

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

Recherche Scientifique

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES

ET DES TECHNOLOGIE DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2010-2011

N°...../

*ÉVALUATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE
VACCINATION DU CENTRE DE SANTE DE RÉFÉRENCE
DE LA COMMUNE VI DE BAMAKO*

Présentée et soutenue publiquement le 05/09/2012

devant la Faculté de Médecine et

d'Odonto - stomatologie

Par Mr. TRAORE Yacouba

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président : Pr. Hamadoun SANGHO

Membre : Dr. Boubacar TRAORE

Co-directeur : Dr. Albouhary TOURE

Directeur de thèse: Pr. Mamadou Souncalo TRAORE

DEDICACES

Je dédie cette thèse :

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

A mon père et mes mères :

Gaoussou TRAORE, Djénéba DRAME et Kadia YARE

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

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

A mes frères et sœurs :

Djénéba TRAORE, Fatoumata dite Baro TRAORE, Fatoumata dite Tènin TRAORE, Kadidia FOFANA, Nana Aïcha Fofana, Docteur Boubacar TRAORE, Moustapha dit Béré TRAORE, Boubacar S. TRAORE, Boubacar M. TRAORE, Docteur Mouhamed dit Sarmoye TRAORE, Boukassoum TRAORE, Kélétigui WATTARA...

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

A mes oncles:

Mamoutou DRAME, Sergent-chef Madou DRAME

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

A mes tantes:

Mme FOFANA Korotoum DRAME, Mme KEITA Founè DRAME, Mme Dèbè DRAME, Mme KONTAO Oumou COULIBALY

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

A mes amis :

Beni Makan DEMBELE, Dramane TAWATTI, Bourehima SYLLA, Aly DIARRA, Alfousseini MAIGA, Issa KOURIBA

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

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent :

A tout le personnel de la section immunisation de la DNS et du CSRef de la commune VI de Bamako, particulièrement à Dr KAMISSOKO Mady, Dr SISSOKO Maman SY. Ce travail est le fruit de votre soutien technique, retrouvez ici l'expression de toute ma profonde gratitude.

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

A Dr Djibrilla KANTE, je ne saurai vous remercier assez, tous mes respects et considérations.

A Mme DIAKITE Mamou DIAKITE dite Bamamou et Mr DIAKITE, pour toute l'attention portée à mon égard lors de mes séjours chez vous, merci pour tout.

A Dr Boubacar TRAORE médecin chef du CSRef de la commune VI de Bamako pour votre soutien moral et matériel. Retrouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

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

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

**A notre Maître et
Président du jury**

Professeur Hamadoun SANGHO

- Maître de conférences agrégé en santé publique
- Directeur général du Centre de Recherche d'Etude et de Documentation pour la Survie de l'enfant (CREDOS)

Honorable Maître

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

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

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

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

A notre Maître et juge

Docteur Boubacar TRAORE

- Spécialiste en gynécologie – obstétrique
- Ex-Directeur de l'hôpital régional de Gao
- Médecin chef du CSRef de la commune VI de Bamako
- Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali

Cher Maître,

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

Nous avons été séduits 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 Albouhary TOURE

- Spécialiste en santé publique
- Ex médecin chef du CSRef de Tombouctou
- Chef de la Section Immunisation de la Division Prévention et Lutte contre la Maladie de la Direction Nationale de la Santé

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 Mamadou Souncalo TRAORE

- PhD en Epidémiologie de l'Université de Londres
- Maître de Conférences en Santé Publique de l'Université de Bamako
- Ancien Chef du DER en santé publique et Spécialités à la FMPOS
- Premier Directeur de l'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux du Mali
- Ancien Directeur National de la Santé du Mali
- Secrétaire Général du Ministère de la Santé du Mali
- Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé du Mali

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

SIGLES ETABREVIATIONS

AS : Aide soignante ;

BCG : Bacille Calmette Guérin ;

BH : Bureau de l'Hygiène ;

CSRef : Centre de Santé de Référence ;

CSCom : Centre de Santé Communautaire ;

DNS : Direction Nationale de la Santé ;

DTC : Vaccin anti Diphtérique, Tétanique et Coqueluche ;

