 2005 :

| Autres soins | 2004 | 2005 |
|------------------------|-------------|-------------|
| Nombre d'injection | 1426 | 1976 |
| Nombre de perfusion | 322 | 265 |
| Nombre de pansement | 101 | 58 |
| Nombre de circoncision | 20 | 14 |
| Nombre d'évacuation | 07 | 06 |
| Total | 1876 | 2319 |

En dehors des injections dont le nombre a augmenté en 2005, tous les autres soins infirmiers ont diminué. Ceci peut s'expliquer soit par le faible niveau de revenu, soit au le personnel du CSCom qui ne mentionnait pas tous les actes.

TABLEAU 10: DISPONIBILITÉ VACCIN SI GESTION DES STOCKS EN 2005 :

| Vaccin disponible | BCG | DTCP |
|-----------------------------------|--------------|-------------|
| Nombre de jour sans rupture / an | 318 | 346 |
| Nombre de jours avec rupture / an | 47 | 19 |
| Taux de rupture | 12,9% | 5,2% |
| Présence le jour de la visite | oui | oui |

Le volume d'activité est lié au programme élargi de vaccination (PEV), mais cette activité n'est pas bien assurée au niveau du CSCom, car, les antigènes pour la fièvre jaune et la rougeole ne sont pas disponibles.

Par ailleurs, la chaîne de froid est assurée par un réfrigérateur à gaz qui fonctionne correctement.

4.1.5.1.Évolution des charges et produits :

TABLEAU 11: COMPTE DE RÉSULTAT DU DÉPÔT DU CSCOM DE SEGUÉ EN 2005:

| Charges ou dépenses | Montant | Produits ou recettes | Montant |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Achats et variations de stock | 4 116 890 | Ventes médicaments | 5 778 405 |
| Transport / Frais sur achats médicaments | 7 8200 | Subventions d'exploitation Etat Collectivités ONG Autres subventions et dons | |
| Autres charges extérieures | 2 000 | Produits financiers (intérêt reçus de la caisse d'épargne | |
| Frais de personnel . Salaires net du gérant . Charges sociales du gérant . Indemnités du gérant | | | |
| Dotations aux amortissements | | | |
| Résultat (benefice ou excédent) | 1 581 315 | Résultat (perte) | |
| Total | 5 778 405 | Total | 5 778 405 |

Les dépenses du CSCom pour le dépôt ont représenté 72 % du total des recettes.

TABLEAU 12 : COMPTE DE RÉSULTAT DU DÉPOT DU CSCOM DE SEGUÉ DE 2006

| Charges ou dépenses | Montant | Produits ou recettes | Montant |
|------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------|------------------|
| Achats et variations de stock | 4 985 946 | Ventes médicaments | 6 444 850 |
| Transport / Frais sur achats médicaments | 115 900 | Subventions d'exploitation | |
| | | Etat | |
| | | Collectivités | |
| | | ONG | |
| | | Autres subventions et dons | |
| Autres charges extérieures | 2 000 | Produits financiers (intérêt reçus de la caisse d'épargne) | |
| Frais de personnel | | | |
| . Salaires net du gérant | | | |
| . Charges sociales du gérant | | | |
| . Indemnités du gérant | | | |
| Dotations aux amortissements | | | |
| Resultat (benefice ou excedent) | 1 341 004 | Résultat (perte) | |
| Total | 6 444 850 | Total | 6 444 850 |

Les dépenses du CSCom en 2006 ont représenté 79 % du total des recettes.

Les recettes de 2006 ont représenté 21 % contre 28 % en 2005, ceci suggère que le CSCom n'a pas progressé, en matière de vente des médicaments, or la plupart des organes de gestion ont reçu la formation en gestion administrative et financière des ASACO.

**TABLEAU 13 : COMPTE DE RÉSULTAT POUR LA TARIFICATION
DU CSCOM EN 2005 :**

| Charges ou dépenses | Montant | Produits ou recettes | Montant |
|----------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------|------------------|
| Achats | 763 450 | Vente Prestations | 1 774 900 |
| Transport / Frais déplacement | 872 350 | Subventions d'exploitation Etat | 7 190 690 |
| Autres charges extérieures | 482 775 | Collectivités ONG (Sahel 21) Autres subventions et dons | 7 190 690 |
| Frais de personnel | 6 228 200 | Produits financiers (intérêt reçus de la caisse d'épargne) | |
| . Salaires net du personnel | 3 670 000 | | |
| . Charges sociales du personnel | 1 977 800 | | |
| . Indemnités du personnel | 580 400 | | |
| Charges diverses | 181 700 | | |
| Dotations aux amortissements | | | |
| Resultat (benefice ou excédent) | 437 115 | Résultat (perte) | |
| Total | 8 965 590 | Total | 8 965 590 |

Les ressources générées par la tarification en 2005 permettent de supporter l'ensemble des charges induites cette année et dégagent un excédent de 437 115 F. Ceci a été rendu possible grâce à une subvention substantielle de l'ONG Sahel 21, sans laquelle, le centre aurait fait un déficit d'exploitation énorme de près de 6 735 575 F. Même avec l'excédent dégagé par la pharmacie, le CSCom n'équilibre pas ces comptes en dehors de subvention importante.

**TABLEAU 14 : COMPTE DE RÉSULTAT POUR LA TARIFICATION
DU CSCOM EN 2006 :**

| Charges ou dépenses | Montant | Produits ou recettes | Montant |
|----------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------|------------------|
| Achats | 523 743 | Ventes Prestations | 1 807 230 |
| Transport / Frais déplacement | 366 950 | Subventions d'exploitation | 4 200 000 |
| | | Etat | |
| | | Collectivités | |
| | | ONG (Sahel 21) | 4 200 000 |
| | | Autres subventions et dons | |
| Autres charges extérieures | 604 060 | Produits financiers (intérêt reçus de la caisse d'épargne) | |
| Frais de personnel | 3 655 600 | | |
| . Salaires net du personnel | 1 970 000 | | |
| . Charges sociales du personnel | 475 200 | | |
| . Indemnités du personnel | 1 210 400 | | |
| Charges diverses | 139 350 | | |
| Dotations aux amortissements | | | |
| Resultat (bénéfice ou excédent) | 717 527 | Résultat (perte) | |
| Total | 6 007 230 | Total | 6 007 230 |

Le compte de résultat de la tarification a dégagé un excédent de 717 527 F en 2006 contre seulement 437 115 F d'excédent en 2005, soit une différence de 280 412 F entre les deux exercices, ce qui dénote une légère évolution de l'activité de la tarification pour la période considérée.

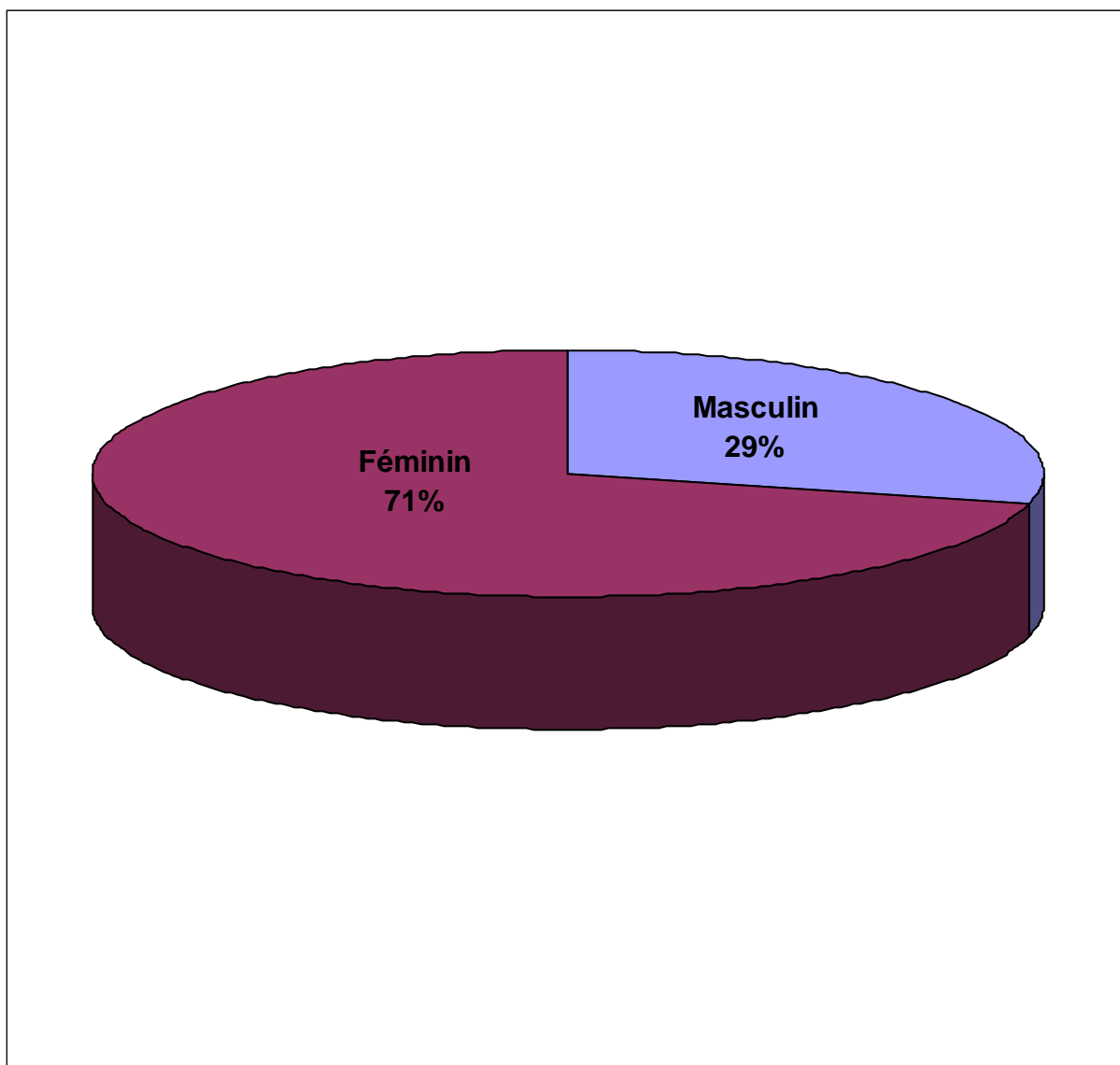
TABLEAU 15 : STRUCTURE DE FINANCEMENT DES CHARGES DE FONCTIONNEMENT DU CSCOM :

| Nature des charges | ASACO | ONG Sahel 21 | Total |
|----------------------------------|------------------|---------------------|------------------|
| Frais de personnel | 2 388 200 | 3 840 000 | 6 228 200 |
| Autres charges de fonctionnement | 1 257 025 | 360 000 | 1 617 025 |
| Total | 3 645 225 | 4200 000 | 7 845 225 |
| Pourcentage | 46% | 54% | 100% |

Les charges du CSCom proviennent à 54 % des cas de la subvention de l'ONG partenaire, Sahel 21. La capacité d'autofinancement propre du CSCOM n'est que 46 %. Cette situation est préjudiciable à la pérennité du CSCOM, dont le bassin de desserte n'est pas assez important au niveau populationnel, de plus l'utilisation d'un personnel qualifié, bien qu'il soit à la base d'une meilleure offre en matière de qualité est difficilement supportable à l'heure actuelle par le centre.

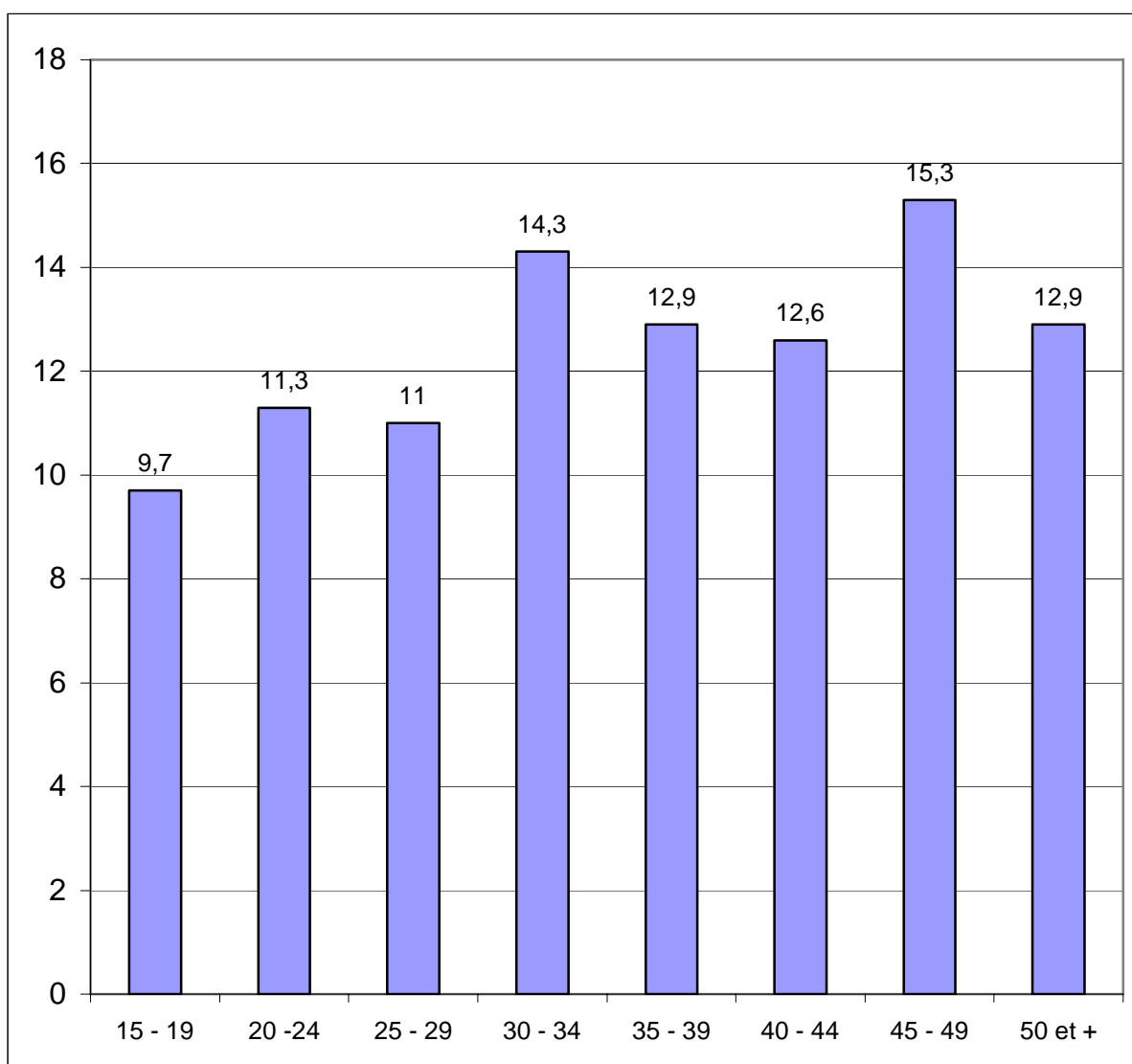
6.2 Qualité perçue ou extrinsèque :

6.2.1. Profil socio- démographique de l'échantillon étudié :



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

La répartition de l'échantillon selon le sexe montre que **71,1 %** sont des femmes et **28,9 %** sont des hommes, le sex ratio est de 0,40



GRAPHIQUE II : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON L'ÂGE.

L'âge des répondants se répartie comme suit : la tranche d'âge 45-49 représente le pourcentage le plus élevé, 9,7% sont des enfants âgés entre 15 et 19 ans, les personnes âgées de 50 et plus représentent 12,9% de l'échantillon.

Par ailleurs 21,7 % sont des personnes qui ne connaissent pas leur âge.

TABLEAU 16 : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LE NIVEAU D'ÉDUCATION (INSTRUCTION) :

| Niveau d'instruction | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------------|------------------|--------------------|
| N'a pas été à l'école | 349 | 90,9 |
| Primaire incomplet | 26 | 6,8 |
| Primaire complet | 9 | 2,3 |
| Total | 384 | 100,0 |

La quasi totalité de la population est analphabète représentant **90,9 %**, **6,8%** sont arrêtés au niveau primaire, contre **2,3 %** qui ont fait le primaire complet.

TABLEAU 17 : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON L'ACTIVITÉ:

| Activité actuelle | Fréquence | Pourcentage |
|------------------------------|------------------|--------------------|
| Paysan | 118 | 30,7 |
| Ménagère | 187 | 48,7 |
| élèves | 9 | 2,3 |
| Sans emploi | 32 | 8,4 |
| Autres (activité informelle) | 38 | 9,9 |
| Total | 384 | 100,0 |

La répartition de l'échantillon selon la profession montre que **30,7 %** de la population est paysan, **48,7 %** est ménagère, les élèves représentent

2,3% de l'échantillon, 8,4% sont sans emploi, les autres activités représentent 9,9%.

TABLEAU 18 : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON L'ETHNIE :

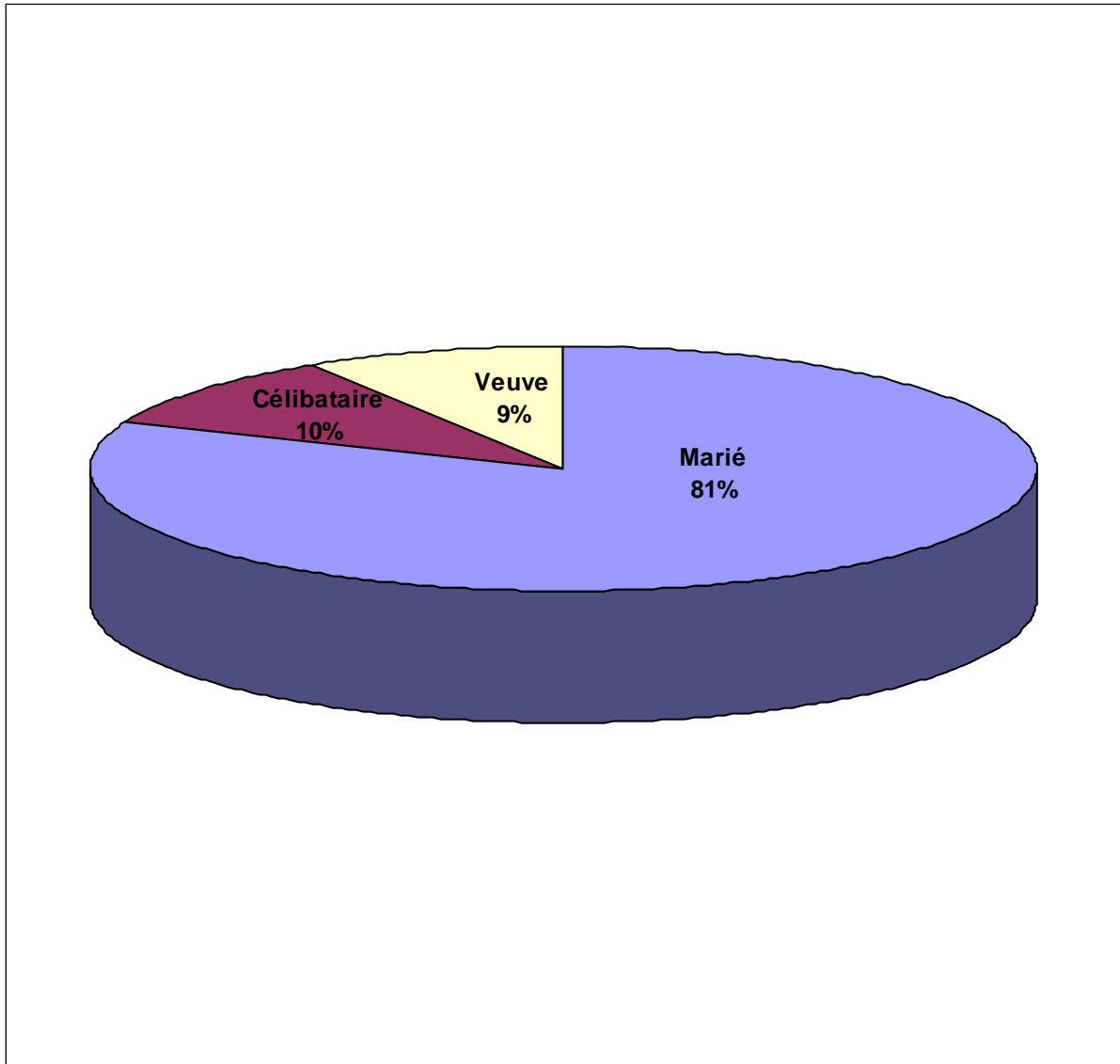
| Ethnie | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------|------------------|--------------------|
| Bambara | 319 | 83,1 |
| Peuhl | 56 | 14,6 |
| Kakolo (forgeron) | 9 | 2,3 |
| Total | 384 | 100,0 |

La majorité de la population est bambara représentant 83,1% suivie de peuhls représentant 14,6%, les forgerons représentent 2,3%.