EDSM : Enquête Démographique et de Santé au Mali ;

GAVI : Global Alliance of Vaccines and Immunization;

GIE : Groupement d'Intérêt Economique ;

IEC : Information Education Communication ;

INPS : Institut National de Prévoyance Sociale ;

INS : Institut National de la Statistique (ex DNSI) ;

IOM : Institute Of Medecine ;

ISO : International Organization for Standardization ;

Km: Kilomètre ;

MAPI : Manifestations Allergiques Poste Injection ;

PDDSS : Plan Décennal de Développement Socio-Sanitaire ;

PEV : Programme Elargi de Vaccination ;

PRODESS : Programme de développement Sanitaire et Social ;

PVVIH : Personne Vivant avec le VIH ;

OMS : Organisation Mondiale de la Santé ;

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie ;

SIS : Système d'Information Sanitaire

TS : Technicien de Santé ;

TSS : Technicien Supérieur de Santé ;

VAR: Vaccin Anti Rougeoleux ;

VAT: Vaccin Anti Tétanique ;

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine ;

VPO : Vaccin Poliomyélite Oral.

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau I : Chronologie de la mise en place des CSComs et leurs distances par rapport au CSRef.

Tableau II : Personnel du CSRef.

Tableau III : Récapitulatif des taux de couverture.

Tableau IV : Répartition des structures sanitaires selon l'existence de dispositifs de gestion des déchets biomédicaux.

Tableau V : Aspects opérationnels de l'accessibilité aux services.

Tableau VI : Aspects opérationnels de la disponibilité des ressources.

Tableau VII : Aspects opérationnels de l'environnement physique des vaccinations.

Tableau VIII : Aspects opérationnels de la performance du personnel.

Tableau IX : Aspects opérationnels des relations interpersonnelles.

Tableau X : Aspects opérationnels de l'innocuité des vaccinations.

Tableau XI : Aspects opérationnels de la continuité des services.

Tableau XII : Aspects opérationnels de la satisfaction des bénéficiaires.

Tableau XIII : Aspects opérationnels des cas de décès dû aux MAPI graves.

Tableau XIV : Récapitulatif des scores des différents facteurs influençant la qualité des services de vaccination.

Tableau XV: Répartition des utilisateurs interviewés selon leur statut.

Tableau XVI: Répartition des utilisateurs enquêtés selon les jours de la semaine.

Tableau XVII: Répartition des utilisateurs selon l'ancienneté des cartes.

Tableau XVIII : Répartition des agents entre les services du CSRef.

Tableau XIX: Répartition des agents impliqués dans la vaccination par catégorie et par unité impliquée dans la vaccination.

Tableau XX: Répartition des agents impliqués dans la vaccination qui se sont soumis à notre interview.

Tableau XXI: Répartition des agents impliqués dans la vaccination qui se sont soumis à l'interview par catégorie.

Tableau XXII: Répartition des agents impliqués dans la vaccination observés pendant une séance de vaccination par catégorie.

Tableau XXIII : Existence et fonctionnalité des infrastructures selon les normes.

Tableau XXIV: Répartition des agents selon la formation reçue en vaccination.

Tableau XXV: Répartition des agents impliqués dans la vaccination selon la date de la dernière formation.

Tableau XXVI: Répartition des agents selon la supervision reçu en vaccination.

Tableau XXVII: Répartition des agents impliqués dans la vaccination selon la date de la dernière supervision.

Tableau XXVIII: Répartition des agents impliqués dans la vaccination selon leur motivation reçue en PEV de routine.

Tableau XXIX: Répartition des dossiers, rapports et autres supports du service selon leur état et remplissage.

Graphique 1: Répartition des vaccins, consommables et médicaments pour MAPI selon leur existence, suffisance et conservation.

Tableau XXX: Répartition des matériels de vaccination selon leur existence et leur fonctionnalité.

Tableau XXXI: Répartition des utilisateurs ayant fait un cas de MAPI mineure selon l'accessibilité des médicaments essentiels en 60 minutes.

Tableau XXXII : Scores observés pour les modalités de la disponibilité des ressources des services de vaccination du CSRef de la commune VI de Bamako en Décembre 2011.

Tableau XXXIII : Répartition des éléments d'agrément par rapport aux unités impliquées dans la vaccination.

Graphique 2: Répartition des unités impliquées dans la vaccination par propreté.

Tableau XXXIV: Répartition des utilisateurs enquêtés selon le respect de l'intimité des services.

Tableau XXXV : Scores observés pour les modalités de l'environnement physique des services de vaccination du CSRef de la commune VI de Bamako en Décembre 2011.

Tableau XXXVI: Répartition des utilisateurs selon leur provenance.

Tableau XXXVII: Répartition des utilisateurs selon la distance qui les sépare du CSRef de la commune VI.

Tableau XXXVIII: Répartition des utilisateurs selon le temps mis pour joindre le CSRef.

Tableau XXXIX: Répartition des utilisateurs selon les moyens de transport utilisés pour se rendre au CSRef de la commune VI.

Tableau XL: Répartition des utilisateurs selon l'argent dépensé au cours du transport.

Tableau XLI: Répartition des utilisateurs selon l'argent dépensé pour la prise en charge.

Tableau XLII: Répartition des utilisateurs selon l'accessibilité financière des services de vaccination.

Tableau XLIII: Répartition des utilisateurs selon l'accessibilité culturelle des services de vaccination.

Tableau XLIV: Scores observés pour les modalités des accessibilités aux services de vaccination du CSRef de la commune VI de Bamako en Décembre 2011.

Tableau XLV: Répartition des agents selon le délai des gestes.

Tableau XLVI : Scores observés pour les modalités des performances du personnel des services de vaccination du CSRef de la commune VI de Bamako en Décembre 2011.

Tableau XLVII : Répartition des 12 prestataires observés selon les modalités de la relation interpersonnelle « prestataires utilisateurs ».

Tableau XLVIII: Répartition des 21 agents interviewés selon les modalités de la relation interpersonnelle « prestataires/ prestataires ».

Tableau XLIX : Scores observés pour les modalités des relations interpersonnelles aux services de vaccination du CSRef de la commune VI de Bamako en Décembre 2011.

Tableau L: Répartition des 7 agents observés dans la tâche de vaccination selon l'innocuité des vaccinations.

Tableau LI : Scores observés pour les modalités de l'innocuité des services de vaccination du CSRef de la commune VI de Bamako en Décembre 2011.

Tableau LII: Répartition des horaires de permanence et de garde par agents et par unités impliquées dans la vaccination.

Graphique 3: Représentation des horaires de travail par catégories d'agent et par unités impliquées dans la vaccination.

Tableau LIII: Répartition des utilisateurs avec ancienne carte selon le suivi de la vaccination.

Tableau LIV: Scores observés pour les modalités de la continuité des services de vaccination du CSRef de la commune VI de Bamako en Décembre 2011.

Tableau LV : Répartition des utilisateurs selon leur avis sur la disponibilité des services de vaccination.

Tableau LVI : Répartition des utilisateurs selon leur impression sur les services de vaccination et les vaccins reçus.

Tableau LVII: Répartition des utilisateurs selon leur avis sur le moment de prestation des services.

Tableau LVIII: Répartition des utilisateurs selon leur avis sur l'accueil aux services de vaccination du CSRef.

Tableau LIX: Répartition des utilisateurs selon leur avis sur le temps d'attente des services de vaccination.

Tableau LX : Scores observés pour les modalités de la satisfaction des utilisateurs des services de vaccination du CSRef de la commune VI de Bamako en Décembre 2011.

Tableau LXI : Scores observés pour la modalité des décès dû aux MAPI des services de vaccination du CSRef de la commune VI de Bamako en Décembre 2011.

Tableau LXII : Récapitulatif des scores des différents facteurs influençant la qualité des services de vaccination du CSRef de la commune VI de Bamako en Décembre 2011.

Graphique 4: Proportion des propositions des utilisateurs.

Tableau LXIII: Répartition des personnels impliqués dans la vaccination par rapport aux éléments d'amélioration de la qualité des services de vaccination.