TABLEAU 19 : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LE LIEU DE RÉSIDENCE

| Résidence | Fréquence | Pourcentage |
|------------------|------------------|--------------------|
| Segué | 230 | 59,9 |
| Tibi | 67 | 17,5 |
| Dibougou | 47 | 12,2 |
| Kourné | 40 | 10,4 |
| Total | 384 | 100,0 |

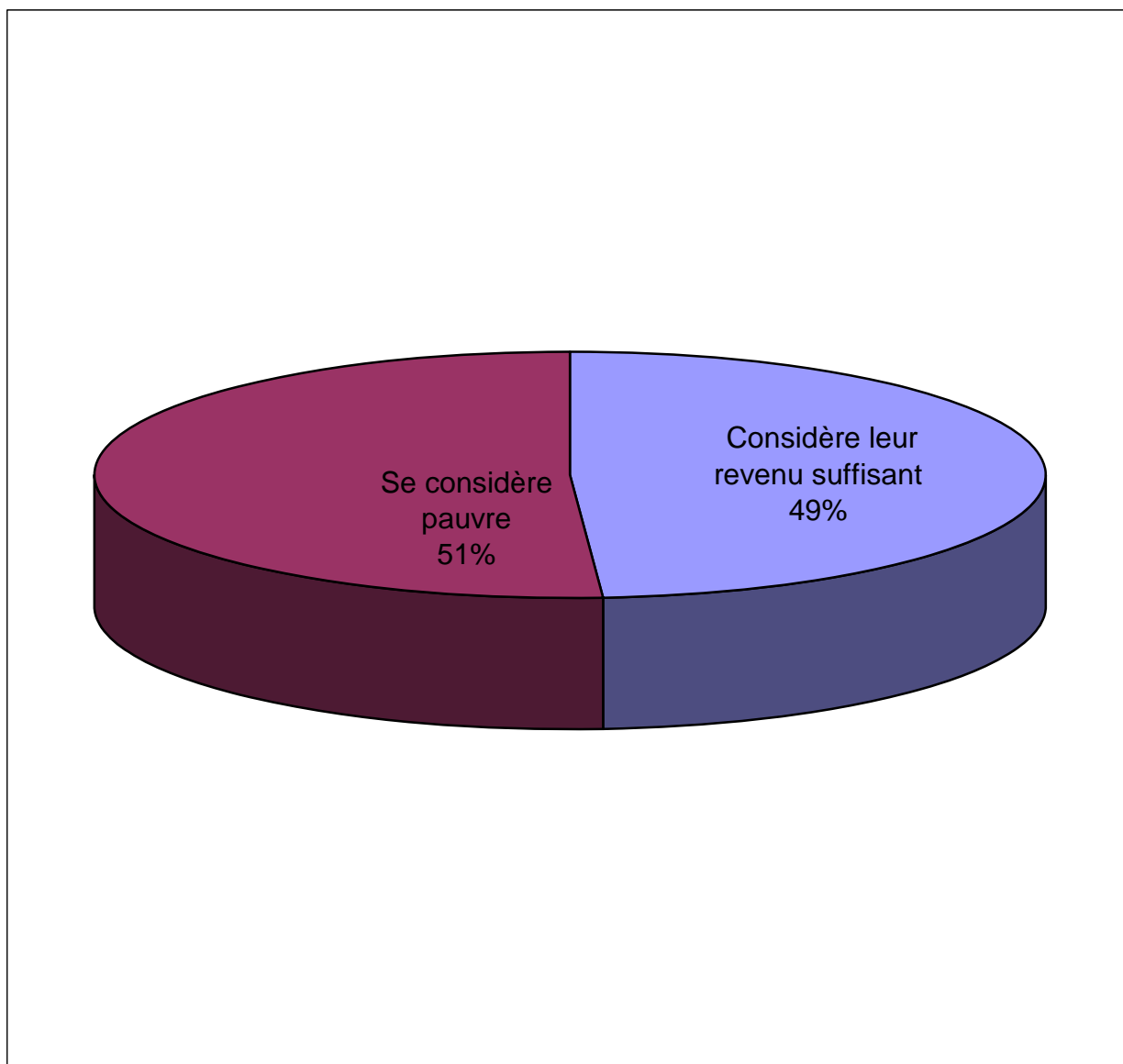
Les habitants de Segué constituent la majorité de la population interrogée représentant **59,9 %** suivie des deux hameaux (Tibi et Dibougou) représentant respectivement **17,5 %** et **12,2 %** de l'échantillon.



GRAPHIQUE III: RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LA SITUATION MATRIMONIALE :

Les répondants sont à **81,3 %** mariés, **9,9 %** sont célibataires, **8,9 %** sont veuves.

6.2.2. Répartition de l'échantillon selon le niveau de revenu et la possession des biens:



GRAPHIQUE IV: OPINION DES ENQUETÉS SELON LA SITUATION ÉCONOMIQUE :

Les résultats montrent que **49 %** a un revenu suffisant, **51%** se considère pauvre

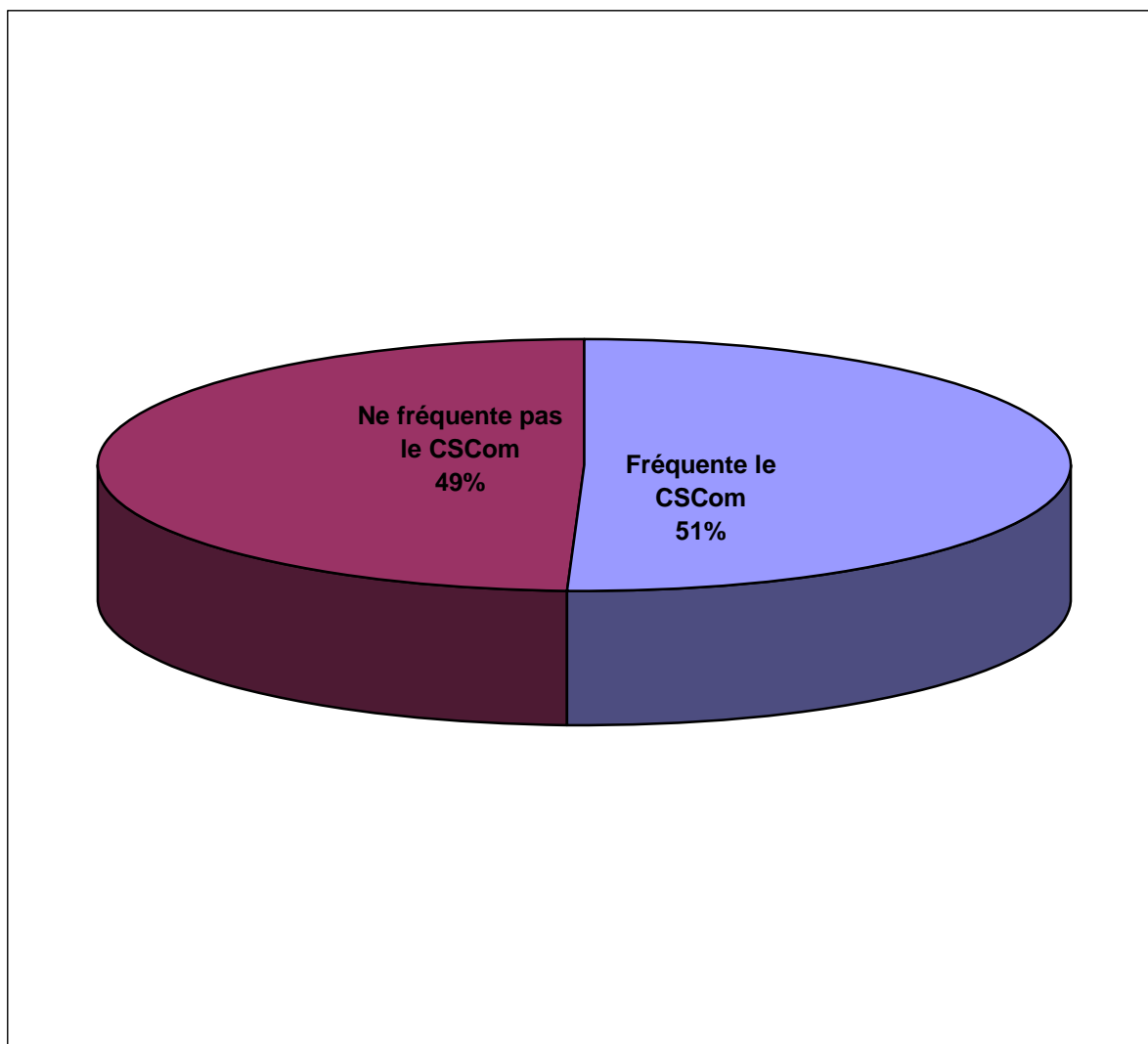
Seulement **10,4** % de la population ne connaît pas la situation économique de leur famille.

TABLEAU 20 : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LA POSSESSION DES BIENS :

| Niveau de revenu | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------------|------------------|--------------------|
| Moto | 23 | 10,0 |
| Charrette | 356 | 90,0 |
| Chevaux | 208 | 50,0 |
| Anes | 375 | 97,7 |
| Bétails | 363 | 94,5 |

La répartition de l'échantillon se classe comme suit : **10** % de la population est motorisé, **90** % possède une charrette, et **50** % a des chevaux, **97,7** % possède des ânes et **94,5** % possède du bétail.

6.2.3. Utilisation des services de santé :



GRAPHIQUE V: RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LA FRÉQUENTATION DU CSCOM :

L'étude montre que la moitié de la population fréquente le CSCOM représentant 50,5 % contre 49,5 % qui ne fréquente pas constituant à peu près le même pourcentage.

TABLEAU 21 : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LE MOTIF DE NON FRÉQUENTATION DU CSCOM :

| Non fréquentation du CSCOM | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------------------------------------|------------------|--------------------|
| Mari n'a pas donné la permission d'aller au CSCOM | 19 | 10,0 |
| N'est jamais tombé gravement malade | 158 | 83,2 |
| Refus de répondre | 13 | 6,8 |
| Total | 190 | 100 |

Parmi les gens qui n'utilisent pas le CSCom **83,2 %** dit qu'il n'est jamais tombés gravement malade, **10 %** dit qu'il n'a pas été autorisé d'aller se faire consulter, **6,8 %** a refusé de répondre.

TABLEAU 22 : RÉPARTITION DES USAGERS SELON LEUR FIDELITÉ AU CSCOM :

| Fidélité au CSCOM | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------------|------------------|--------------------|
| Quelques mois - 1an | 25 | 14,4 |
| 1 an - 3 ans | 48 | 27,6 |
| 3 ans - 5ans | 44 | 25,3 |
| Depuis la création du CSCOM | 57 | 32,7 |
| Total | 174 | 100,0 |

Parmi les gens qui utilisent le CSCom **32,7%** dit qu'il fréquente ce CSCom depuis la création (Février 1996), **14,4%** fréquente il y'a quelques mois à un an, **27,6%** fréquente il y'a deux ans contre **25,3%** il y'a 5ans,. Par ailleurs **10,3 %** ne se souviennent pas de leur temps de fréquentation.

TABLEAU 23 : RÉPARTITION DES USAGERS SELON LA NECESSITÉ DE SE FAIRE CONSULTER DEPUIS LA DERNIÈRE SAISON DES PLUIES :

| Nécessité de se faire consulter | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------------------------|------------------|--------------------|
| 1 fois à 2 | 103 | 53,1 |
| 3 fois et plus | 10 | 5,1 |
| Aucune fois | 81 | 41,8 |
| Total | 194 | 100,0 |

L'opinion des usagers selon la nécessité de se faire consulter se présente comme suit : **53,1 %** a eu besoin de se faire consulter une à 2 fois depuis la dernière saison des pluies, **5,1 %** s'est fait consulter 3 fois et même plus contre **41,8 %** qui n'a pas eu le besoin de se faire consulter depuis la dernière saison des pluies.

TABLEAU 24 : OPINION DES USAGERS SELON LE NOMBRE DE CONSULTATION AU CSCOM LIÉ À LA MALADIE DES ENFANTS DEPUIS LA DERNIÈRE SAISON DES PLUIES :

| Nombre de consultation | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------------------|------------------|--------------------|
| Une fois à 2 | 60 | 32,1 |
| 3 fois et plus | 36 | 19,2 |
| Aucune fois | 91 | 48,7 |
| Total | 187 | 100,0 |

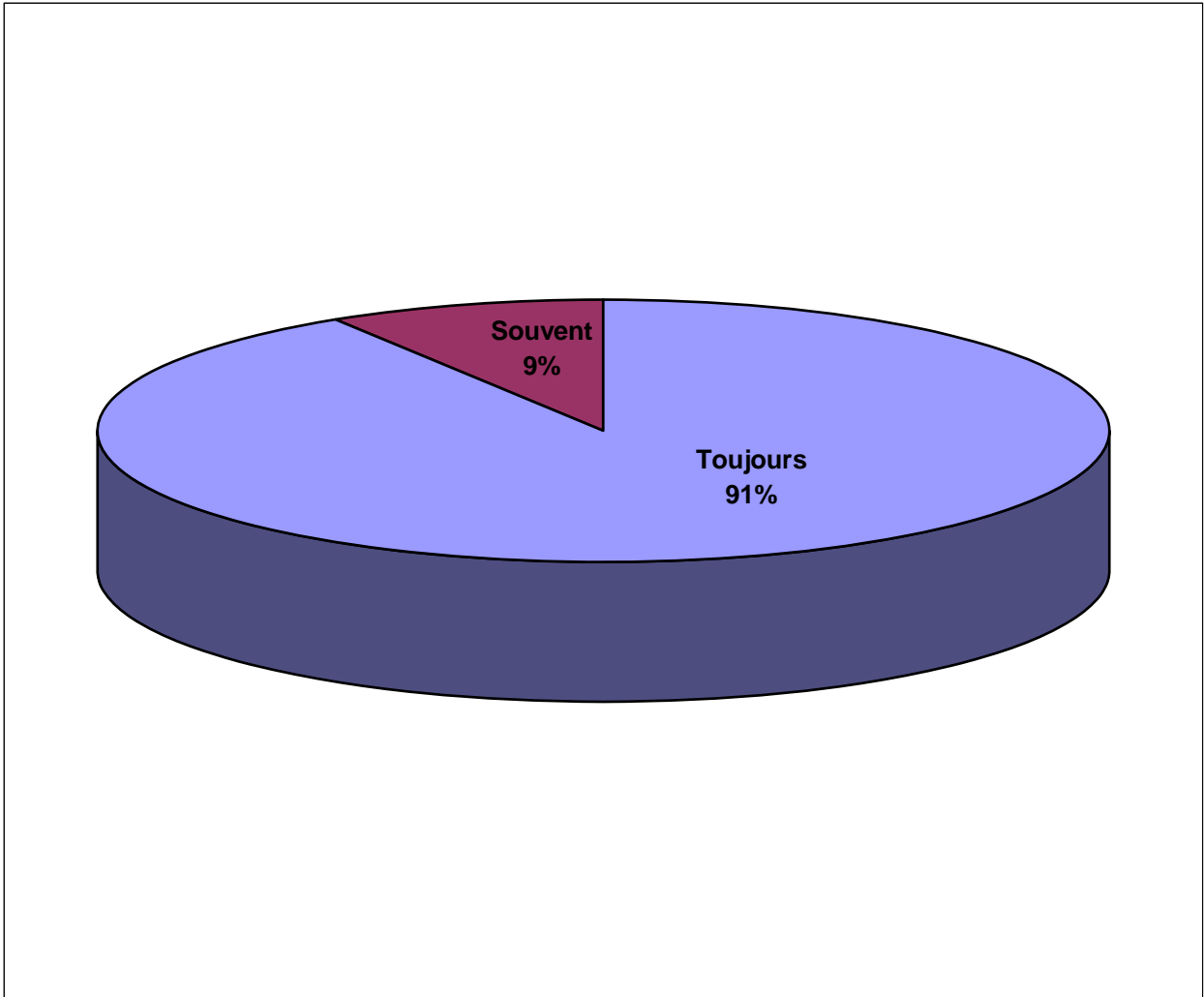
Le besoin de faire consulter les enfants depuis la dernière saison des pluies se répartie comme suit : **32,1%** a amené leurs enfants se faire consulter une à 2 fois durant cette année, **19,2%** a amené leurs enfants 3 fois cette année et même plus, par contre **48,7%** n'ont pas eu le besoin d'amener leurs enfants se faire consulter.

Par ailleurs, **3,6 %** disent qu'ils ne se rappellent pas du nombre de fois.

TABLEAU 25 : OPINION DES USAGERS SELON L'ENDROIT HABITUELLEMENT UTILISÉ POUR FAIRE FACE À UN PROBLÈME DE SANTÉ DEPUIS LA DERNIÈRE SAISON DES PLUIES:

| Endroit habituellement utilisé | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------------------------|------------------|--------------------|
| Ce CSCOM | 106 | 54,6 |
| Un autre CSCOM | 3 | 1,6 |
| N'a pas eu de problème | 85 | 43,8 |
| Total | 194 | 100,0 |

Les endroits habituellement utilisés par les usagers face à un problème de santé se répartissent comme suit : **54,6 %** utilise habituellement le CSCOM, **1,6 %** va à un autre CSCOM, **43,8 %** n'a pas eu de problème d'abord depuis la dernière saison des pluies.



GRAPHIQUE VI : RÉPARTITION DES USAGERS SELON LE RECOURS SYSTÉMATIQUE À L'UTILISATION DU CSCOM FACE A UN PROBLÈME GRAVE :

Le recours systématique à l'utilisation d'un service de santé par les villageois est toujours du à un problème grave et se présente comme suit : **91%** va toujours au CSCom, **9%** va souvent Ailleurs **3,6 %** dit qu'il ne sait pas.

TABLEAU 26 : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LA NECESSITÉ DE SE FAIRE CONSULTER SUITE À UN PROBLÈME :

| Consultation suite à un problème | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------------------------|------------------|--------------------|
| CSCOM | 180 | 50,7 |
| Médecin traditionnel | 7 | 2 |
| « Pharmacie par terre » | 20 | 5,6 |
| Automédication traditionnelle | 148 | 41,7 |
| Total | 355 | 100,0 |

La répartition de l'échantillon selon la nécessité de se faire consulter suite à un problème se présente comme suit : **50,7 %** va directement au CSCOM, **2%** consulte un « médecin traditionnel », **5,6 %** utilise la pharmacie par terre, **38,5 %** utilise eux même leurs médicaments traditionnels.

Par contre, **7,6 %** ne sait pas.

TABLEAU 27: OPINION DES USAGERS SELON LA PERTE DE REVENU (TRAVAIL) LORSQU'ILS ONT EU RECOURS AU CSCOM :

| Perte de revenu | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------------|------------------|--------------------|
| A fait une perte de revenu | 6 | 3,1 |
| N'a pas fait de perte | 188 | 96,9 |
| Total | 194 | 100,0 |

On note que **3,1%** de l'échantillon a connu une perte de revenu car ils n'ont pas pu travailler contre **96,9 %**.

TABLEAU 28 : OPINION DES USAGERS SELON L'UTILISATION DE « PHARMACIE PAR TERRE » :

| Utilisation de « pharmacie par terre » | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------------------------------|------------------|--------------------|
| Utilisent la « pharmacie par terre » | 50 | 25,8 |
| N'utilisent pas | 144 | 74,2 |
| Total | 194 | 100,0 |

L'opinion des usagers selon l'utilisation de la « pharmacie par terre » se répartit comme suit: **74,2 %** n'utilise pas la « pharmacie par terre » contre **25,8 %** qui utilise.

TABLEAU 29 : OPINION DES USAGERS SELON L'UTILISATION DE MEDECIN TRADITIONNEL :

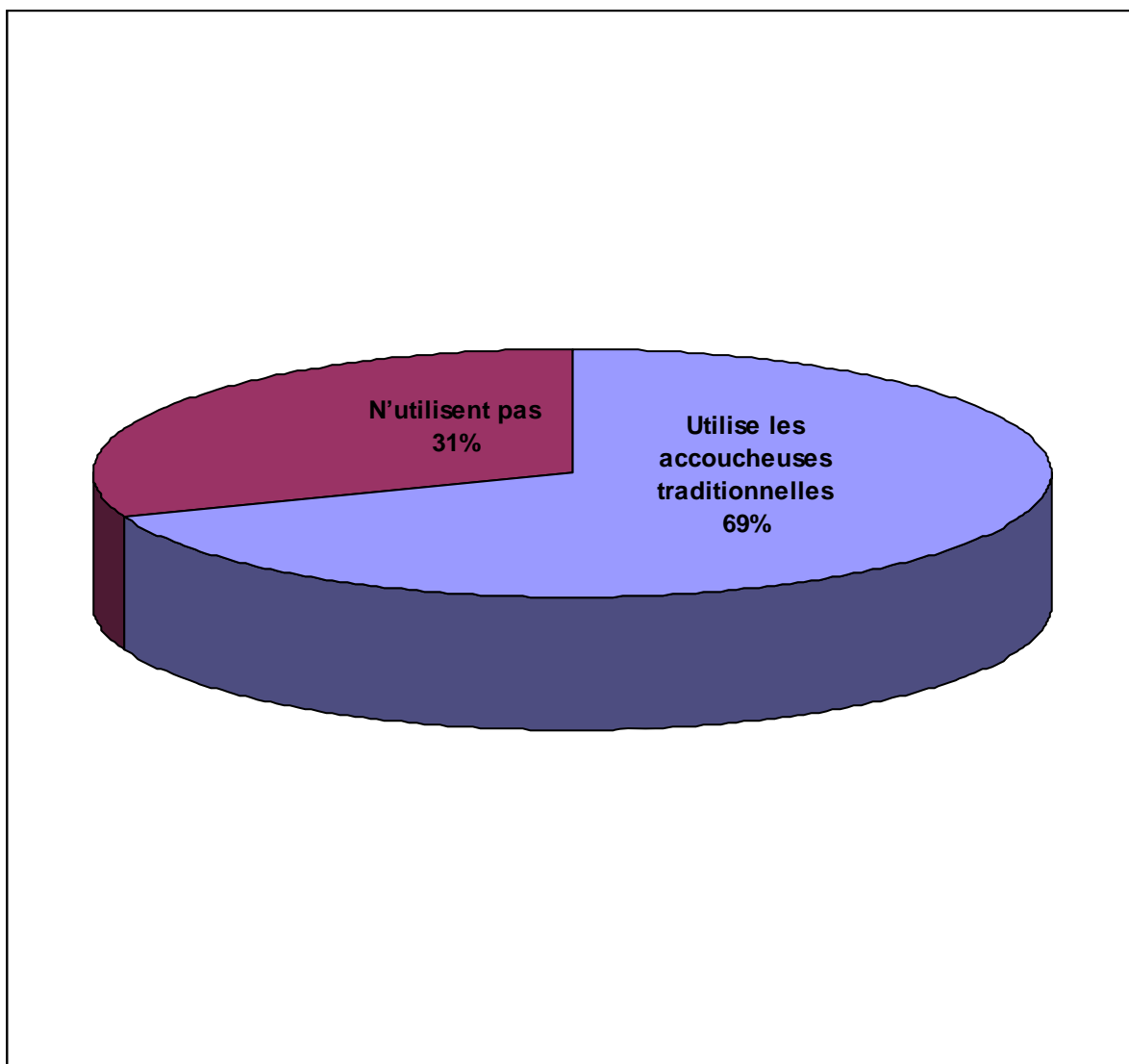
| Utilisation de médecin traditionnel | Fréquence | Pourcentage |
|------------------------------------------------|------------------|--------------------|
| Fréquentent un guérisseur traditionnel | 17 | 8,8 |
| Ne fréquentent pas | 59 | 30,4 |
| Utilise eux même les médicaments traditionnels | 118 | 60,8 |
| Total | 194 | 100,0 |

Dans l'échantillon, **8,8 %** des enquêtées fréquentent un guérisseur traditionnel, contre **30,4 %** qui ne fréquentent pas, par contre **60,8 %** utilise eux même leurs médicaments traditionnels.

TABLEAU 30 : OPINION DES GESTANTES EN FONCTION DU NOMBRE DE CPN (CONSULTATION PRENATALE) EFFECTUÉE :

| Nombre de CPN effectuée | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------------------|------------------|--------------------|
| Une a 2 fois | 21 | 27,3 |
| 3 a 4 fois | 31 | 40,2 |
| 5 a 6 fois | 9 | 11,7 |
| N'a pas été pesé | 16 | 20,8 |
| Total (gestantes) | 77 | 100,0 |

Parmi les gestantes interrogées, **40,2 %** d'entre elles ont réalisé entre 3 à 4 CPN, **11,7 %** a fait 5 à 6 CPN, contre **27,3 %** qui a fait moins de 3 CPN et **20,8 %** n'a fait aucune CPN au cours de leur dernière grossesse. Globalement, plus de la moitié des femmes enceintes (**51,9%**) ont réalisé plus de 3 CPN au cours de leur grossesse, ce qui correspond aux normes en matière de suivi prénatal.



GRAPHIQUE VII : RÉPARTITION DES FEMMES QUI N'UTILISENT PAS LE CSCOM SELON LA FRÉQUENTATION DES ACCOUCHEUSES TRADITIONNELLES :

Parmi les femmes qui n'utilisent pas le CSCOM **69,1 %** d'entre elles utilisent les services des accoucheuses traditionnelles contre **30,9 %** qui n'utilise pas. Parmi ces **69,1 %** qui utilisent des accoucheuses traditionnelles, il y'a en a qui accouchent à domicile souvent. Par ailleurs **32,4%** a refusé de répondre.

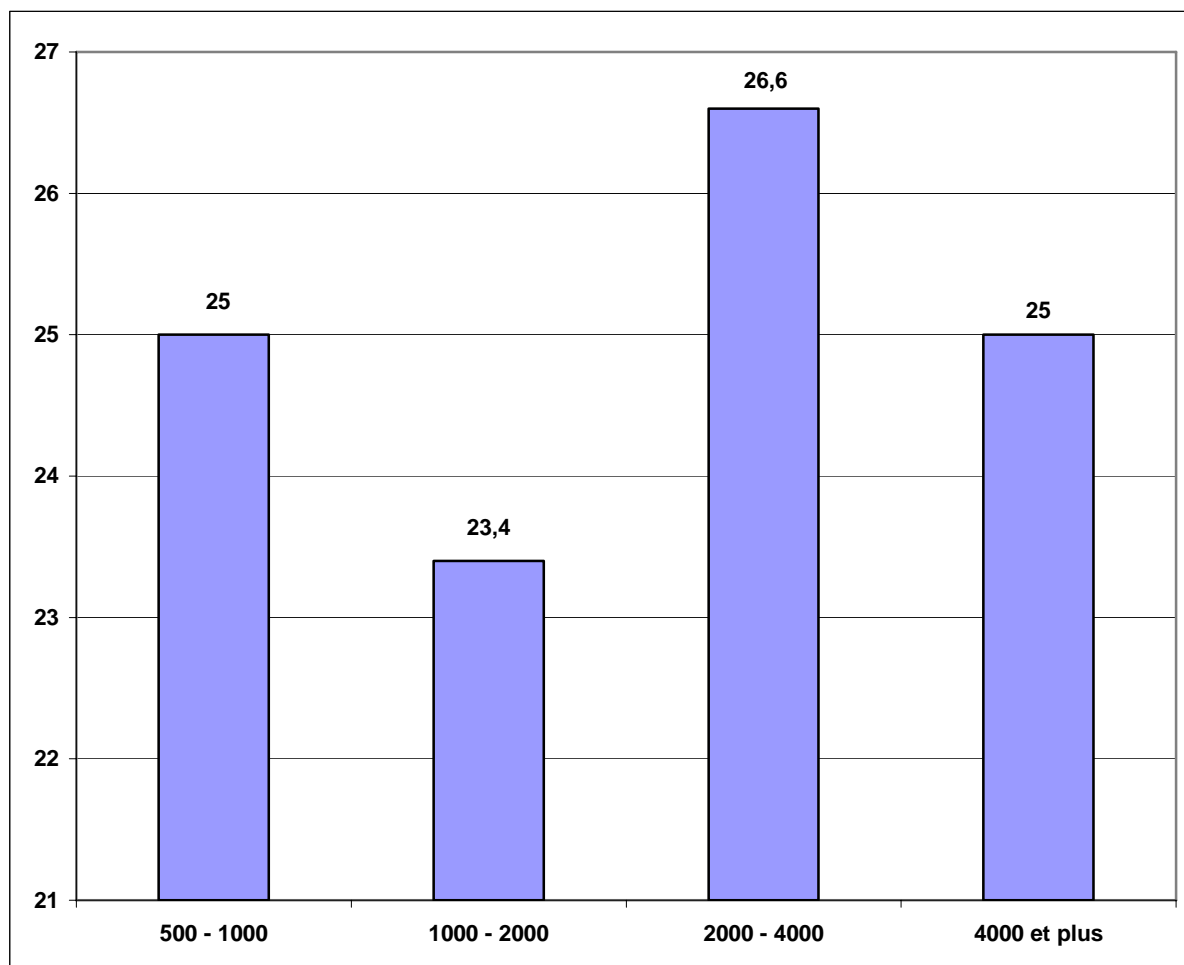
TABLEAU 31 : RÉPARTITION DES FEMMES SUR LE NOMBRE D'ACCOUCHEMENT EFFECTUÉS AU CSCOM :

| Nombre d'accouchement | Fréquence | Pourcentage |
|------------------------------|------------------|--------------------|
| Une fois à 2 fois | 54 | 22 |
| 3 à 4 fois | 109 | 44,5 |
| Aucune fois | 69 | 28,2 |
| Refus de répondre | 13 | 5,3 |
| Total | 245 | 100,0 |

Parmi les femmes interrogées **22%** a déjà fait entre un à deux accouchements, **44,5%** entre 3 à 4 fois.

10,25% des femmes ne se souviennent pas du nombre d'accouchement effectué au CSCom.

6.2.4 Financement des soins (Accès financier) :



GRAPHIQUE VIII: OPINION DES USAGERS SELON LES FRAIS DE MEDICAMENTS :

Une proportion comparable de 25 % déclare des frais allant entre 500 – 1000 F ; et 4 000 et plus.

Près de 67 % des personnes interrogées ne connaissent le coût des médicaments payés.

Tableau 32 : Opinion des usagers selon le montant des frais de médicaments :

| Montant des frais de médicaments | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------------------|-----------|--------------|
| Trouvent le montant élevé | 38 | 39,6 |
| Ne trouvent pas le montant élevé | 58 | 60,4 |
| Total | 96 | 100,0 |

Plus de **60%** ne trouve pas le montant élevé contre **39,6 %** qui pense le contraire.

La moitié des enquêtés (**50,5%**) n'ont pas exprimé d'opinion sur le coût des médicaments prescrits au CCom.

TABLEAU 33: NIVEAU DE CONNAISSANCE DES USAGERS DU PRIX DE LA CONSULTATION :

| Prix de la consultation | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------------|-----------|--------------|
| 300F | 72 | 94,7 |
| 600F | 4 | 5,3 |
| Total | 76 | 100,0 |

Parmi les usagers du CCom, **94,7%** dit que c'est 300F ce qui veut dire qu'il a la carte d'adhérent, par contre **5,3 %** dit que c'est 600F.

Par ailleurs, **60,9 %** ne se souvient pas du frais de consultation.

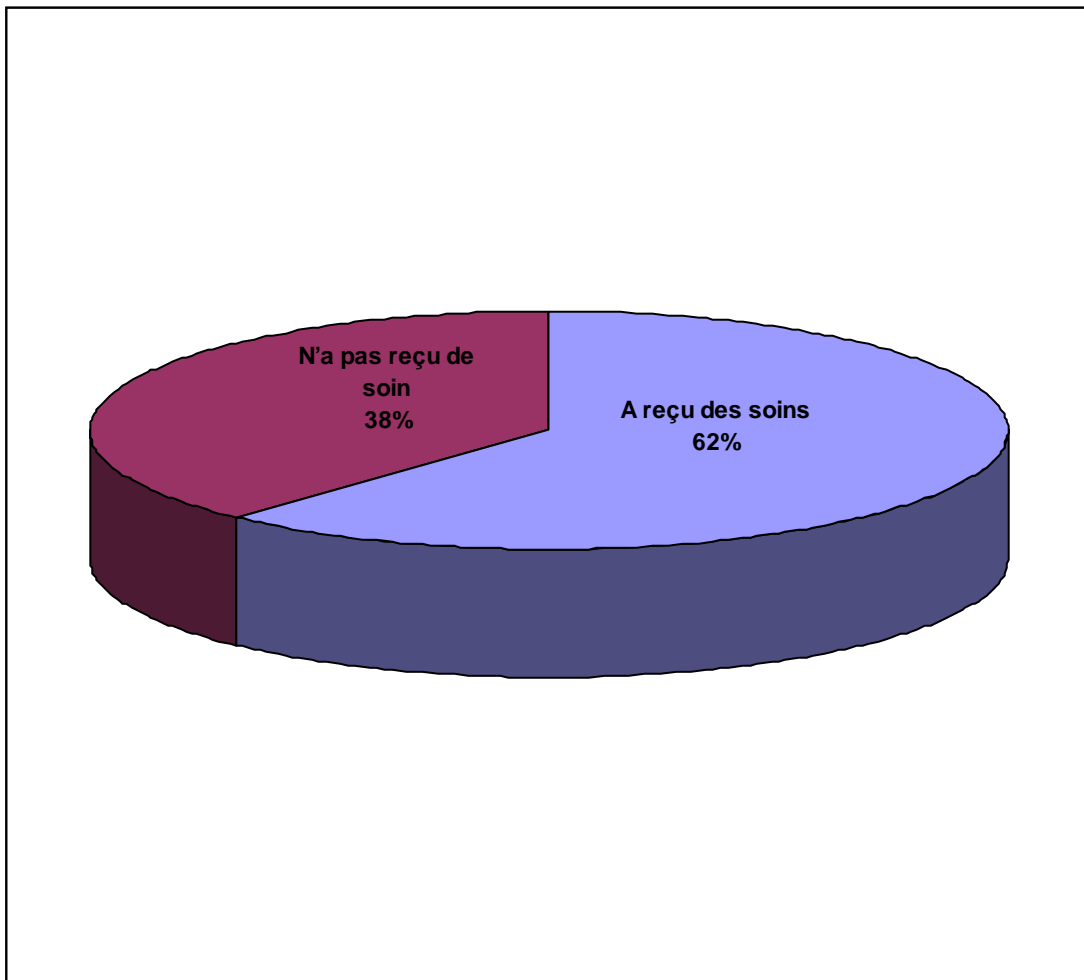
Le tarif de la consultation est de 600F pour les non adhérents et 300F pour les adhérents.

TABLEAU 34 : OPINION DES USAGERS SELON LE MONTANT DES FRAIS DE CONSULTATION :

| Opinion sur le montant des frais de consultation | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------------------------------------------|------------------|--------------------|
| Trouvent le montant élevé | 3 | 4,2 |
| Ne trouvent pas le montant élevé | 69 | 95,8 |
| Total | 72 | 100,0 |

Parmi les usagers qui viennent en consultation **95,8%** ne trouve pas le montant élevé, **4,2%** % trouve élevé les frais de consultation.

Par contre **62,2 %** ne sait pas si le montant est élevé ou pas.



GRAPHIQUE IX: OPINION DES USAGERS SELON LES SOINS OFFERTS (INJECTION, PERFUSION)

Parmi les usagers qui fréquentent le CSCom **61,9 %** a reçu des soins contre **38,1 %** qui n'a reçu aucun soin.

TABLEAU 35: OPINION DES ENQUETÉS SELON L'ADHÉSION À LA CARTE DU CSCOM :

| Adhésion à la carte du CSCOM | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------------------------|------------------|--------------------|
| Oui | 282 | 82,9 |
| Non | 58 | 17,1 |
| Total | 340 | 100,0 |

Plus de **2/3** des personnes interrogées ont adhéré au CSCom à travers une carte d'adhérent.

On note par contre que 11,5 % des personnes interrogées ne sont pas informées de l'existence de cette possibilité.

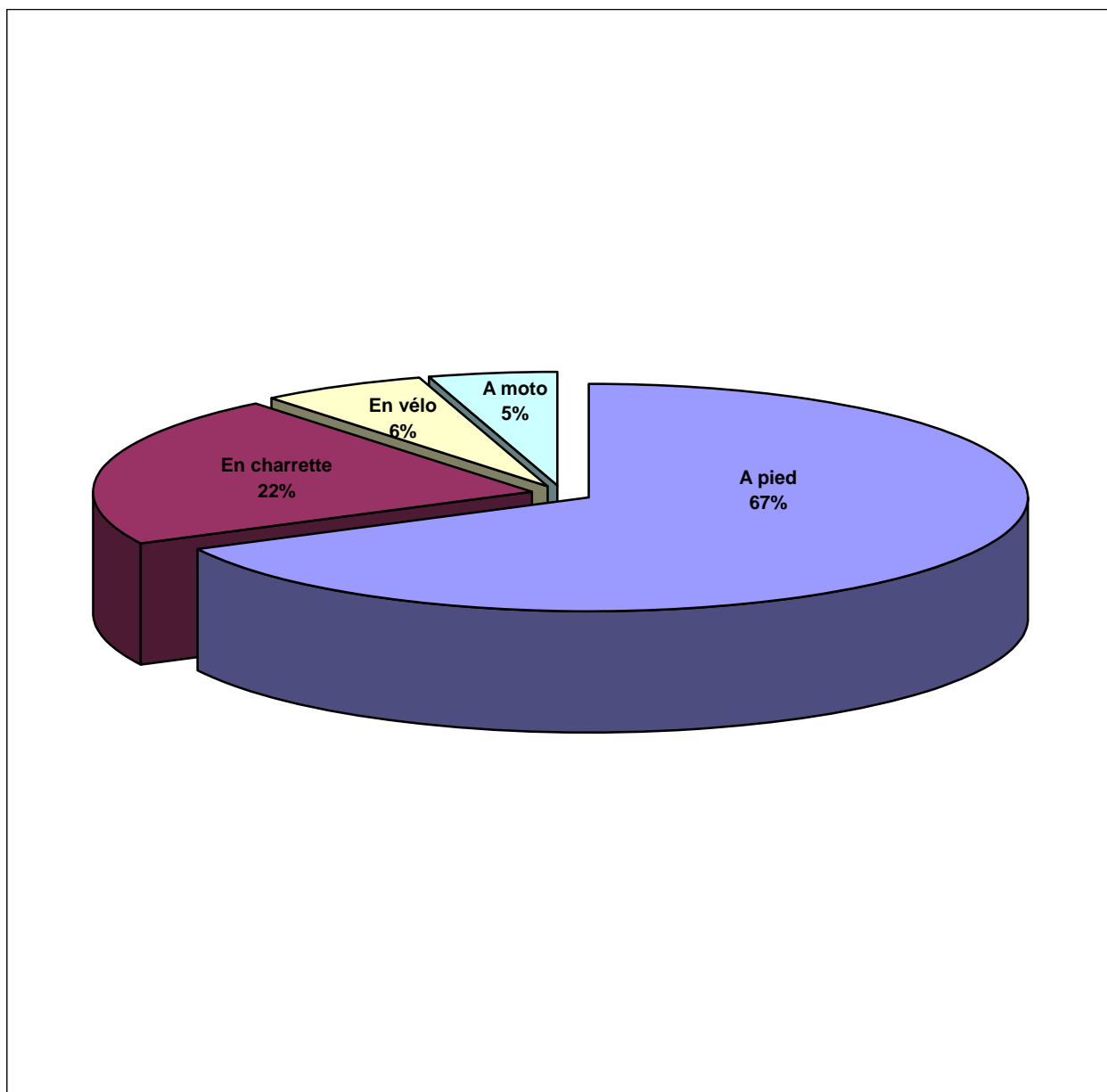
TABLEAU 36: RÉPARTITION DES FEMMES ENCEINTES AYANT LEUR CARNET DE SANTÉ POUR LA GROSSESSE :

| Carnet de santé | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------------|------------------|--------------------|
| Ayant leur carnet | 59 | 96,8 |
| N'ayant pas leur carnet | 2 | 3,2 |
| Total(gestantes) | 61 | 100,0 |

Parmi les femmes qui viennent en consultation prénatale **96,8 %** avait leur carnet de grossesse, contre **3,2 %** qui n'en avait pas.

6.2.5. Dimension de la qualité des soins :

6.2.5.1. Accessibilité :



GRAPHIQUE X : OPINION DES USAGERS SELON LES MOYENS UTILISÉS POUR SE RENDRE AU CSCOM :

Selon les moyens utilisés, **67,5 %** qui constitue la majorité des usagers vont à pied, **21,7 %** utilise la charrette pour se rendre au CSCOM, **6,2 %**

va en vélo contre **4,6 %** qui utilise la moto comme moyen pour se rendre.

TABLEAU 37 : RÉPARTITION DES USAGERS SELON LE TEMPS MIS POUR ARRIVER AU CSCOM :

| n = 194 | Fréquence | Pourcentage |
|----------------|------------------|--------------------|
| 5 - 10mn | 22 | 84,6 |
| 20 - 30 mn | 4 | 15,4 |
| Total | 26 | 100,0 |

Près de **85 %** met moins de 10 mn et 15,4% entre 20 et 30 mn.

Plus de **86 %** des usagers ne connaissent pas le temps qu'ils mettent pour se rendre au CSCom.

TABLEAU 38 : OPINION DES USAGERS SELON L'ACCÈS AUX TOILETTES :

| n= 194 | Fréquence | Pourcentage |
|---------------|------------------|--------------------|
| Oui | 154 | 100,0 |
| Total | 154 | 100,0 |

La plupart des usagers ont accès aux toilettes (**100%**). Par contre **20,6 %** ne sait pas qu'il y a des toilettes au CSCom.

TABLEAU 39: RÉPARTITION DES ENQUÊTÉS SELON L'ACCÈS AU CSCOM APRÈS LA FERMETURE :

| n= 384 | Fréquence | Pourcentage |
|---------------|------------------|--------------------|
| Beaucoup | 112 | 80 |
| Moyennement | 24 | 17,1 |
| Pas du tout | 4 | 2,9 |
| Total | 140 | 100,0 |

La plupart des enquêtés **80%** a régulièrement recours au CSCom en dehors des heures ouvrables contre **17,1%** qui y a recours moyennement.

Près de **63,5 %** des usagers ne savent pas que l'accès aux CSCom est possible après les heures de fermeture.

Ceci démontre qu'une importante campagne d'information des populations de l'aire s'impose pour qu'ils aient accès au centre même en dehors des heures ouvrables.

L'utilisation assez importante du centre en dehors des heures d'ouverture habituelle devrait conduire le personnel de santé à modifier les heures d'ouverture du centre pour les adapter aux activités socio-économiques des populations couvertes.

TABLEAU 40 : OPINION DES ENQUETÉS SELON L'EMPLACEMENT DU CSCOM :

| n= 384 | Fréquence | Pourcentage |
|------------------------|------------------|--------------------|
| Convenable | 300 | 90,9 |
| Moyennement convenable | 30 | 9,1 |
| Total | 330 | 100,0 |

La quasi-totalité **90,9%** des personnes enquêtées estime que le site actuel du CSCOM est convenable contre **9,1%** qui estime que c'est moyennement convenable.

Près de **14 %** des personnes interrogées n'ont pas exprimé leur opinion sur cette question.

TABLEAU 41: OPINION DES ENQUETÉS SELON LA CONVENANCE DES HEURES D'OUVERTURE DU CSCOM :

| n = 384 | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------------|------------------|--------------------|
| Convient beaucoup | 132 | 78,6 |
| Convient moyennement | 32 | 19 |
| Me convient pas du tout | 4 | 2,4 |
| Total | 168 | 100,0 |

Parmi les utilisateurs et non utilisateurs du CSCom, **78,6%** déclare que l'heure d'ouverture est bien convenable, **19%** déclare que c'est moyen, par contre **2,4 %** seulement de l'échantillon dit que ce n'est pas bon du tout.