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION.....	2
----------------------	---

II- PROBLEMATIQUE.....	5
III- OBJECTIFS.....	11
IV- GENERALITES.....	13
V - METHODOLOGIE.....	21
VI- RESULTATS.....	50
VII- DISCUSSION.....	91
VIII- CONCLUSIONS.....	103
IX- SUGGESTIONS.....	.106
X- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	109
ANNEXES.....	.I

I. INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

Le succès et l'expérience enregistrés dans l'éradication de la variole ont amené l'Organisation Mondiale de la Santé à proposer le lancement d'un Programme Elargi de Vaccination (PEV) dans tous les Pays membres du système des Nations Unies lors de la 27ème Assemblée Mondiale de la Santé en 1974 (Résolution N° 57). [1]

Ainsi le premier document de « Programme Elargi de Vaccination » pour le Mali fût développé et adopté par les partenaires au développement, le 24 avril 1986. [2]

Par ailleurs, les stratégies habituelles : fixes, mobiles et avancées ont besoin d'être complétées par des stratégies locales régionales plus spécifiques et acceptables par les communautés. [3]

L'atteinte des objectifs en général et notamment ceux à long terme visant à rendre possible la prise en charge du programme par les communautés elles-mêmes passe nécessairement par le développement des stratégies complémentaires. [3]

La politique sectorielle de santé et de population dont la mise en œuvre se fait à travers le programme de développement sanitaire et social (PRODESS) est basée sur la participation des communautés à la prise en charge de leurs problèmes de santé, créant ainsi les meilleures conditions pour l'extension de la couverture sanitaire et l'amélioration de la qualité des prestations de services dont le Programme Elargi de Vaccination en est une composante essentielle. [4]

Initialement financé à près de 80% par les partenaires au développement, le PEV est actuellement pris en charge en grande partie par l'Etat malien. Malgré ces efforts appréciables de l'Etat, l'appui des partenaires demeure encore indispensable. [5]

Dans le cadre de l'initiative à l'indépendance vaccinale, le Mali dépense chaque année près de trois milliards de francs CFA dans l'achat des vaccins et des consommables. Ceci témoigne de la volonté des autorités politico-administratives d'améliorer l'état de santé du couple mère-enfants. [5]

Cependant l'objectif de couvertures vaccinales des enfants de moins de 12 mois reste encore non atteint sauf pour le BCG au Mali selon le DVD_MT 2010 et 2011. Le taux de couverture vaccinale était :

- Pour le Penta3 92% avec un objectif de couverture à 98% (2010) et 88% (avec un objectif de couverture à 97% (2011) ;
- Pour le BCG 97% avec un objectif de couverture à 97% (2010) et 100% avec un objectif de couverture à 98% (2011) ;
- Pour le VAR 89% avec un objectif de couverture à 97% (2010) et 82% avec un objectif de couverture à 95% (2011) ;
- Le taux de couverture pour les femmes en VAT 2 et plus est de 59% en 2010 avec un objectif de couverture à 80% (2010) et 60% avec un objectif de couverture à 80% (2011).

Définir et évaluer la qualité des soins et services de santé est une démarche fondamentale si l'on veut améliorer le système de santé [6].

Malgré l'importance accordée à la qualité des soins et services de santé, il n'y a eu que très peu d'activités soutenues en matière d'amélioration de la qualité des soins et services de santé dans les pays en développement. Les études faites, ces dernières années ont mis en exergue d'importantes lacunes dans les soins et services de santé et les systèmes de gestion dans les pays en développement. [7]

Pour améliorer la santé de la population, il est indispensable de veiller à la qualité de l'offre et à l'usage rationnel de celle-ci. La qualité d'un système de soins de santé relève à la fois des structures et ressources ("structure", "inputs"), du fonctionnement et des activités ("process"), des résultats ("output", "out come") de leurs effets et impact sur la santé et le bien-être des populations. [8]

Cependant, il n'y a pas d'étude soutenue sur la qualité des services de vaccination au Mali. L'évaluation des services de la vaccination réalisée par la section immunisation en 2010 a montré une baisse des activités liées à des facteurs, en rapport avec les ressources humaines matérielles et financières ainsi que la qualité des services rendus. [12]

La recherche du niveau d'amélioration de la qualité des prestations des services de la vaccination, nous a conduit à mener cette évaluation de la qualité des services de vaccination de routine par un choix aléatoire au Centre de Santé de Référence de la commune VI du district de Bamako.