Par ailleurs, 56,3 % dit qu'il ne sait rien de l'heure d'ouverture du CSCoM.

TABLEAU 42: OPINION DES USAGERS SELON L’AFFICHAGE DES TARIFS AUX PUBLICS :

| n= 194 | Fréquence | Pourcentage |
|---------------|------------------|--------------------|
| Non | 43 | 100,0 |
| Total | 43 | 100,0 |

La totalité des usagers (100%) déclarent qu'ils ne sont pas affichés.

Plus de 2/3 des personnes interrogées ne savent pas que les tarifs des actes sont affichés.

L'observation sur le terrain montre que les tarifs sont affichés ; mais il est possible que le vent les décroche. Il est donc souhaitable d'encadrer afin de bien protéger ces affiches pour une meilleure information du public.

6.2.5.2. Acceptabilité :

TABLEAU 43 : OPINION DES USAGERS SELON LE NIVEAU DE SATISFACTION PAR RAPPORT AUX QUESTIONS QU'ILS POSENT LORS DE LA CONSULTATION

| n= 194 | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------------|------------------|--------------------|
| A beaucoup posé | 52 | 28,9 |
| A moyennement posé | 15 | 8,3 |
| N'a pas posé de question | 113 | 62,8 |
| Total | 180 | 100,0 |

Lors de leur consultation au CSCom, **62,8%** des personnes interrogées dit qu'il n'a posé aucune question au praticien sur leur état de santé. Par contre, **28,9%** a posé beaucoup pour comprendre leur problème de santé contre **8,3%** qui a moyennement interrogé le praticien sur leur santé.

Par ailleurs **7,2 %** des personnes interrogées ne savent pas s'ils ont posé des questions ou pas.

TABLEAU 44 : OPINION DES USAGERS SELON LA COMPRÉHENSION DE LEUR PROPRE PROBLÈME DE SANTÉ :

| n = 194 | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------------|------------------|--------------------|
| A beaucoup compris | 110 | 64 |
| A moyennement compris | 42 | 24,4 |
| N'a pas du tout compris | 20 | 11,6 |
| Total | 172 | 100,0 |

Parmi les usagers du CCom, **64%** dit qu'il a beaucoup compris leur problème de santé, **24,4%** déclarent qu'il a moyennement compris, par contre **11,6%** dit qu'il n'a pas du tout compris leur problème de santé.

Par ailleurs **11,3 %** ne sait rien de leur problème de santé.

TABLEAU 45 : OPION DES FEMMES ACCOUCHÉES AYANT BÉNÉFICIÉ DES CONSEILS POUR ALLAITER LE BÉBÉ :

| n= 50 | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------------------------------------------|------------------|--------------------|
| N'a pas reçu de conseil | 28 | 63,6 |
| A reçu immédiatement des conseils après l'accouchement | 16 | 36,4 |
| Total | 44 | 100,0 |

Parmi les accouchées, 63,6% a reçu immédiatement des conseils pour l'allaitement, contre **36,4 %** qui n'en n'a pas reçu.

Par ailleurs **12%** ne se souvient pas.

Cette situation dénote une très mauvaise pratique en matière de santé de la reproduction. Le CSCom ne respecte pas les recommandations de l'OMS sur les bonnes pratiques de l'allaitement. Cependant, la sage femme déclare avoir reçu plusieurs formations en périnatalité.

TABLEAU 46 : OPINION DES USAGERS SELON LE TEMPS D'ATTENTE AVANT DE SE FAIRE CONSULTER :

| n= 194 | Fréquence | Pourcentage |
|---------------|------------------|--------------------|
| 5 - 15 mn | 8 | 72,7 |
| 20 - 30 mn | 3 | 27,3 |
| Total | 11 | 100,0 |

Parmi les usagers du CSCom, **72,7%** dit qu'il a attendu moins de 15 mn et seulement **27,3%** moins de 30 mn.

Par ailleurs, **72,7%** ne sait pas le temps qu'il a mis avant de se faire consulter.

TABLEAU 47 : OPINION DES USAGERS SELON L'ACCEPTABILITÉ DU DÉLAI D'ATTENTE :

| n= 194 | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------------------|------------------|--------------------|
| Trouve le délai acceptable | 154 | 90,6 |
| Ne trouve pas le délai acceptable | 16 | 9,4 |
| Total | 170 | 100,0 |

Plus de **90%** des usagers trouve que le délai d'attente est acceptable contre **9,4%** qui pense le contraire. Par ailleurs **12,4%** ne sait pas.

6.2.5.3. Disponibilité :

TABLEAU 48 : OPINION DES USAGERS SUR LE CONFORT DE L'INSTALLATION PENDANT L'ATTENTE :

| n= 194 | Fréquence | Pourcentage |
|---------------|------------------|--------------------|
| Confortable | 147 | 88 |
| Inconfortable | 20 | 12 |
| Total | 167 | 100,0 |

Plus de la moitié des usagers (88%) trouve qu'il est confortablement installé pendant l'attente de la consultation contre 12% qui estime le contraire.

Par ailleurs 13,9% des usagers ne sait pas s'il est installé confortablement ou pas.

TABLEAU 49: OPINION DES USAGERS SELON LE CONFORT DES LOCAUX :

| N= 194 | Fréquence | Pourcentage |
|------------------|------------------|--------------------|
| Très confortable | 108 | 59,3 |
| Confort moyen | 70 | 38,5 |
| Pas de confort | 4 | 2,2 |
| Total | 182 | 100,0 |

Parmi les usagers 59,3% trouve les locaux du CSCoM beaucoup confortables contre 38,5% qui estime le confort moyen.

Par ailleurs **6,2%** ne sait pas si les locaux sont confortables.

TABLEAU 50 : OPINION DES USAGERS SELON LA PROPRETÉ DES TOILETTES :

| n= 194 | Fréquence | Pourcentage |
|---------------|------------------|--------------------|
| Propre | 79 | 88,8 |
| Pas propre | 10 | 11,2 |
| Total | 89 | 100,0 |

Près de **89%** des usagers trouve les toilettes propres contre **11, 2 %** qui les trouvent sales.

Par ailleurs **54,1%** ne sait rien de la propreté des toilettes.

TABLEAU 51 : OPINION DES USAGERS SELON L'OBTENTION DES MEDICAMENTS PRESCRITS :

| Obtention des médicaments prescrits | Fréquence | pourcentage |
|------------------------------------------------|------------------|--------------------|
| A obtenu la totalité des médicaments prescrits | 190 | 97,9 |
| N'a obtenu que quelques uns | 4 | 2,1 |
| Total | 194 | 100,0 |

Parmi les usagers **97,9 %** a obtenu la totalité de leurs médicaments prescrits au dépôt de stock contre **2,1 %** qui n'a obtenu que quelques uns.

TABLEAU 52 : OPINION DES USAGERS SELON L'HEURE D'ARRIVÉE AU CSCOM :

| n = 194 | Fréquence | Pourcentage |
|----------------|------------------|--------------------|
| 8H - 10 H | 48 | 61,6 |
| 10H - 12 H | 10 | 12,8 |
| 15 H - 18 h | 15 | 19,2 |
| 19H - 0 H | 5 | 6,4 |
| Total | 78 | 100,0 |

Plus de 61% des patients arrivent au CSCom entre 8 h et 10 heures. Près de 7% seulement des patients arrivent entre 19 h et minuit.

Près de 60 % de patients ne savent pas à quelle heure ils fréquentent le CSCom.

TABLEAU 53 : OPINION DES FEMMES SELON LE TEMPS MIS À LA MATERNITÉ AVANT D'ACCOUCHER :

| | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------|------------------|--------------------|
| Moins d'une heure | 30 | 60 |
| Plus d'une heure | 20 | 40 |
| Total | 50 | 100,0 |

Parmi les femmes qui ont accouché au CSCom, 60% d'entre elles sont venues à moins d'une heure avant l'accouchement, 40% à plus d'une heure avant l'accouchement.

Par ailleurs, plus de 35 % de ces femmes ont accouché à domicile et sont venues à la maternité pour les soins.

TABLEAU 54 : OPINION DES USAGERS SELON L'ÉCOUTE DU MÉDECIN :

| n= 194 | Fréquence | Pourcentage |
|---------------|------------------|--------------------|
| M'a écouté | 179 | 100,0 |
| Total | 179 | 100,0 |

La totalité des usagers (100%) estime que le médecin est à l'écoute de ses patients. Cette prédisposition est un élément important de la qualité des soins, car elle instaure la confiance entre soignant et soigné. Par ailleurs, 7,7% ne sait pas.

Tous les 194 usagers interrogés, déclarent qu'ils ont bien compris l'explication qui leur a été fourni sur l'utilisation de la prescription médicamenteuse.

TABLEAU 55: OPINION DES FEMMES SELON LA RAISON D'ACCOUCHER AU CSCOM :

| Raison d'accoucher au CSCOM | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------------------------------------------------|------------------|--------------------|
| Mari a dit d'aller accoucher au CSCOM | 31 | 62,0 |
| Pour éviter les complications | 13 | 26,0 |
| Accoucher dans une maternité offre une plus grande sécurité | 6 | 12,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Parmi les femmes qui ont accouché au CSCoM, **62 %** déclare qu'elle a accouché au CSCoM sur autorisation de leur mari, **26 %** dit que c'est bon d'accoucher au CSCoM pour éviter des complications et **12 %** estime qu'il offre une plus grande sécurité.

2.5.4. Réactivité :

TABLEAU 56 : OPINION DES USAGERS SELON L'ACCUEIL DES PRESTATAIRES DE SOINS :

| n = 194 | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------|------------------|--------------------|
| Accueil bon | 85 | 64,9 |
| Accueil Moyen | 38 | 29 |
| Pas bon du tout | 8 | 6,1 |
| Total | 131 | 100,0 |

Au niveau du dispensaire, **64,9%** des usagers déclarent que l'accueil est bon, **29%** disent qu'il est moyen et **6,1%** estiment que l'accueil n'est pas bon du tout. Par ailleurs, **32,5 %** des usagers ne savent rien de l'accueil des prestataires de soin.

TABLEAU 57 : OPINION DES FEMMES QUI ONT ACCOUCHE SELON L'ACCUEIL RESERVE PAR LA SAGE FEMME

| | fréquence | Pourcentage |
|----------------------|------------------|--------------------|
| Accueil bon | 20 | 40 |
| Accueil mauvais | 7 | 14 |
| Accueil très mauvais | 23 | 46 |
| Total | 50 | 100,0 |

Au niveau de la maternité 40 % seulement de femmes estime que l'accueil est bon alors que 60 % dit que l'accueil est mauvais voir très mauvais.

Plus de 35 % des usagers ne se souvient plus de l'accueil réservé par la sage femme.

TABLEAU 58 : OPINION DES USAGERS SELON LA CONSIDERATION DES PRESTATAIRES DE SOINS :

| Considération des prestataires de soin | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------------------------------|------------------|--------------------|
| Avec beaucoup de considération | 143 | 73,7 |
| Considération moyenne | 23 | 11,9 |
| Pas du tout | 9 | 4,6 |
| Refus de répondre | 19 | 9,8 |
| Total | 194 | 100,0 |

Pour près de 2/3 des usagers, les prestataires de soins les considèrent beaucoup et **11,9 %** s'estime moyennement considérer contre moins de 5 % qui estime que les prestataires ne les accordent aucune considération.

TABLEAU 59 : OPINION DES USAGERS SELON LA CONFIDENTIALITÉ DE LA CONSULTATION :

| n=194 | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------------------|------------------|--------------------|
| Avec beaucoup de confidentialité | 162 | 95,9 |
| Confidentialité moyenne | 7 | 4,1 |
| Total | 169 | 100,0 |

Près de **96%** d'usagers estiment que la consultation se déroule dans la plus grande confidentialité, ce qui constitue un atout majeur en matière d'instauration de la confiance entre soignant et soigné, facteur favorisant des soins de qualité.

Par ailleurs **12,9%** ne sait pas si leur consultation a été confidentielle.

TABLEAU 60 : OPINION DES USAGERS SELON L'ATTENTION DE L'AGENT DE SANTÉ VIS-À-VIS DES PATIENTS :

| Attention de l'agent de santé | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------------------------|------------------|--------------------|
| Avec beaucoup d'attention | 149 | 87,6 |
| Attention moyenne | 21 | 12,4 |
| Total | 170 | 100,0 |

Ce tableau montre que **87,6%** des usagers ont été traité avec beaucoup d'attention et **12,4%** dit qu'il a été traité avec une attention moyenne. Plus de **12 %** des usagers ne savent pas si l'agent de santé leur a fait attention ou pas.

TABLEAU 61 : OPINION DES USAGERS SELON LE RESPECT DE LEUR INTIMITÉ PHYSIQUE :

| n= 194 | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------|------------|--------------|
| Beaucoup respecté | 171 | 100,0 |
| Total | 171 | 100,0 |

La presque totalité des usagers déclarent beaucoup le respect de leur intimité physique.

Par contre, **11,9 %** dit qu'il ne se souvient pas.

De plus **100 %** de femmes qui ont été pesé estiment leur intimité physique respectée lors de la consultation prénatale.

6.2.5.5. Globalité des soins :

TABLEAU 62 : OPINION DES USAGERS SELON L'EXAMEN PHYSIQUE FAIT PAR L'AGENT DE SANTÉ :

| Examen physique | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------------------------------|------------------|--------------------|
| Tension Artérielle | 129 | 66,5 |
| Température | 77 | 39,7 |
| Auscultation, palpation | 30 | 15,5 |
| Autres (yeux, oreilles, membres inférieurs) | 133 | 68,5 |

Lors de la consultation au niveau du CSCoM, **39,7 %** des usagers dit que leur température a été prise, **66,5 %** déclare que leur tension a été prise, **15,5 %** dit qu'il a été ausculté, **68,5 %** constitue les autres examens physiques. Par ailleurs **15,1 %** ne se souvient pas s'il a été examiné ou pas.

TABLEAU 63 : OPINION DES GESTANTES SELON L'EXAMEN PHYSIQUE FAIT PAR L'AGENT DE SANTÉ :

| Examen physique | Fréquence | Pourcentage |
|------------------------|------------------|--------------------|
| Yeux (anémie) | 55 | 90,1 |
| TA | 61 | 100,0 |
| Pesée | 61 | 100,0 |
| Auscultation | 58 | 95,1 |
| Palpation | 61 | 100,0 |
| TV | 61 | 100,0 |
| Jambes (œdème) | 48 | 78,9 |
| Hauteur utérine | 58 | 95,1 |
| Vaccination | 61 | 100,0 |

Selon l'examen fait par la sage femme, **90,1** % des gestantes disent que leurs yeux ont été examinés, **toutes** déclarent que la prise de la tension, la pesée ainsi que la palpation du ventre et le toucher vaginal ont été réalisés ainsi que leur vaccination. **95,1** % dit qu'elle a été auscultée, **78,9%** dit que leurs jambes ont été examinées, **95,1** % a eu une mensuration de la hauteur utérine.

TABLEAU 64: OPINION DES ACCOUCHEES SUR LES SOINS REÇUS APRÈS L'ACCOUCHEMENT :

| Soins reçus | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------|
| Toilette du périnée | 20 | 40,0 |
| N'a reçu aucun soin | 2 | 4,0 |
| Autres soins (injection, épisiotomie, révision utérine, perfusion) | 28 | 56,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Parmi les accouchés, **40 %** a reçu des toilettes du périnée, **4 %** des accouchées n'ont reçu aucun soin, par contre **56 %** des accouchées ont reçu les autres soins. La toilette du périnée devrait être systématique chez toutes les accouchées, or près de **60 %** n'en n'a pas reçu., certainement en raison des accouchements réalisés à domicile. Mais on a noté que pour ces cas, les soins sont habituellement réalisés au CSCom, ce qui constitue une contrainte à la qualité des soins.

TABLEAU 65 : OPINION DES ACCOUCHEES SELON LES SOINS REÇUS PAR LE NOUVEAU NÉ APRÈS L'ACCOUCHEMENT :

| soins reçus | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------------------------------------------------|-----------|--------------|
| Toilette néonatale | 17 | 34,0 |
| Soins médicaux(gouttes dans les yeux, vaccination, injection) | 20 | 4,0 |
| Aucun soin | 13 | 26,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Parmi les nouveaux nés, **34 %** a reçu des toilettes néonatales, **4 %** a reçu des soins médicaux et **26 %** n'a reçu aucun soin.

6.2.5.6. Continuité des soins :

TABLEAU 66 : RÉPARTITION DES ACCOUCHEES QUI ONT REÇU DES SOINS DU CORDON :

| Soins du cordon | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------------------------|-----------|--------------|
| Oui, par la sage femme sans explication | 41 | 82,0 |
| Oui, par la matrone sans explication | 9 | 18,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Les soins du cordon donné aux accouchées sont exécutés dans **82 %** par la sage en présence de la mère sans explication et dans **18 %** des cas par la matrone en présence de la mère sans explication. Aucune des

accouchées que nous avons interrogé n'a fait l'objet de consultation spécialisée.

TABLEAU 67: RÉPARTITION DES ACCOUCHÉES QUI ONT REÇU UNE ORDONNANCE :

| Ordonnance | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------------|------------------|--------------------|
| Ont reçu une ordonnance | 27 | 54,0 |
| N'ont pas reçu d'ordonnance | 23 | 46,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Parmi les accouchées du CSCoM, **54 %** a reçu une ordonnance à la faveur de leur accouchement contre **46 %** qui n'en a pas reçu. La prescription systématique de collyre pour le nouveau-né n'a donc pas été respecté dans près de 46 % des cas, ce qui pourrait constituer un risque pour ces nouveau-nés.

TABLEAU 68 : DURÉE DE SÉJOUR DES ACCOUCHÉES DU CSCOM APRÈS L'ACCOUCHEMENT :

| Heure de départ | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------------------|------------------|--------------------|
| Moins de 24 h après accouchement | 47 | 94,0 |
| Plus de 24 h après accouchement | 3 | 6,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Parmi les accouchées **94 %** est partie à la maison moins de 24 h après l'accouchement **et 6 %** 24 h après

TABLEAU 69: OPINION DES USAGERS QUI ONT ÉTÉ REFERÉE POUR CONSULTATION SPECIALISÉE :

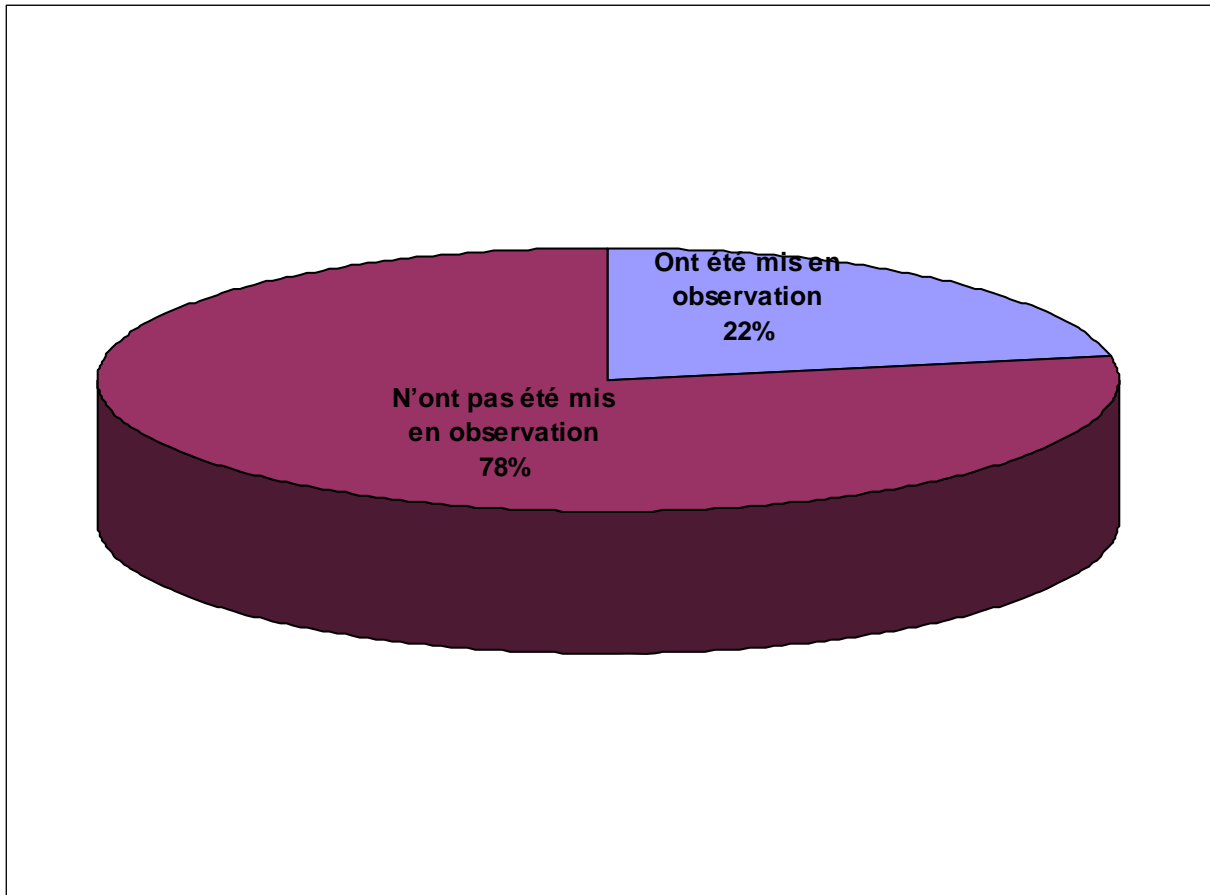
| Consultation spécialisée | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------------------------|------------------|--------------------|
| Ont fait des consultations spécialisées | 10 | 5,1 |
| N'ont pas fait | 184 | 94,9 |
| Total | 194 | 100,0 |

Parmi les 194 usagers du CSCom interrogés seulement 5,1 % a eu recours à la consultation spécialisée contre 94,9 %.

TABLEAU 69 : RÉPARTITION DES USAGERS QUI ONT REÇUS DES SOINS DANS LE CSCOM :

| Soins reçus dans le CSCOM | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------------------------------|------------------|--------------------|
| Ont reçu des soins (injection, perfusion) | 120 | 61,9 |
| N'ont pas reçu de soins | 74 | 38,1 |
| Total | 194 | 100,0 |

Parmi les usagers du CSCom, 62 % a reçu des soins dans ce CSCom contre 38 % qui n'a reçu aucun soin.



GRAPHIQUE XI : RÉPARTITION DES USAGERS SELON LEUR MISE EN OBSERVATION

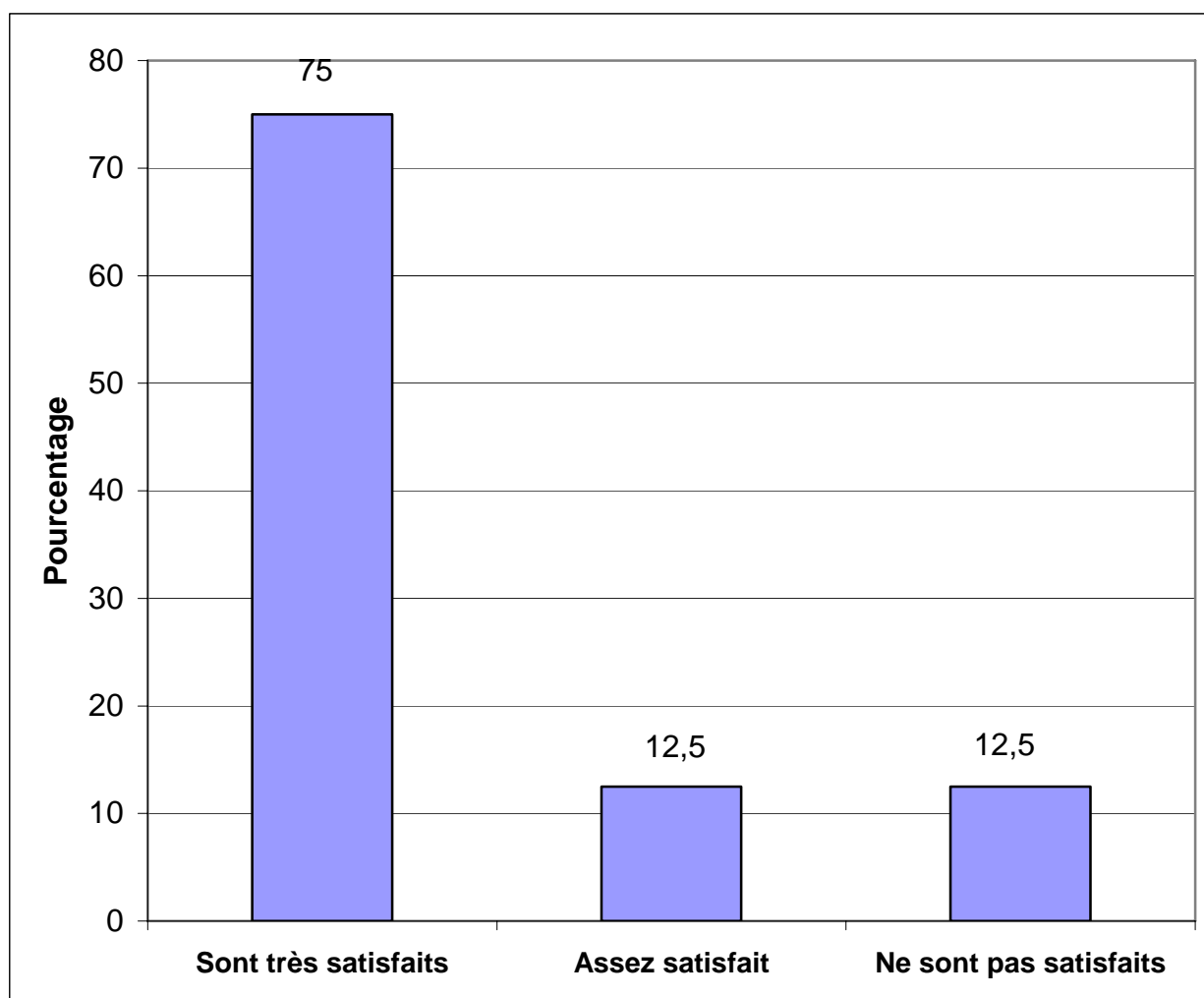
Parmi les usagers du CSCoM, **22,2 %** a été mis en observation contre **77,8 %**.

TABLEAU 70 : RÉPARTITION DES USAGERS SELON LE RETOUR AU CSCOM POUR CONTRÔLE :

| Retour pour contrôle | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------------|------------------|--------------------|
| Revenus pour contrôle | 124 | 63,9 |
| Ne sont pas revenus | 70 | 36,1 |
| Total | 194 | 100,0 |

Parmi les usagers **63,2 %** est revenu pour contrôle contre **36,1%**.

6.2.5.7. Satisfaction des usagers :



GRAPHIQUE XII : OPINION DES USAGERS SELON LE NIVEAU DE SATISFACTION QUANT À LA QUALITÉ DES SOINS REÇUS.

Le degré de satisfaction des usagers du CSCCom quant à la qualité des soins reçus est de **87,5 %** dont **75 %** se dit très satisfaits contre seulement **12,5 %** de non satisfait du tout.

La principale raison de non satisfaction est au fait qu'ils n'ont pas été guéris de leur maladie au niveau du CSCom.

TABLEAU 71 : PERCEPTION DES USAGERS SELON LE NIVEAU DE SATISFACTION QUANT ILS ÉTAIENT EN OBSERVATION :

| Satisfaction des usagers en observation | Fréquence | Pourcentage |
|------------------------------------------------|------------------|--------------------|
| Très satisfait | 33 | 76,7 |
| Assez satisfait | 10 | 23,3 |
| Total | 43 | 100,0 |

Parmi les usagers, **76,7 %**, a été très satisfait quant il était en observation, **23,3 %** des usagers ont été assez satisfaits.

TABLEAU 72 : OPINION DES USAGERS SELON LES RAISONS DE LA FRÉQUENTATION DU CSCOM :

| Raisons de la Fréquentation | Fréquence | Pourcentage |
|------------------------------------|------------------|--------------------|
| Pour mieux se soigner | 107 | 78,1 |
| A été guéri | 17 | 12,4 |
| Médecin est bon | 7 | 5,1 |
| Autres raisons | 6 | 4,4 |
| Total | 137 | 100,0 |

Parmi les usagers du CSCom, **78,1%** dit qu'il le fréquente pour mieux se soigner, **12,4%** parce qu'il a été guéri, **5,1 %** dit que le médecin est bon,

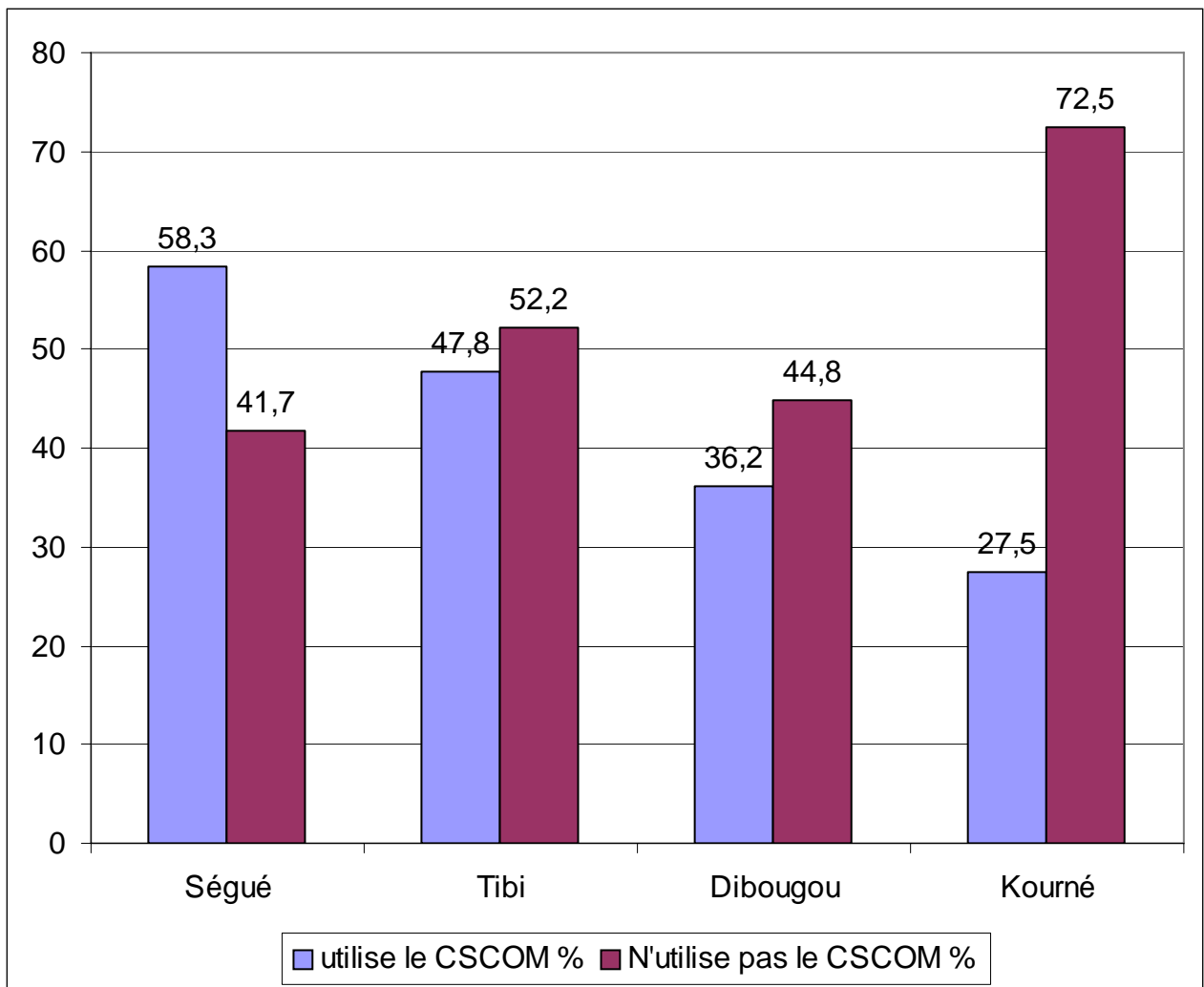
Par ailleurs, **29,4** % dit qu'il ne sait pas les raisons de la fréquentation du CSCom

TABLEAU 73 : OPINION DES ENQUETÉS SELON LEUR ÉTAT DE SANTÉ :

| État de santé | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------|------------------|--------------------|
| Très bonne | 14 | 3,8 |
| Bonne | 232 | 62,3 |
| Moyenne | 115 | 30,9 |
| Mauvaise | 11 | 2,9 |
| Total | 372 | 100,0 |

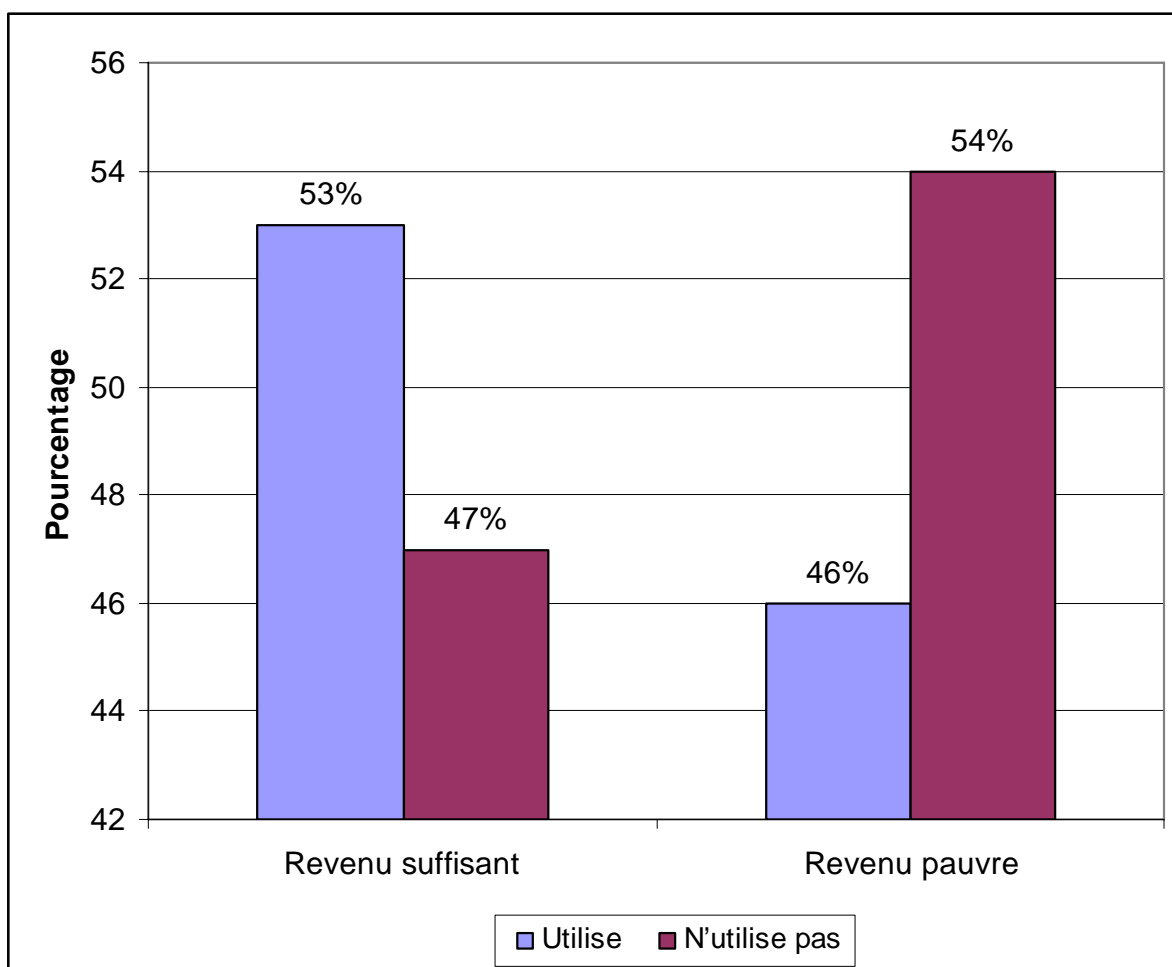
Sur les 372 personnes interrogées, **66,1%** dit avoir un état de santé entre très bon et bon contre **2,9** % qui dit ne pas avoir un bon état de santé.

Par ailleurs **3,1%** des enquêtés ne sait rien de leur état de santé.



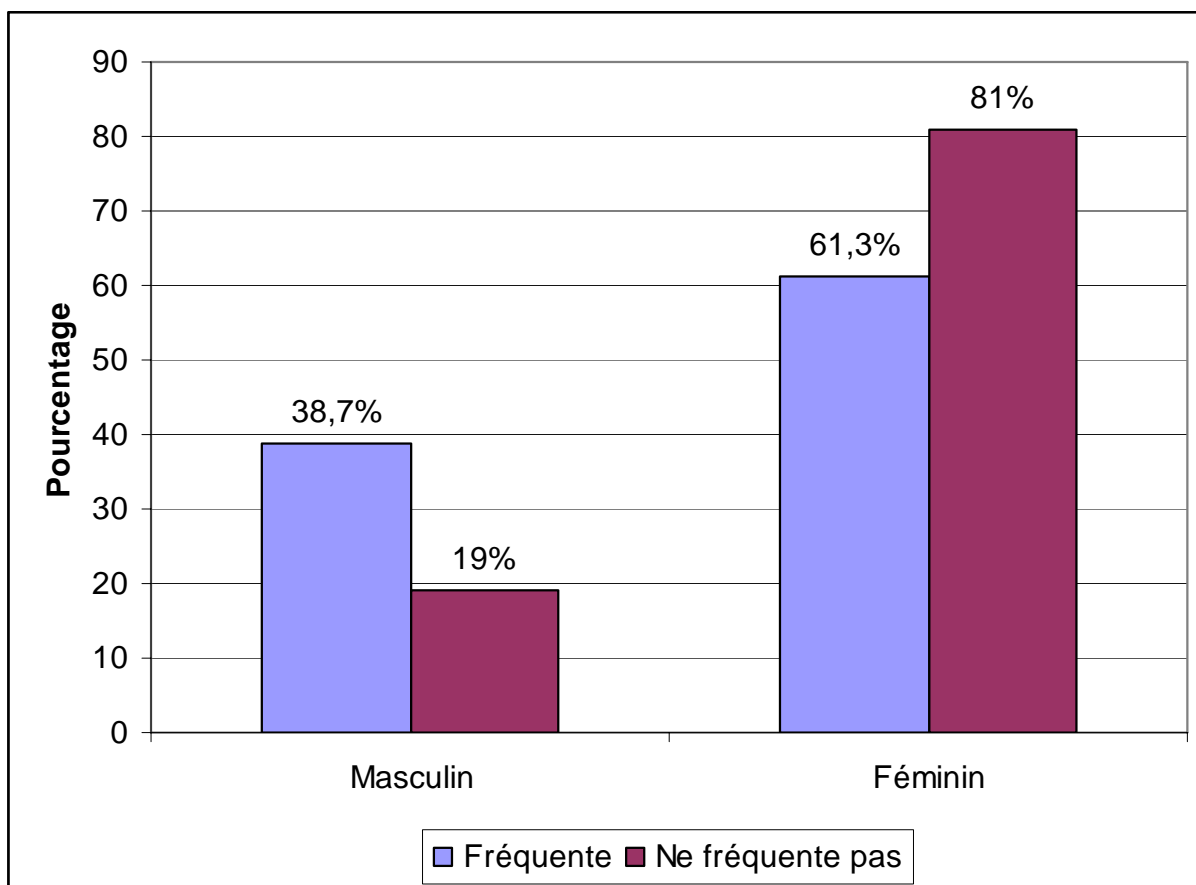
GRAPHIQUE XIII : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LE NIVEAU D'UTILISATION DU CSCOM PAR LES POPULATIONS DU SITE.

Globalement **50,5 %** des personnes interrogées utilisent le CSCOM de Ségué parmi lesquelles les habitants de Ségué même représentent plus de la moitié suivi de ceux de Tibi et Dibougou selon leur proximité du site d'implantation du CSCOM. La proportion de non utilisateurs est liée à leur éloignement du site, ainsi Kourné le plus éloigné enregistre le taux de non fréquentation le plus élevé, suivi de Tibi.



GRAPHIQUE XIV : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON L'UTILISATION DU CSCOM EN FONCTION DU REVENU :

Parmi les utilisateurs du CSCom (au nombre de 194) 170 personnes ont déclaré leur revenu, parmi lesquels 46 % d'entre elle déclare être pauvre. Pour les non utilisateurs, 54 % est pauvre. Parmi les personnes ayant un revenu satisfaisant, 53 % utilise le CSCom contre 47 %



GRAPHIQUE XV : DISTRIBUTION EN FONCTION DU SEXE ET DE L'UTILISATION DU CSCOM.

Dans l'échantillon étudiée 50,5% de gens fréquentent le CSCom parmi lesquels il y'a plus de femmes que d'hommes (61,3 % versus 38,7%).

Parmi ceux qui ne fréquentent pas, là aussi les femmes sont plus nombreuses 81% contre 19%.

COMMENTAIRES

ET

DISCUSSIONS

6.3. Commentaires et discussions :

6.3.1. Par rapport à la méthodologie :

Pour apprécier la qualité des soins au niveau du centre de santé communautaire de Ségué, il aurait fallu réaliser une technique de sondage probabiliste basée sur un choix aléatoire des unités statistiques devant participer à l'étude. Mais, le manque de ressources financière nous a contraint à revoir la méthodologie pour l'adapter au nouveau contexte. Ainsi, nous avons opté pour un choix raisonné qui ne prend en compte que le site d'implantation du CSCom. Là, une étude exhaustive de l'ensemble des ménages installés au site d'implantation du CSCom et ses hameaux environnants a été réalisé, répondant aux critères d'inclusion dans l'étude. Ce qui n'autorise pas la généralisation des résultats de l'étude. Cette option, bien qu'elle donne la perception des populations sur la qualité des soins offerts au niveau du CSCom de Ségué, n'offre pas la même chance aux populations hors du site d'implantation du CSCom d'exprimer leur opinion sur l'offre de services par le centre de santé de Ségué. Il aurait été aussi possible de s'intéresser aux non utilisateurs du CSCom faisant partie de l'aire de santé de Ségué pour connaître les raisons de la non utilisation de l'offre de services par le CSCom de Segué.

6.3.2. Par rapport à la qualité technique ou intrinsèque :

La qualité technique fait référence à un ensemble de critères qui conditionnent la fonctionnalité et la viabilité du CSCom, lui permettant de garantir l'offre de service de qualité acceptable par tous.

Un centre de santé est dit fonctionnel lorsque certains critères définis par la politique sectorielle de santé sont remplis à savoir l'état du bâtiment, l'existence et la fonctionnalité des organes de gestion de l'ASACO, la qualité et le nombre des agents de santé et le niveau des différentes activités réalisées par le centre (29).