II. PROBLEMATIQUE

II. PROBLEMATIQUE

2.1. Enoncé du problème

Au début des années 1970, cinq millions d'enfants mouraient chaque année dans le monde à la suite d'une maladie évitable par la vaccination. Le taux de couverture vaccinale des enfants était alors inférieur à 5% [9].

Malgré le succès global des programmes de vaccination, 2 millions d'enfants succombent chaque année des affections que nous savons depuis longtemps prévenir ou guérir à peu de frais selon GAVI Alliance (13 juin 2011).

Environ 770000 enfants sont morts dans le monde de rougeole en 2000 et 345 000 en 2005 presque tous dans les pays en voie de développement et on estime que le tétanos y cause environ 500 000 morts par an. [9]

Tous les ans, 520.000 personnes meurent dans le monde de l'hépatite virale B dans sa forme aiguë ou chronique (à l'origine de cirrhose et de cancer du foie). L'hépatite virale B est 100 fois plus infectieuse que le VIH et vient immédiatement après le tabagisme comme cause avérée d'un cancer majeur chez l'homme. [10]

Devant l'insuffisance notoire et la répartition fortement inégale des moyens (personnel, équipement) mis à la disposition de la médecine purement curative, il nous semble essentiel de promouvoir dans nos pays économiquement faible, une médecine quadridimensionnelle, curative certes, mais surtout préventive, éducative et sociale. A cet effet, la vaccination a révolutionné la santé de l'enfant dans le monde entier en évitant chaque année des millions de décès et en réduisant les risques d'handicap que causent certaines maladies infectieuses. [11]

En dépit des efforts fournis, le taux de couverture vaccinale au Mali reste encore faible et selon le rapport de l'EDSM-IV, seulement 62% des enfants de 12-23 mois ont reçu toutes les vaccinations recommandées du

PEV (BCG, DTC, POLIO, VAR) et 77% pour les mères d'enfants de moins d'un an deux premières doses de VAT et plus. Par ailleurs, un peu moins d'un enfant sur cinq n'a reçu aucun vaccin. D'après la même source, le constat est fait sur la forte variation de la couverture vaccinale des enfants selon le milieu de résidence. C'est ainsi qu'on note un minimum à Kidal avec 12% et un maximum dans le district de Bamako avec 105%. [12]

La recherche de la qualité s'est progressivement imposée en médecine. « Dans les pays en développement, le citoyen doit de plus en plus payer lui-même sa santé. La santé devient alors un vaste domaine qui doit intéresser de plus en plus le bénéficiaire et faire de lui un véritable client. Le prestataire de soins, jadis fort, savant et maître absolu face à un bénéficiaire faible, ignorant et soumis, devient alors faible et serviteur face à un bénéficiaire qui redevient fort et exigeant et à la limite désobligeant» [13]

Au début, centrée sur les structures, l'évaluation de la qualité des soins s'est progressivement déplacée vers une approche centrée sur le processus de prise en charge et les clients, et prend en compte leur satisfaction [14].

A la 45^{ème} session du Comité régional de l'OMS Afrique en 1995 et à la réunion régionale de la même organisation en Novembre 1996 à Brazzaville, la nécessité d'évaluer et de promouvoir la qualité des soins et services dans les pays de la sous-région a été soulignée. [15]

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. Les comportements en cas de maladies sont fortement associés à l'image de qualité que projettent les dispensateurs de soins. La faible utilisation des formations sanitaires publiques est pour une large part attribuable à une qualité déficiente des services [16].

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. Il en est de même pour le Mali où seulement 44 % de la population a accès aux soins dans un rayon de 5 km en 2002, 45 % en 2003 et 58% en 2010[16].

Dans un contexte de sous-utilisation des services de santé, malgré l'extension de la couverture sanitaire dans le pays qui comptait près de 1050 CScoms et 60 CSRéf en fin 2010, l'effort pour la qualité constitue un élément important dans le système d'offre de service.

C'est cet état de fait, qui nous a inspiré ce travail et a suscité après un choix aléatoire de la commune VI les questionnements suivants :

Quelle est la qualité des services de vaccination de routine du Centre de Santé de Référence de la commune VI du district de Bamako ?