Le CSCOM de Ségué dispose de local propre dont le **bâtiment** est en dur, mais il ne respecte pas toutes les normes en terme de nombre de salles. Il n'y a pas de salle d'observation, le sol est dégradé ainsi que la devanture du bâtiment principal. De même, la maternité est directement contiguë au dispensaire, ce qui fait que les patients du dispensaire, présentant des pathologies souvent contagieuses, sont mêlés aux femmes et aux enfants sains.

Bien qu'il n'existe pas de modèle type univoque, il est habituellement commode de séparer la maternité du dispensaire afin d'éviter le risque infectieux pour les patientes et les enfants qui viennent pour le suivi habituel selon leur statut, tout en gardant la fonctionnalité d'ensemble du dispositif.

La fonctionnalité et la fluidité des patients est par contre bien assurée par le dispositif actuel.

L'équipement du centre de santé communautaire actuellement disponible (voir liste en annexe) permet de répondre correctement à l'offre de service du paquet minimum d'activité et pourrait faire face à d'autres activités complémentaires additionnelles notamment en matière de laboratoire et de petite chirurgie. Au plan équipement, on peut dire que le CSCOM de Ségué est bien doté.

Comparativement à la majeure partie des CSComs de la région et même du reste du pays, le CSCom de Ségué compte parmi les structures de santé communautaires les mieux équipées, ce qui facilite la mise à disposition de service de qualité aux patients.

Par rapport aux aspects institutionnels, supports juridiques de l'existence du centre de santé communautaire, il existe une association de santé communautaire (ASACO) dont les organes de gestion (Conseil d'administration, comité de gestion, comité de surveillance) existent et fonctionnent à travers la tenue des réunions statutaires. Cependant, ces différentes réunions ne sont pas tenues régulièrement avec des procès verbaux à l'appui. Quant au CSCom lui-même, son organisation est mal structurée, les archives ne sont pas convenablement tenues.

Quant au personnel de santé, il est conforme aux normes en terme de quantité et de qualité avec un médecin généraliste, une sage -femme d'Etat secondée par une matrone, un aide soignant, une gérante de la pharmacie, matrone de profession, un manoeuvre - gardien, soit au total 5 agents. La plupart des CSComs sont tenus par 4 agents dont deux de santé et dans plus de 90 % des cas sont tenus par des infirmiers (1) le

plus souvent de santé (Techniciens de santé). Le CSCOM de Ségué par contre, compte plus que la moyenne du nombre d'agents par rapport au niveau régional et national dont un médecin et une sage-femme, ce qui représente un critère technique important pour l'acquisition de service de santé de qualité.

Depuis, sa création jusqu'à nos jours, le CSCOM de Ségué a toujours été dirigé par un médecin, mais les soins prénataux étaient offerts par une aide soignante. Actuellement, ils sont dispensés par une sage-femme diplômée d'état, ce qui correspond à une amélioration de la qualité technique de l'offre de soins en matière de santé de la reproduction.

Par rapport à l'offre de service, le CSCOM dispense le paquet minimum d'activité mais pas complètement, car les activités promotionnelles en particulier l'hygiène et l'assainissement, la récupération et l'éducation nutritionnelles ne sont pas offertes. Le niveau d'offre des activités curatives est satisfaisant.

Les activités promotionnelles et préventives ne sont pas offertes au complet, il y'a un manque de sensibilisation, d'éducation sanitaire et la planification familiale offertes au quotidien. Les activités d'immunisation ne sont pas dispensées complètement. Au cours de l'année d'étude on a observé le manque de vaccin anti-amaril et enregistré un taux de rupture en vaccin variant de 5% pour le DTCP à 25% pour le BCG.

Le CSCOM doit être localisé dans le village le plus peuplé de l'aire de santé. Segué étant le village le plus peuplé avec 940 habitants mérite bien

d'accueillir le CSCom. Le CSCom étend ses activités aux populations comprises dans un rayon de 15 km maximum, mais il y'a deux villages Nélou et Sirado qui sont respectivement à 23 km et 26 km, mais le taux de fréquentation est plus élevé que dans certains villages proches comme Sirini à 10 Km et Sagalani à 16 km.

La population de l'aire du CSCom est de 4 611 habitants en dessous du seuil du critère de viabilité sur lesquels le taux de fréquentation de la population du site d'implantation du CSCom est de 50,5 %.

Un CSCom qui n'obéira pas à tous ces critères sus cités ne peut pas être viable ; donc ne saurait assurer son autonomie de fonctionnement. C'est pour cela que l'ONG sahel 21 le subventionne à 54 % depuis sa création. Le CSCom ne peut donc pas générer des ressources pour les investissements. De même, la convention d'assistance mutuelle (CAM) qui est un accord entre les autorités communales et le CSCom n'est pas signée.

6.3.3. Par rapport à la qualité perçue ou extrinsèque :

6.3.3.1. Profil socio démographique :

L'échantillon étudié compte 71 % de femmes et 29 % d'hommes. L'ethnie Bambara représente 83 %. La tranche d'âge 45 - 49 ans représente 15,3% de l'échantillon. Par rapport au niveau de scolarisation, il est presque inexistant car 91% de la population est analphabète alors que dans l'étude de Coulibaly L (15), sur la sous fréquentation des CSCom, 89,1% des femmes de Banamba, et 85,1 % des femmes de Doïla sont

analphabètes, ceci explique que le taux de scolarisation est très faible à Segué. Les élèves ne représentent que 2,3 % de la population de Segué. Au plan matrimonial, près de 81 % de personnes enquêtées sont mariées. La moitié de notre échantillon (51%) a un revenu insuffisant avec 31,7 % de paysans et 48,7% de ménagères.

6.3.3.2. Utilisation des services de santé :

L'utilisation des services de santé reste très faible. Un grand débat s'est instauré sur les facteurs de cette faible utilisation : les uns, incriminant principalement la tarification, les autres montrant que les déterminants négatifs vont bien au-delà de cette seule tarification (8).

L'utilisation des services de santé est fonction de l'individu, des ressources disponibles et de la gravité de la maladie.

Il est ressorti de l'enquête réalisée auprès des ménages que **50,5 %** de l'échantillon utilise le CSCom avec une forte proportion de femmes. Par contre, dans l'étude de Mariko B (25) sur l'évaluation de l'association de santé communautaire de Daoudabougou (ADASCO), 90,2 % ont eu recours au CSCom, alors que dans l'étude de Coulibaly L (15) sur la sous fréquentation des CSCom dans la région de Koulikoro, 89 % des femmes de Banamba ont eu recours au CSCom et 60 % des femmes de Doïla.

Par rapport à l'échantillon étudié sur la non utilisation du CSCOM, **83,2%** n'utilise pas le CSCOM parce qu'ils n'est jamais tombé gravement malade, **10%** dit que leur mari n'a pas donné la permission d'y aller, alors que dans l'étude sur l'utilisation des services de santé de premier

niveau en Afrique (8), il ressort que le facteur bloquant l'utilisation des services de santé est l'absence de qualité tant perçue (la disponibilité en médicaments à moindre coût, le mauvais accueil, l'attitude méprisante et condescendante du personnel soignant, les pratiques illicites et la malhonnêteté du personnel) qu'objective (la faible compétence du personnel de santé, ou encore la non application des règles classiques de conduite thérapeutique).

Nous dirons ici que le facteur limitant l'utilisation du CSCOM de Segué serait probablement socio culturel.

Parmi les femmes enquêtées **22 %** ont fait leur CPN, par contre dans l'étude de Coulibaly L (15) sur la sous fréquentation des CSCOM dans la région de Koulikoro il a trouvé que **72,1 %** des femmes de Banamba sont parties faire leur CPN, contre 61,5 % à Doila, ce qui suggèrent que les femmes de Segué n'utilisent que très peu les services de santé du CSCOM en matière de CPN.

Près de 9% de la population de Segué utilise un guérisseur traditionnel, 61% utilise eux même leur médicament traditionnel (automédication traditionnelle), par contre dans l'étude de Coulibaly L, (15) 64 % de la population de Banamba a eu recours à l'automédication traditionnelle et 53 % de la population de Doila, ceci sous entend que la population de Banamba, malgré leur taux de fréquentation, l'automédication traditionnelle reste un facteur important de sous fréquentation du CSCOM.

Le faible recours à l'automédication des populations de Ségué comparativement à celles de Banamba et Doïla, devrait favoriser l'utilisation par celles-ci des services de santé moderne. On constate là aussi une faible utilisation des services de santé moderne (CSCoM) et automédication par les populations de Ségué. D'autres facteurs seraient certainement à la base de cette sous-utilisation des services de santé, qui mériterait une analyse complémentaire. Le recours à la thérapie traditionnelle est-elle plus développée à Ségué ?

6.3.3.3. Financement des soins :

La barrière principale de l'accès aux soins est l'obstacle financier (8), 39,6% des usagers du CSCoM trouve le montant des frais de médicament élevé, par contre dans l'étude de KANTE N et al (22) sur la qualité des soins dans la région de Koulikoro, 55,6 % des gens trouve le coût abordable alors que dans l'étude de El Moctar M (19) sur l'utilisation des services en milieu nomade il ressort que 46 % des enquêtés déplorent la cherté du service au niveau du centre de santé .

Le coût des soins est un facteur non négligeable pour une bonne fréquentation, alors que le coût moyen de l'ordonnance est de 1 900 Fcfa à Segué. Une étude menée en 2005 dans la région de Koulikoro sur la sous fréquentation (15) trouve un coût moyen de l'ordonnance de 1 700F à Banamba et 3 060 F à Doila. Le coût de l'ordonnance à Ségué est comparable à celui trouvé dans la région de Koulikoro à Banamba ce qui n'est pas très élevé mais par contre celle de Doila est plus élevé. Par

contre, le faible pouvoir d'achat des populations constitue un facteur limitant à l'utilisation du CSCom.

6.3.3.4. Dimension de la qualité :

6.3.3.4.1. Accessibilité :

Une personne peut avoir accès à un service de santé sans l'utiliser même si le besoin se fait sentir. Tant que la population n'a pas utilisé les services de santé, l'accès reste potentiel, par contre, le fait de recourir à un service de santé et de l'utiliser à tout moment, a accédé aux soins et l'accès correspond à la réalisation de l'accès.

Parmi les usagers du CSCom, 67,5 % vont à pied, 21,7 % en charrette alors que dans l'étude de Coulibaly L (15), 38,4 % des femmes de Banamba vont à pied contre 57,7 % en charrette. Ceci explique qu'il n'existe pas d'obstacle géographique majeur à l'accessibilité au centre.

Au Mali, l'enquête démographique de santé en 2001 a trouvé que la distance parcourue pour atteindre un établissement sanitaire est un obstacle pour 41 % des femmes.

La plupart des usagers ont accès aux toilettes, seulement 80% de l'échantillon dit que l'accès au CSCom est beaucoup facile après la fermeture, alors que dans l'étude de Coulibaly L (15), 74 % la population de Banamba trouve le personnel disponible contre 59,3% à Doila en dehors des heures de service.

L'accès au CSCom à Segué, en dehors des heures de service n'est pas facile, car la permanence des soins n'est pas bien assurée, il n'y a pas de service de garde, souvent le temps d'attente avant de voir le médecin est assez long.

6.3.3.4.3. Disponibilité :

La disponibilité dépend de beaucoup de facteurs comme l'infrastructure, l'équipement, le stock des médicaments, et le personnel.

Le dépôt pharmaceutique du centre n'a pas enregistré de ruptures importantes de médicaments. La disponibilité en médicaments semble bonne, car, 97,9 % des usagers du CSCom ont obtenu la totalité de leurs médicaments prescrits au dépôt du centre avec des explications adéquates pour la prise. Dans l'étude de Coulibaly L (15), seulement 54,1 % des femmes de Banamba ont acheté leurs médicaments à la pharmacie du CSCom.

Par contre la disponibilité des vaccins n'est pas satisfaisante. Le taux de rupture en vaccins va de 12,9 % pour le BCG à 5,2 % pour le DTCP durant la période considérée.

Dans l'étude de Kanté N et al (22) sur la qualité des soins dans la région de Koulikoro, les ruptures constatées en matière de médicaments curatifs ou de vaccins sont imputables en grande partie à la mauvaise gestion des recettes des CSCom qui a aboutit à une

insuffisance de ressources financières pour assurer le réapprovisionnement en médicaments.

La globalité des soins concerne le patient, c'est de consulter le malade dans son ensemble, mais aussi l'offre du paquet de services dans sa globalité. Dans notre étude, la globalité des soins n'est pas bien assurée au niveau du CSCom. L'examen physique réalisé par le médecin n'est pas complet. Celui réalisé par la sage femme est complet dans 95%, mais, les soins à l'accouchée et au nouveau né sont pas bien assurés.

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

Parmi les usagers du CSCOM, seulement 22,2 % ont été mis en observation, 63,9 % sont revenus pour contrôle. L'étude de Dongmo R,L(17) montre que 15,1% seulement de patients, sont revenus pour contrôle, ce qui est nettement en dessous des résultats que nous avons observés. La découverte de maladie chronique n'est pas bien explorée, 91,2 % ne savent pas s'ils ont une maladie chronique. Le système de référence évacuation n'est pas assuré au niveau du CSCom, ce qui limite la continuité des soins.

6.3.3.4.4. Réactivité :

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

Par rapport à l'accueil, l'étude montre que 64,9 % des usagers déclarent que l'accueil est bon contre 29 % qui le jugent moyen. Par

rapport à la santé de la reproduction, pour 40% des femmes qui ont accouché au CSCom, l'accueil est bon contre 60 % qui estime qu'il est mauvais. Dans l'étude de Coulibaly L (15) réalisée en 2005, 94,4 % des femmes de Banamba et 93,6 % de celle de Doila disent que l'accueil est satisfaisant. Si l'accueil est jugé satisfaisant pour les consultations curatives, il n'est pas du tout satisfaisant pour la santé de la reproduction.

Par rapport à la confidentialité, près de 96 % des usagers déclarent qu'ils ont été consultés avec beaucoup de confidentialité. 73,7 % des usagers du CSCom déclarent que le médecin leur a prêté suffisamment d'attention avec beaucoup de considération.

Au niveau de la maternité, l'intimité physique des gestantes a été toujours respectée. Dans l'étude de Dongmo R. L (17) réalisée en 2005 sur la qualité des consultations curatives l'intimité, la confidentialité a été respectée à 100%.

6.3.3.4.2. Acceptabilité :

Plus de la moitié des usagers 59,3 % trouve que les locaux sont bien confortables. Dans l'étude de Coulibaly L (15), 92,8 % des femmes de Banamba et 94 % des femmes de Doila étaient installées confortablement.

Près de 91% des usagers trouvent le temps d'attente acceptable, donc le temps que les usagers font avant de voir le médecin n'est pas long. L'étude de COULIBALY L (15) en 2005 dans la région de Koulikoro

trouve que 52,8 % des usagers de Banamba disent que l'attente n'est pas longue contre 68,8 % à Doila .

Le délai d'attente est relatif, car *« le jour où tu vas, s'il n'y a pas d'affluence, tu n'attendras pas trop longtemps »*, le délai d'attente du CSCom dépend de la fréquentation du CSCom.

6.3.3.4.6. Satisfaction des usagers :

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

Dans notre étude, 75 % des usagers du CSCom déclarent qu'ils sont très satisfaits des soins qu'ils ont reçus, ce qui est comparable aux résultats obtenus par l'étude de Dogmo R,L, dont 88,7 % des personnes interrogées ont été satisfaits des prestations offerts.

CONCLUSION

7.1. Conclusion :

La présente étude sur la qualité perçue des soins, bien qu'elle ne soit pas une première a l'avantage de poser concrètement les pistes de réflexion pouvant découler sur l'appréciation de la qualité technique des soins. Dans cette étude, nous avons abordé principalement la qualité sous l'angle de sa perception par les utilisateurs des soins, en particulier en milieu rural au niveau d'une formation sanitaire de premier recours dirigé par un médecin.

Bien que nous ayons abordé de façon superficielle la qualité technique, celle-ci se traduit par la fonctionnalité de l'ASACO à travers l'existence des organes de gestion qui tiennent leurs réunions dans près de 50 % des cas. Un personnel qualifié et disponible dont le nombre dépasse celui habituellement en place au niveau des autres CSCom du pays en particulier en milieu rural, contribue à l'amélioration de la qualité des soins. Les locaux sont disponibles, mais ne respectent pas les normes en matière de séparation des activités curatives et préventives. L'équipement technique est nettement au-delà des besoins du PMA actuellement offert. Au plan de la performance du centre, on note une augmentation de l'utilisation de la consultation curative de 22 % entre 2004 et 2005, ainsi que les autres soins infirmiers. Cependant, la capacité de recouvrement des coûts n'est pas assurée par le centre à partir de ces ressources propres. La poursuite des activités est rendue possible grâce à une importante subvention de l'ONG Sahel 21 depuis le démarrage du centre en 1996.

Au plan financier, globalement il ressort que sans subventions extérieures, le CSCoM de Segué ne peut pas faire face à l'ensemble de ses charges dans les conditions actuelles d'exploitation. Cet état de fait pose **la question de la capacité d'offre de services de qualité alliant la capacité de recouvrement des coûts sous gestion communautaire particulier en milieu rural ?** La tentative de réponse à cette question ouvre une nouvelle piste de recherche dans le domaine de la santé communautaire.

Quant à la qualité perçue, le paquet minimum d'activités est bien assurée même si dans sa globalité certains soins ne sont pas assurés au quotidien comme le prévoit la politique nationale de santé, il s'agit de la vaccination, de la planification familiale et de l'éducation sanitaire. La permanence des soins est par contre bien assurée même si parfois le temps d'attente parait assez long. Plus de la moitié des usagers sont satisfaits des soins reçus, cependant il y'a un manque d'information et de sensibilisation entre les usagers et les prestataires de soins qui font que l'offre est limité.

RECOMMANDATIONS

7.2. Recommandations :

Au terme de cette étude, les principales recommandations relatives à l'utilisation des services de santé et à la qualité des soins perçus par la population, sont les suivantes :

7.2.1. Au plan opérationnel

7.2.1.1. À l'endroit des autorités sanitaires et partenaires financiers :

- Améliorer le taux de scolarisation de la population.
- Appuyer la création d'une mutuelle de santé pour améliorer l'utilisation des services de santé, facteur d'amélioration de la qualité de l'offre de soins et de lutte contre la pauvreté.
- Equiper le centre de santé communautaire en équipements de laboratoire et de chirurgie de type 1 (Hernie, Hydrocèle,) pour renforcer la qualité diagnostique, facteur de renforcement de la qualité des soins.
- Construire un bloc maternité à part pour renforcer la qualité de l'offre de soins dans un contexte de confidentialité plus affirmé.
- Recycler le personnel de santé à travers la formation continue et la formation en gestion administrative et financière.
- Poursuivre l'appui financier sous forme de subvention d'exploitation au CSCom.

7.2.1.2. À l'endroit du personnel de santé :

- Informer et sensibiliser les populations sur l'importance de la consultation prénatale, les accouchements au CScOm, la vaccination et la planification familiale.
- Afficher les prix des médicaments, des prestations, et les horaires de services.
- Renforcer la gestion organisationnelle et financière de l'ASACO.
- Assurer une meilleure gestion des médicaments et vaccins pour éviter les ruptures.
- Améliorer la qualité de l'accueil notamment au niveau de la maternité.
- Assurer la globalité des soins à travers la pratique systématique de l'examen clinique dans son ensemble pour tous les patients et en évitant les occasions manquées dans le domaine de la santé de la reproduction.
- Renforcer la qualité de l'accueil notamment au niveau de la maternité.
- Améliorer la performance technique et financière des agents de santé à travers la formation à la gestion administrative et financière du CScOm.

7.2.1.3. À l'endroit des responsables des ASACO :

- Signer la convention d'assistance mutuelle avec les autorités communales.
- Obtenir l'agrément pour le CSCOM.
- Modifier le mode de paiement de la carte d'adhésion pour les rendre plus accessible.
- Améliorer les conditions de travail du personnel de santé
- Organiser des tournées de sensibilisation dans l'ensemble des villages de l'aire afin d'améliorer la fréquentation du CSCom.

7.2.1.4. À l'endroit des communautés :

- Informer et sensibiliser d'avantage les maris de l'importance de la consultation prénatale et post natale, de l'accouchement au CSCom et de la planification familiale et de l'inconvénient de l'automédication traditionnelle, de « pharmacie par terre » et de l'accouchement à domicile.

7.2.2. Au plan de la recherche

Approfondir la réflexion sur le sujet à travers des sujets de recherches sur certaines questions clés telles que:

- Quels sont les déterminants de la sous fréquentation ayant une implication dans la qualité des soins ?

- Quels déterminants de l'automédication traditionnelle peuvent offrir des soins de qualité ?
- Quels sont les principaux déterminants de la qualité technique des soins au niveau des formations sanitaires nationales : quels modèles ?
- Les CSComs peuvent-ils offrir de services de qualité tout en assurant leur capacité de recouvrement des coûts en particulier en milieu rural ?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. AG IKNANE A et al

Diagnostic institutionnel et organisationnel des ASACO du district de Bamako, GIE SPT, septembre 2000.

2. AG IKNANE A, DIAKITE H..M, MAIGA M.

Santé communautaire, soins de qualité, participation, in Brunet-Jailly , J(ed), *Innover dans les systèmes de santé: Expérience d’Afrique de l’Ouest* , Paris, *Karthala*, 1997, P321-331; 435P.

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

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

4. AG IKNANE A, MARIKO HD, MAIGA M.

Place de la santé communautaire dans la prise en charge de la santé par les populations : le cas du centre de santé communautaire de Banconi (ASACOBABA), repères sociaux; 1993.

5. AG IKNANE A; SANGHO H; DIAWARA A

Inventer une médecine de quartier : l’expérience de Bamako, in Brunet-Jailly, J(ed), *Innover dans les systèmes de santé :*

Expérience d'Afrique de l'Ouest, Paris, karthala 1997, p153; 435P.

6. AKIN J.S., GUILDEY D.K., DENTON E.H.,

Quality of Services and Demand For Health Care In Nigeria, a Multinational Probit Estimation. *Social Sciences and Medecine*. 1995; 40 (11) : 1527-1537.

7. ALDANA MJ, PIECHULEK H, AL SABIR A.

Satisfaction des patients et qualité des soins dans les zones rurales du Bangladesh, Organisation mondiale de la santé, (OMS), Rapport ; 2001.

8. AUDIBERT M, ROODENBEKE E.

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

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

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

10. BALIQUE H.

Le système de soins du Mali : analyse, perspectives nouvelles et étude prospective à moyen terme, Thèse de l'Université de la Méditerranée : Marseille 1998; 600 p.

11. BIADILLAH M.C.

Développer un cadre institutionnel favorable à l'assurance qualité, *Qualité Santé*, Rapport; Septembre 2003.

12. BOIRE M.

Evaluation de la qualité des soins dans certains services médico-techniques et pharmaceutiques de l'Hôpital Gabriel TOURE, Thèse de Médecine, Bamako : FMPOS, 2000; 79p.

13. CAMARA I.

Etude de pérennisation du centre de santé communautaire de Segué, Sahel 21, Rapport, Juin 2006.

14. Claude P, Diarra T.

Les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier de Banconi, ce qui disent les gens du quartier; Rapport, INRSP, Février 1991; 64P.

15. COULIBALY L.

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

16. DIALLO I.

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

17. DONGMO DJOUTSOP RL.

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

18. DRECHSLER D, JUTTING J

L'assurance maladie privée dans les pays en développement une solution pour les pauvres, Repère N°11, centre de développement de l'OCDE; 2005.

19. EL MOCTAR M;

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

20. FOURNIER P, HADDAD S

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

21. GALLAND Brunaud

Comment impliquer durablement les populations rurales dans la gestion des services de santé de base, Bénin, Madagascar, Mali ; Centre international de développement et de recherche (CIDR), 2001.

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

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

23. KONATE MK, KANTE B, DJENEPO F.

Politique de santé communautaire et viabilité économique et sociale des centres de santé communautaires au Mali ; Etude de cas en milieu urbain et rural, RUIG/UNRISD, septembre 2003.

24. MASMAR, W.KHOURY, H.NASSIF.

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

25. MARIKO B.

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

26. MS,

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

27. MS,

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

28. Ministère de la santé

Secrétariat permanent du PRODESS, CPS Santé, 2002

29. ROBIN A, AG IKNANE, SAMBE A. LALOGÉ M.

Guide formation en Gestion des centres de santé communautaire (CSCoM) Mali, Edition Graphique Industrie SA, 2000 ; 154 p.

30. SALONGO PACIFIQUE M

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

- 31. SAUERBORN R, NOUGTARA A AND DIEDFELD HJ,**
Low utilization of community health workers: Result from a household interview survey in Burkina Faso, *Social Science and Medicine*, 1989, 29 (10): 1163 - 1174P
- 32. SISSOKO H,**
Aspects reliés à l'utilisation des accoucheuses traditionnelles au Mali, Maître es sciences, santé communautaire, mai 2000
- 33. SY M, TOURE B,**
Qualité de la prescription de médicaments : un exemple, In Bruet-Jailly, J(ed), *Innover dans les systèmes de santé : Expérience d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 1997, P306-319 ; 435p.
- 34. TRAORE B,**
Evaluation d'étape du CSCOM rural de Dougouolo (cercle de Bla), *Thèse de médecine, Bamako: FMPOS, mars 1995.*
- 35. TRAORE M,**
Généralité sur le Mali, INRSP, Aldo Campana, 2001 ; EDS III.
- 36. TRAORE M,**
Qualité de la consultation médicale en commune 5 et 6 du district de Bamako, *Thèse de Médecine*; Bamako: FMPOS, 2001; 114 p.

37. YARO K,

Etude comparative de la qualité de soins au niveau de la maternité en CSCOM et services socio sanitaires de commune au niveau 4 du district de Bamako, *Thèse de Médecine*, Bamoko: FMPOS, 1997; 101 p.

FICHE SIGNALYTIQUE :

Nom : KANTA

Prénom : Kadidiatou

Titre : Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de Segué (cercle de Kolokani - Région de Koulikoro).

Année universitaire : 2006 - 2007

Pays d'origine : Mali

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

Ville de soutenance : Bamako

Secteur d'intérêt : Santé publique

Résumé :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive réalisée au niveau de l'ensemble des ménages du site d'implantation du CSCOM de Ségué avec ses deux hameaux environnants. L'étude s'est déroulée du 11 juillet au 26 juillet 2006. Son objectif général est d'évaluer la qualité des soins perçue par les populations de l'aire de santé de Segué. L'analyse des résultats a montré que les femmes fréquentent plus le CSCOM, et le taux de scolarisation est très faible. Les usagers sont satisfaits des soins reçus. Le facteur limitant l'utilisation du CSCOM par la population est surtout socioculturel mais la pauvreté restera toujours un facteur limitant cette utilisation.

Mots clés : Utilisation des services de santé, qualité des soins, disponibilité, accessibilité, acceptabilité, qualité perçue, aire de santé, Segué.

Serment D'Hippocrate

En présence des Maîtres de la Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate ; je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

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

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

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

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

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

Je le jure !

ANNEXES

1. Annexe1 : Liste des matériels et infrastructure du CSCOM :

| Matériels et équipements | Quantité |
|---------------------------------|-----------------|
| Salle du médecin | 1 |
| Table de consultation | 1 |
| Armoire | 1 |
| Pèse personne | 1 |
| Sthetoscope | 1 |
| Tensiomètre | 1 |
| Thermomètre | 1 |
| Otoscope | 1 |
| Chaises | 3 |
| Paravent | 1 |
| Salle d'accouchées | 1 |
| Lit | 3 |
| Matelas | 3 |
| Baril | 1 |
| Potence | 3 |
| Matériels et équipements | Quantité |
| Salle de soins | 1 |
| Lit | 1 |
| Matelas | 1 |
| Réfrigérateur à pétrole | 1 |
| Boite à pansement | 1 |
| Poubelle | 1 |
| Baril (100 ml) | 1 |

| | |
|-----------------------------|----------|
| Salle d'accouchement | 1 |
| Table d'accouchement | 1 |
| Pèse bébé | 1 |
| Bassine | 2 |
| Chaises | 1 |
| Baignoire pour bébé | 1 |
| Montre réveil | 1 |
| Toise enfant | 1 |

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

0 : n'existe pas

1 : existe

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

Annexe 3 : Liste des médicaments disponibles :

| Médicaments disponibles | Forme | Prix Unitaire (F cfa) | Rupture de stock (0 ou 1) | Si rupture, nbre de jour |
|--------------------------------|--------|-----------------------|---------------------------|--------------------------|
| Ac. acétylsalicylique | CP | 3 | | |
| Alcool | Flacon | Hors vente | | |
| Amoxicilline | CP | 37 | | |
| Ampicilline | Inj | 165 / | | |
| Chloroquine | CP | 5 | | |
| Ciprofloxacine | CP | 90 | 1 | 59 jours |
| Collyre AB (genta) | Fl | 460 | | |
| SP (sulfadoxine pyrimethamine) | CP | 27 | 1 | 102 jours |
| Cotrimoxazole | CP | 10 | | |
| Dexamethazone | Inj | 85 | | |
| Diazepam | Inj | 85 | | |
| Epicraniennes | | 250 | | |
| Fer | CP | 2 | | |
| Gants steriles | | Hors vente | | |
| Glucose 5 % | Inj | 595 | | |
| Lidocaïne 1 ou 2 % | Inj | Hors vente | | |
| Mebendazole | Cp | 5 | | |
| Metronidazole | Cp | 5 | | |
| Oxytocine | Inj | 250 | | |
| Paracetamol | Cp | 4 | 1 | 7 jours |
| Penicilline G | Inj | 85 | 1 | 31 jours |
| Perfuseurs | | 200 | | |
| Prométhazine | Sp | 510 | 1 | 31 jours |
| Quinine formiate 200 / 600 | Inj | 150 / 240 | 1 | 28 jours |
| Ringer lactate | Inj | 595 | | |
| SRO | Sachet | 100 | 1 | 20 jours |
| Seringue 5 ml / 10 ml | | 55 / 70 | | |

Parmi les médicaments 7 sont en rupture à savoir : la ciprofloxacine, sp., paracétamol, pénicilline G, prométhazine, quinine formiate 600mg, et SRO, mais c'est le délai de rupture de la Sp qui a été plus long durant presque tout les premiers mois de l'année.

Annexe 4 : Répartition de l'échantillon selon l'âge :

| Âge en année | Fréquence | Pourcentage |
|--------------|------------|--------------|
| 15 - 19 | 29 | 9,7 |
| 20 - 24 | 34 | 11,3 |
| 25 - 29 | 33 | 11 |
| 30 - 34 | 43 | 14,3 |
| 35 - 39 | 39 | 12,9 |
| 40 - 44 | 38 | 12,6 |
| 45 - 49 | 46 | 15,3 |
| 50 et + | 39 | 12,9 |
| Total | 301 | 100,0 |

Annexe 5 : Répartition de l'échantillon selon le sexe:

| Sexe | Fréquence | Pourcentage |
|--------------|------------|--------------|
| Masculin | 111 | 28,9 |
| Féminin | 273 | 71,1 |
| Total | 384 | 100,0 |

Annexe 6 : Répartition de l'échantillon étudié selon le statut matrimonial :

| Situation matrimoniale | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------------------|------------------|--------------------|
| Marié | 312 | 81,3 |
| Célibataire | 38 | 9,9 |
| Veuve | 34 | 8,9 |
| Total | 384 | 100,0 |

Annexe 7 : Opinion des enquêtés par rapport à leur Situation économique :

| Situation économique | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------------------|------------------|--------------------|
| Considèrent leur revenu suffisant | 168 | 49 |
| Se considèrent pauvres | 176 | 51 |
| Total | 344 | 100,0 |

Annexe 8 : Répartition de l'échantillon selon la fréquentation du CSCOM :

| Fréquentation du CSCOM | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------------------|------------------|--------------------|
| Fréquentent le CSCOM | 194 | 50,5 |
| Ne fréquentent pas le CSCOM | 190 | 49,5 |
| Total | 384 | 100,0 |

Annexe 9 : Répartition des usagers selon le recours systématique à l'utilisation du CSCOM face a un problème grave :

| Recours systématique à l'utilisation du CSCOM | Fréquence | Pourcentage |
|------------------------------------------------------|------------------|--------------------|
| Toujours | 170 | 91 |
| Souvent | 17 | 9 |
| Total | 187 | 100,0 |

Annexe 10 : Répartition des femmes qui n'utilisent pas le CSCOM selon la fréquentation des accoucheuses traditionnelles :

| Accoucheuses traditionnelles | Fréquence | Pourcentage |
|------------------------------------------|------------------|--------------------|
| Utilise les accoucheuses traditionnelles | 49 | 69,1 |
| N'utilisent pas | 22 | 30,9 |
| Total | 71 | 100,0 |

Annexe 11 : Opinion des usagers selon les frais de médicaments:

| Frais de médicaments | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------------|------------------|--------------------|
| 500 - 1000 | 16 | 25 |
| 1000 - 2000 | 15 | 23,4 |
| 2000 - 4000 | 17 | 26,6 |
| 4000 et plus | 16 | 25 |
| Total | 64 | 100,0 |

Annexe 12 : Opinion des usagers selon les soins offerts (injection, perfusion, etc.)

| Soins offerts | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------|------------------|--------------------|
| A reçu des soins | 120 | 61,9 |
| N'a pas reçu de soin | 74 | 38,1 |
| Total | 194 | 100,0 |

Annexe 13 : Opinion des usagers selon les moyens utilisés pour se rendre au CSCOM :

| Moyens utilisés | Fréquence | Pourcentage |
|------------------------|------------------|--------------------|
| A pied | 131 | 67,5 |
| En charrette | 42 | 21,7 |
| En vélo | 12 | 6,2 |
| A moto | 9 | 4,6 |
| Total | 194 | 100,0 |

Annexe 14: Répartition des usagers selon leur mise en observation :

| Observation | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------------------|------------------|--------------------|
| Ont été mis en observation | 43 | 22,2 |
| N'ont pas été mis en observation | 151 | 77,8 |
| Total | 194 | 100,0 |

Annexe 15 : Opinion des usagers selon le niveau de satisfaction quant à la qualité des soins reçus :

| Satisfaction des usagers | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------------------|------------------|--------------------|
| Sont très satisfaits | 90 | 75,0 |
| Assez satisfait | 15 | 12,5 |
| Ne sont pas satisfaits | 15 | 12,5 |
| Total | 120 | 100,0 |

Annexe 16 : Répartition de l'échantillon selon le niveau d'utilisation du CSCOM par les populations du site :

| | Utilisent le CSCOM | | N'utilisent pas le CSCOM | | Total |
|--------------|---------------------------|-------------|---------------------------------|-------------|--------------|
| | Effectif | % | Effectif | % | |
| Ségué | 134 | 58,3 | 96 | 41,7 | 230 |
| Tibi | 32 | 47,8 | 35 | 52,2 | 67 |
| Dibougou | 17 | 36,2 | 30 | 44,8 | 47 |
| Kourné | 11 | 27,5 | 29 | 72,5 | 40 |
| Total | 194 | 50,5 | 190 | 49,5 | 384 |

Annexe 17 : Répartition de l'échantillon selon l'utilisation du CSCOM en fonction du revenu :

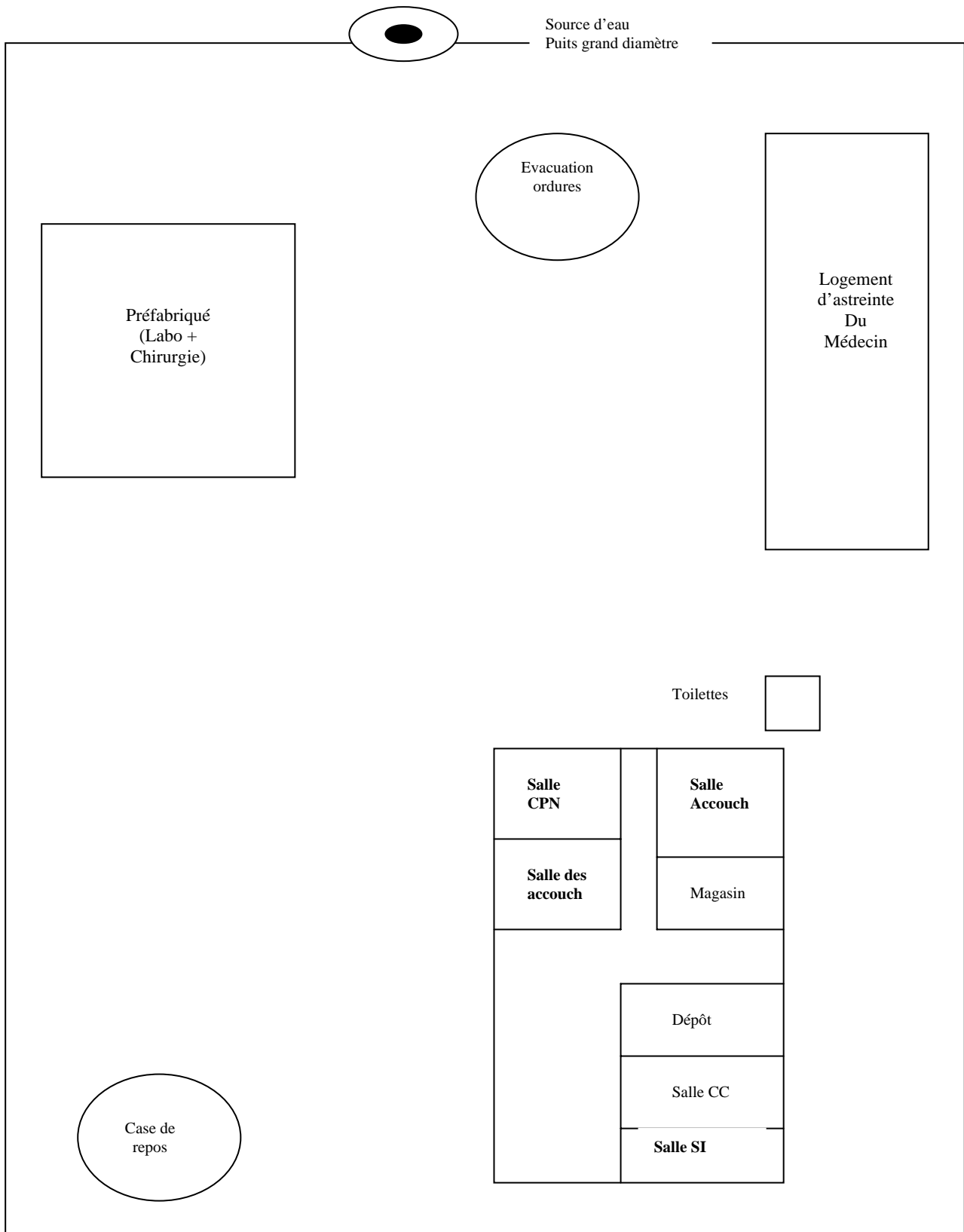
| Situation économique par utilisation | Revenu suffisant | Revenu pauvre | Total |
|---------------------------------------------|-------------------------|----------------------|--------------|
| Utilise | 89 (53%) | 81 (46%) | 170 |
| N'utilise pas | 79 (47%) | 95 (54%) | 174 |
| Total | 168 | 176 | 344 |

Annexe 18: DISTRIBUTION EN FONCTION DU SEXE ET DE L'UTILISATION DU CSCOM :

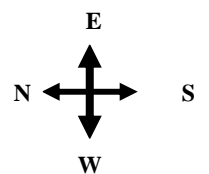
| Fréquentation selon le sexe | Masculin | | Féminin | |
|------------------------------------|-----------------|-------------|----------------|-------------|
| | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Fréquente | 75 | 38,7 | 119 | 61,3 |
| Ne fréquente pas | 36 | 19 | 154 | 81 |
| Total | 111 | 28,9 | 273 | 71 |

**Annexe 19: RATIO DE PERFORMANCE FINANCIÈRE DU
PERSONNEL QUALIFIÉ DU CSCOM DE SEGUÉ DE 2005 A 2006**

| Rentabilité financière | 2005 | 2006 |
|-------------------------------|-------------|-------------|
| Médecin | 0,50 | 0,49 |
| Sage femme | 0,15 | 0,17 |
| Total | 0,65 | 0,66 |



PLAN DE MASSE DU CSCOM DE SEGUE



Opinion des usagers (Questionnaire qualité perçue)

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

Gen 1: Est-ce la première fois que vous venez au CSCOM ?

1=/___/ oui (passer à la question 2)

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

3=/___/ne sait pas

4=/___/ refus de répondre

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

1 = /___/ je fréquente ce CSCOM depuis environ.....année(s)mois

2 = /___/ ne sait pas

3=/___/ refus de répondre

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

1 = /___/ nombre de fois

2 = /___/ aucune fois

3=/___/ne sait pas

4=/___/refus de répondre

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

1 = /___/ nombre de fois

2 = /___/ aucune fois

3=/___/ne sait pas

4=/___/refus de répondre

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

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

1= /___/ Toujours

2= /___/ Souvent

3= /___/ Parfois

4= /___/ Jamais

5= /___/ ne sait pas

6= /___/ refus de répondre

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

1= /___/ Toujours

2= /___/ Souvent

3= /___/ Parfois

4= /___/ Jamais

5= /___/ ne sait pas

6= /___/ refus de répondre

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

1= /___/ à Pied

2= /___/ en Charrette

3= /___/ à dos d'âne

4= /___/ autres, veuillez préciser

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

1 = /___/ heures et /___/ minutes

2 = /___/ Ne sait pas

3 = /___/ Refus de répondre

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

1= /___/ oui

2= /___/ non

3 = /___/ ne sait pas

4 = /___/ refus de répondre

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

Gen 10: L'emplacement du CSCOM est adéquat ?

- 1 = /___/ Beaucoup
- 2 = /___/ Moyennement
- 3 = /___/ Un peu
- 4 = /___/ Pas du tout
- 5 = /___/ ne sait pas
- 6 = /___/ Refus de répondre

Gen 11: Les heures d'ouverture du CSCOM sont adéquates ?

- 1 = /___/ Beaucoup
- 2 = /___/ Moyennement
- 3 = /___/ Un peu
- 4 = /___/ Pas du tout
- 5 = /___/ ne sait pas
- 6 = /___/ Refus de répondre

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

- 1 = /___/ Beaucoup
- 2 = /___/ Moyennement
- 3 = /___/ Un peu
- 4 = /___/ Pas du tout
- 5 = /___/ ne sait pas
- 6 = /___/ Refus de répondre

Gen 13 : A quelle heure êtes vous arrivé (e) au CSCOM ?

- 1 = /...../h et /...../ mn
- 2 = /___/ ne sait pas
- 3 = /___/ refus de répondre

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

1 = /___/ heures et /___/ minutes

2 = /___/ ne sait pas

3 = /___/ refus de répondre

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

1= /___/ oui

2= /___/ non

3 = /___/ ne sait pas

4 = /___/ refus de répondre

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

1 = /___/ très inconfortablement

2 = /___/ assez inconfortablement

3 = /___/ assez confortablement

4 = /___/ très confortablement

3 = /___/ ne sait pas

4 = /___/ refus de répondre

Gen17 : Y avait-il des toilettes accessibles ?

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

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

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

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

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

1=/___/oui

2 = /___/ non

3 = /___/ ne sait pas

4 = /___/ refus de répondre

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

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

1 = /___/ Beaucoup

2 = /___/ Moyennement

3 = /___/ Un peu

4 = /___/ Pas du tout

5 = /___/ ne sait pas

6 = /___/ Refus de répondre

Gen20 : Votre consultation a été confidentielle?

1 = /___/ Beaucoup

2 = /___/ Moyennement

3 = /___/ Un peu

4 = /___/ Pas du tout

5 = /___/ ne sait pas

6 = /___/ Refus de répondre

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

1 = /___/ Beaucoup

2 = /___/ Moyennement

3 = /___/ Un peu

4 = /___/ Pas du tout

5 = /___/ ne sait pas

6 = /___/ Refus de répondre

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

1 = /___/ Beaucoup

2 = /___/ Moyennement

3 = /___/ Un peu

4 = /___/ Pas du tout

5 = /___/ ne sait pas

6 = /___/ Refus de répondre

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

1 = /___/ Beaucoup

2 = /___/ Moyennement

3 = /___/ Un peu

4 = /___/ Pas du tout

5 = /____/ ne sait pas

6 = /____/ Refus de répondre

Gen 24: On a respecté votre intimité physique ?

1= /____/ Beaucoup

2 = /____/ Moyennement

3 = /____/ Un peu

4 = /____/ Pas du tout

5 = /____/ ne sait pas

6 = /____/ Refus de répondre

Gen 25: Les locaux sont agréables ?

1= /____/ Beaucoup

2 = /____/ Moyennement

3 = /____/ Un peu

4 = /____/ Pas du tout

5 = /____/ ne sait pas

6 = /____/ Refus de répondre

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

1 = /____/ oui

2 = /____/ non

3 = /____/ ne sait pas

4= /____/ refus de répondre

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

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

1= /____/ Beaucoup

2 = /____/ Moyennement

3 = /____/ Un peu

4 = /____/ Pas du tout

5 = /____/ ne sait pas

6 = /___/ Refus de répondre

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

1 = /___/ Beaucoup

2 = /___/ Moyennement

3 = /___/ Un peu

4 = /___/ Pas du tout

5 = /___/ ne sait pas

6 = /___/ Refus de répondre

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

1 = /___/ Beaucoup

2 = /___/ Moyennement

3 = /___/ Un peu

4 = /___/ Pas du tout

5 = /___/ ne sait pas

6 = /___/ Refus de répondre

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

1 = /___/ oui

2 = /___/ non

3 = /___/ ne sait pas

4 = /___/ refus de répondre

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

1 = /___/ j'ai payé Fcfa

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

3 = /___/ autres, veuillez préciser

4 = /___/ ne sait pas

5 = /___/ refus de répondre

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

1 = /___/ oui

2 = /___/ non

3 = /___/ ne sait pas

4 = /____/ refus de répondre

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

1 = /____/ j'ai payé Fcfa

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

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

4 = /____/ ne sait pas

5 = /____/ refus de répondre

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

1 = /____/ oui

2 = /____/ non

3 = /____/ ne sait pas

4 = /____/ refus de répondre

Gen 35 : Avez-vous reçu une ordonnance ?

1 = /____/ oui

2 = /____/ non

3 = /____/ ne sait pas

4 = /____/ refus de répondre

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

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

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

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

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

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

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

7 = /____/ ne sait pas

8 = /____/ refus de répondre

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

1 = /____/ j'ai payé Fcfa

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

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

4 = /____/ ne sait pas

5 = /___/ refus de répondre

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

1 = /___/ oui

2 = /___/ non

3 = /___/ ne sait pas

4 = /___/ refus de répondre

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

1 = /___/ oui, je les ai obtenu en totalité au dépôt du CSCOM

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

3 = /___/ non, je n'ai obtenu aucun des médicaments prescrits au dépôt du CSCOM 4 = /___/ ne sait pas

5 = /___/ refus de répondre

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

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

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

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

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

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

6 = /___/ ne sait pas

7 = /___/ refus de répondre

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6 = /___/ ne sait pas

7 = /___/ refus de répondre

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

1 = /___/ Oui

2 = /___/ Non

3= /___/ Ne sait pas

4= /___/ refus de répondre

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

1 = /___/ non

2 = /___/ oui

3= /___/ ne sait pas

4 = /___/ refus de répondre

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

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

1= /___/ A ce CSCOM

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

3= /___/ Médecin dans une clinique médicale

4= /___/ À l'hôpital

5= /___/ Médecin traditionnel

6= /___/ Pharmacie par terre

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

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

9= /___/ Refus de répondre

Gen 46: Depuis la dernière saison des pluies, avez-vous consulté dans un autre CSCOM ou dans une autre clinique médicale?

1= /___/oui

2= /___/non

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

4= /___/Refus de répondre

Gen 47: Combien de fois avez-vous consulté dans un autre CSCOM ou dans une autre clinique médicale depuis la dernière saison des pluies ?

1= /___/ nombre de fois

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

3= /___/Refus de répondre

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

1= /___/oui

2= /___/non

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

4= /___/Refus de répondre

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

1= /___/ nombre de fois

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

3= /___/Refus de répondre

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

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

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

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

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

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

1= /___/ nombre de fois

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

3= /___/Refus de répondre

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

1= /___/ oui

2= /___/ non

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

4= /___/ Refus de répondre

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

1= /___/ nombre de fois

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

3= /___/ Refus de répondre

Section 3 : Consultation générale adulte

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

0 = /___/ non

1= /___/ oui une fois

2 = /___/ oui, plusieurs fois

MG2 : A-t-on pris votre température ?

0 = /___/ non

1 = /___/ oui

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

0 = /___/ non

1 = /___/ oui

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

0 = /___/ non

1 = /___/ oui

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

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

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

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

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

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

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

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

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

0 = /___/ non

1 = /___/ oui

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

0 = /___/ non

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

2 = /___/ oui, et clairement

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

1 = /___/ l'origine de ma maladie

2 = /___/ si ma maladie est grave

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

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

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

0 = /___/ non

1 = /___/ oui

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

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

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

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

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

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

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

0 = /___/ non

1 = /___/ oui

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

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

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

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

3 = /___/ je suis très satisfait (e)

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

0 = /___/ non

1 = /___/ oui

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

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

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

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

3 = /___/ je suis très satisfait (e)

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

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

1 = /___/ la salle de soin est sale

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

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

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

0 = /___/ non

1 = /___/ 0 oui

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

0 = /___/ non

1 = /___/ oui

MG 18 : Vous a- t-on dit d'aller les acheter à la pharmacie d'établissement ?

0 = /___/ non

1 = /___/ oui

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

0 = /___/ non

1 = /___/ oui

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

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

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

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

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

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

0 = /___/ non

1 = /___/ oui

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

0 = /___/ non

1 = /___/ oui

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

0 = /___/ non

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

2 = /___/ oui, c'était très clair

Section4 :- Consultation prénatale

CPN1 : Avez vous déjà consulté pour cette grossesse ?

0 = /___/ non , c'est la première consultation

1 = /___/ oui , une fois

2 = /___/ oui , 2 fois

3 = /___/ oui 3 fois

4 = /___/ oui 4 fois

5 = /___/ oui 5 fois

6 = /___/ oui 6 fois ou plus

7 = /___/ oui plusieurs fois, mais je ne me souviens pas du nombre exact de visites

CPN2 : S'il ne s'agit pas de la première consultation, ou avez consulté auparavant ?

0 = /___/ dans le service prénatal d'un autre établissement

1 = /___/ dans le même service prénatal

CPN3 : Qui a fait la consultation ?

0 = /___/ je ne sais pas

1 = /___/ une sage femme

2 = /___/ un médecin

3 = /___/ une autre personne préciser.....

CPN4 : Votre intimité a t-elle été respecté ?

0 = /___/ oui

1 = /___/ non, il y avait beaucoup de monde dans la salle

2 = /___/ Non, il y avait chaque fois des entrées et des sorties

3 = /___/ Non, 1 + 2

CPN 5 : Vous a t-on examiné l'intérieur de la paupière inférieure des yeux (recherche de l'anémie)

0 = /___/ non

1 = /___/ oui

CPN 6 : Vous a t-on pris la tension ?

0 = /___/ non

1 = /___/ oui

CPN 7: Que vous a t-on dit après la prise de la tension ?

0 = /___/ on ne m'a rien dit

1 = /___/ ma tension est normale

2 = /___/ ma tension n'est pas normale, mais on ne m' a pas dit si elle était trop élevée ou trop basse

3 = /___/ ma tension est trop basse

4 = /___/ ma tension est trop élevée

5 = /___/ On m'a dit d'aller la prochaine fois dans une consultation spécialisée parce que ma tension est trop élevée.

CPN8: Vous a t-on pesé ?

0 = /___/ non

1 = /___/ oui

CPN9 : Vous a- t-on demandé si le bébé bougeait ?

0 = /____/ non

1 = /____/ oui

CPN 10 : Vous a- t-on mesuré é la hauteur utérine avec un mètre ruban ?

0= /____/ non

1 = /____/ oui

CPN 11:Vous a- t-on examiné le ventre (palpation) ?

0 = /____/ non

1 = /____/ oui

CPN 12: Vous a t - on ausculté le ventre avec un stéthoscope obstétrical ?

0 = /____/ non

1 = /____/ oui

CPN 13 : Vous a – t –on fait un examen gynécologique (toucher vaginal /spéculum) ?

0 = /____/ non

1 = /____/ oui

CPN 14 : Vous a- t-on examiné les jambes ?

0 = /____/ non

1 = /____/ non

2 = /____/ oui

CPN 15 : Vous a- t- on remis une ordonnance pour acheter des médicaments ?

0 = /____/ non

1 = /____/ oui

CPN 16 : Vous a- t- on dit d'aller les acheter à la pharmacie d'établissement ?

1 = /____/ oui

2 = /____/ non

CPN 17: Vous a t- on dit de revenir pour une prochaine consultation prénatale ?

0 = /____/ on ne m'a rien dit

1 = /____/ oui, on m'a dit de revenir pour une autre consultation, sans préciser quand

2 = /____/ oui, on m'a dit de revenir pour une autre consultation et on m'a dit quand

3 = /____/ on m'a dit de venir accoucher dans l'établissement

4 = /____/ on m'a dit d'aller accoucher dans un service spécialisé lequel ?

CPN 18: vous a-t-on donné des conseils pour l'accouchement ?

0 = /____/ on ne m'a rien dit de particulier

1 = /____/ on m'a dit de ne pas accoucher à domicile

2 = /____/ on m'a dit de venir accoucher à la maternité

3 = /____/ on m'a dit de venir accoucher à la maternité et d'y venir dès le début du travail

CPN 19: Avez vous déjà été enceinte ?

0 = /____/ non

1 = /____/ une fois

2 = /____/ deux fois

3 = /____/ trois fois

4 = /____/ quatre fois

5 = /____/ cinq fois

6 = /____/ six fois ou plus

Section 5 : Accouchement :

ACC 1 : Avez vous déjà accouché auparavant ?

0 = /____/ non

1 = /____/ oui, une fois

2 = /____/ deux fois

3 = /____/ trois fois

4 = /____/ oui, quatre fois

5 = /____/ oui, cinq fois

6 = /____/ oui, six fois

7 = /____/ oui, sept fois

8 = /____/ oui, huit fois

9 = /____/ oui, neuf fois

10 = /____/ oui, dix fois ou plus

Acc 2 : Si vous avez déjà accouché en maternité, quel souvenir gardez vous de l'accueil des sages femmes ?

0 = /____/ l'accueil est très mauvais

1 = /____/ l'accueil est plutôt mauvais

2 =/___/ l'accueil est plutôt bon

3 =/___/ l'accueil est très bon

ACC3 : Quand êtes vous arrivée à la maternité ?

0 =/___/ j'ai accouché à domicile et suis venue pour obtenir des soins et enregistrer l'enfant

1 =/___/ moins d'une heure avant l'accouchement

2 =/___/ plus d'une heure avant l'accouchement

ACC 4 : pourquoi êtes- vous venue accoucher en maternité ?0000

1 =/___/ parce que si l'on accouche à domicile et que survient une complication, c'est très grave

2 =/___/ parce que accoucher dans une maternité offre une plus grande sécurité

3 =/___/ parce que c'est plus facile pour la déclaration de l'enfant

4 =/___/ parce que accoucher dans une maternité, c'est être une femme émancipée

ACC 5 : Qui vous a installé sur la table d'accouchement ?

0 =/___/ je me suis allongée toute seule

1 =/___/ ce sont les personnes qui m'accompagnaient qui m'ont aidé à m'allonger

2 =/___/ c'est une matrone qui m'a aidé à m'allonger

3 =/___/ c'est une sage femme qui m'a aidé à allonger

ACC 6 : Qui a sorti le bébé ?

0 =/___/ j'ai accouché toute seule

1 =/___/ ce sont les personnes qui m'accompagnaient qui ont sorti le bébé

2 =/___/ c'est une matrone qui a sorti le bébé

3 =/___/ c'est une sage femme qui a sorti le bébé

ACC 7 : comment les personnels de santé vous ont-ils traités ?

0 =/___/ ils ont crié « sur moi » avant l'accouchement et pendant l'accouchement

1 =/___/ ils ont crié « sur moi » pendant l'accouchement

2 =/___/ ils n'ont pas crié « sur moi » mais il ne m'ont pas encouragé

3 =/___/ ils m'ont encouragé et ont été très compréhensifs

ACC 8 : Quels soins avez vous reçu ?

1 =/___/ toilette du périnée

2 =/___/ injection

3 =/___/ épisiotomie

4 =/___/ perfusion

5 =/___/ suture après déchirure du périnée

6 = /___/ révision utérine

ACC 9 : Quels soins le bébé a t-il reçu ?

1 = /___/ toilette néonatale

2 = /___/ injection

3 = /___/ vaccination

4 = /___/ gouttes dans les yeux

ACC 10 : Après l'accouchement les soins du cordon ont-ils été donnés ?

0 = /___/ oui, mais à distance de l'endroit où j'étais et je n'ai rien vu

1 = /___/ en votre présence par la matrone sans explication

2 = /___/ en votre présence par la sage femme sans explication

3 = /___/ en votre présence par la matrone qui vous a expliqué comment faire

4 = /___/ en votre présence par la sage femme qui vous a expliqué comment faire

ACC 11 : Après l'accouchement, le personnel de santé vous a-t- il donné des conseils pour allaiter le bébé ?

0 = /___/ non

1 = /___/ oui, j'ai reçu des conseils tout de suite après l'accouchement

2 = /___/ oui, j'ai reçu des conseils au moment où je quittais la maternité

ACC 12 : Quittez vous la maternité ?

0 = /___/ moins de 2 heures après l'accouchement

1 = /___/ moins de 24 heures après l'accouchement

2 = /___/ plus de 24 heures après l'accouchement
combien.....

ACC 13 : Vous a- t-on dit de revenir pour une consultation maternelle post- natale ?

0 = /___/ non

1 = /___/ oui, et on m'a dit quand,

ACC 14 : Vous a- t-on remis une ordonnance ?

0 = /___/ non

1 = /___/ oui

ACC 15 : Vous a – t- on dit d'aller acheter les médicaments à la pharmacie de l'établissement ?

0 = /___/ non

1 = /___/ oui

Acc 16 : Avez vous été servie à la pharmacie de l'établissement ?

0 = /___/ non

1 = /___/ oui, une partie de l'ordonnance de « sortie

2 = /___/ oui, tous les médicaments de l'ordonnance de » » sortie » »

Dernière section. Caractéristiques des répondants

C1. En général, diriez-vous que votre santé est...

1 = /___/ Excellente

2 = /___/ Très bonne

3 = /___/ Bonne

4 = /___/ Moyenne

5 = /___/ Mauvaise

6 = /___/ Ne sait pas

7 = /___/ Refus de répondre

C2 : Quel est votre sexe ?

1 = /___/ Masc

2 = /___/ Fem

C3. Quel est votre âge ?

1 = /___/ ans (Passez à la question C5)

2 = /___/ Ne sait pas (Passez à la question C4)

3 = /___/ Refus de répondre (Passez à la question C5)

C4. Quel est votre âge, environ ?

1 = /___/ entre 15-24 ans

2 = /___/ entre 25-34 ans

3 = /___/ entre 35-44 ans

4 = /___/ entre 45-54 ans

5 = /___/ entre 55- 64 ans

6 = /___/ 65 ans et plus

7 = /___/ Ne sait pas

8 = /___/ Refus de répondre

C5. Quelle est votre ethnie ?

1 = /___/ Bambara

2 = /___/ Peulh

3 = /___/ Kakolo

4 = /___/ autres, veuillez préciser : _____

5 = /___/ Ne sait pas

6 = /___/ Refus de répondre

C6. A quel endroit demeurez-vous ?

1 = /___/ Segué

2 = /___/ Tibi

3 = /___/ Dibougou

4 = /___/ Kourné

C7. Quel est le plus haut niveau d'instruction que vous avez complété?

1 = /___/ je ne suis pas allé(e) à l'école

2 = /___/ primaire complet

3 = /___/ primaire incomplet

C8. Depuis la dernière saison des pluies, quelle était votre activité habituelle ?

1 = /___/ activité informelle (petit commerce, autres activité informelle)

2 = /___/ Paysan

3 = /___/ tenait maison

4 = /___/ autres, préciser : _____

5 = /___/ ne sait pas

6 = /___/ refus de répondre

C9. Quelle est votre situation matrimoniale ?

1 = /___/ marié(e) (passez à la question C13)

2 = /___/ célibataire (passez à la question C14)

3 = /___/ autres, veuillez préciser : _____ (passez à la question C14)

4 = /___/ ne sait pas (passez à la question C14)

5 = /___/ refus de répondre (passez à la question C14).

Il existe un lien important entre la santé et le revenu. Nous apprécierions que vous répondiez aux questions suivantes pour nous permettre d'étudier cette relation.

C10. Comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge ?

1 = /___/ Vous vous considérez à l'aise financièrement

2 = /___/ Vous considérez que vos revenus sont suffisants

3 = /___/ Vous vous considérez pauvre

4 = /___/ Vous vous considérez très pauvre

5 = /___/ Ne sait pas

6 = /___/ Refus de répondre

C11. Est-ce que vous, ou quelqu'un de votre ménage, possédez une voiture ?

1 = /___/ oui

2 = /___/ non

3 = /___/ Ne sait pas

4 = /___/ Refus de répondre

C12. Est-ce que vous, ou quelqu'un de votre ménage, possédez une charrette ?

1 = /___/ oui

2 = /___/ non

3 = /___/ Ne sait pas

4 = /___/ Refus de répondre

C13. Est-ce que vous, ou quelqu'un de votre ménage, possédez un ou des chevaux ?

1 = /___/ oui

2 = /___/ non

3 = /___/ Ne sait pas

4 = /___/ Refus de répondre

C14. Est-ce que vous, ou quelqu'un de votre ménage, possédez un ou des ânes ?

1 = /___/ oui

2 = /___/ non

3 = /___/ Ne sait pas

4 = /___/ Refus de répondre

C15. Est-ce que vous, ou quelqu'un de votre ménage, possédez du bétail ?

1 = /___/ oui (passez à la question C19)

2 = /___/ non (passez à la question C21)

3 = /___/ Ne sait pas (passez à la question C21)

4 = /___/ Refus de répondre (passez à la question C21)

C16. Quel type de bétail ?

1 = /___/ vaches

2 = /___/ autres, précisez : _____

3 = /___/ Ne sait pas

4 = /___/ Refus de répondre

C17. Combien de têtes compte le troupeau ?

1 = /___/ nombre

2 = /___/ Ne sait pas

3 = /___/ Refus de répondre

C18. Est-ce vous, ou quelqu'un de votre ménage, possédez la carte d'adhésion au CSCOM ?

1 = /___/ oui

2 = /___/ non

3 = /___/ Ne sait pas

4 = /___/ Refus de répondre

Questionnaire non utilisateur du CSCOM.

1. Fréquentez vous ce CSCOM ?

1 = /___/ Oui (Passez à la GEN)

2 = /___/ non

2. Pourquoi ne fréquentez vous pas ce CSCOM ?

1 = /___/ Parce que c'est trop loin de chez moi

2 = /___/ parce que les gens du CSCOM ne prête pas suffisamment d'attention

3 = /___/ parce que mari ne veut pas que je fréquente le CSCOM

4 = /___/ parce que on a pas assez de moyen pour venir au CSCOM

5 = /___/ parce que les médicaments coûtent chers

6 = /___/ Autres

7 = /___/ Refus de répondre

3. Consultez vous un médecin traditionnel ?

1 = /___/ Oui

2 = /___/ non

3 = /___/ refus de répondre

4. Utilisez vous un autre CSCOM?

1 = /___/ oui

2 = /___/ non

3 = /___/ refus de répondre

5. Utilisez vous des accoucheuses traditionnelles?

1 = /___/ oui

2 = /___/ non

3 = /___/ refus de répondre

6. Pourquoi utilisez vous des accoucheuses traditionnelles?

1 = /___/ parce que mon mari ne veut pas que je vienne accoucher au CSCOM

2 = /___/ parce que on a pas de moyen pour accoucher au CSCOM

3 = /___/ parce que c'est notre coutume ici d'accoucher à la maison

4 = /___/ autres

5 = /___/ NSP

6 = /___/ Refus de répondre