Quelles sont les dimensions qui permettraient de mesurer la qualité des services de la vaccination du Centre de Santé de Référence de la commune VI du district de Bamako en vue de proposer des suggestions d'amélioration?

2.2. Cadre conceptuel de la qualité des services de la vaccination [22]

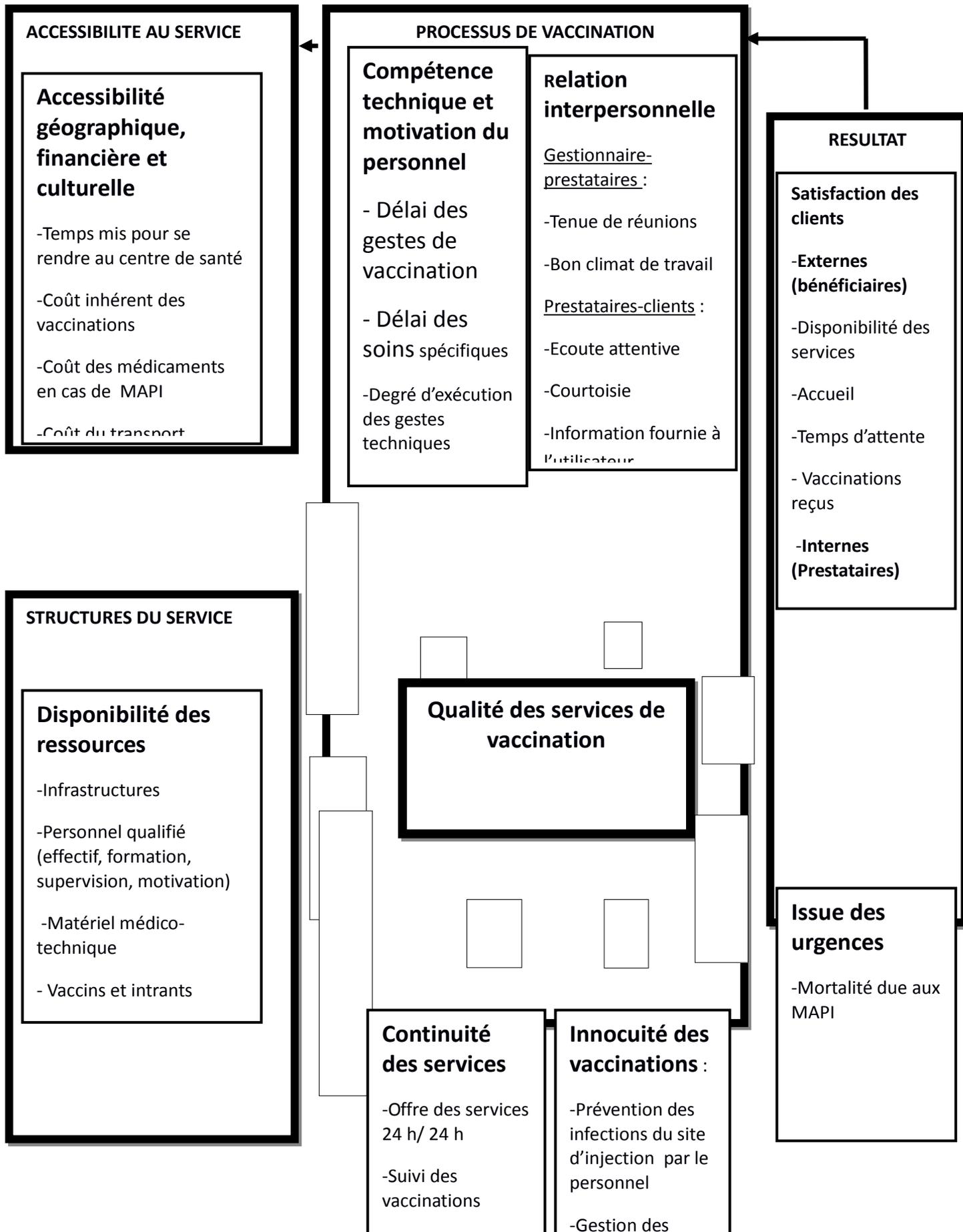
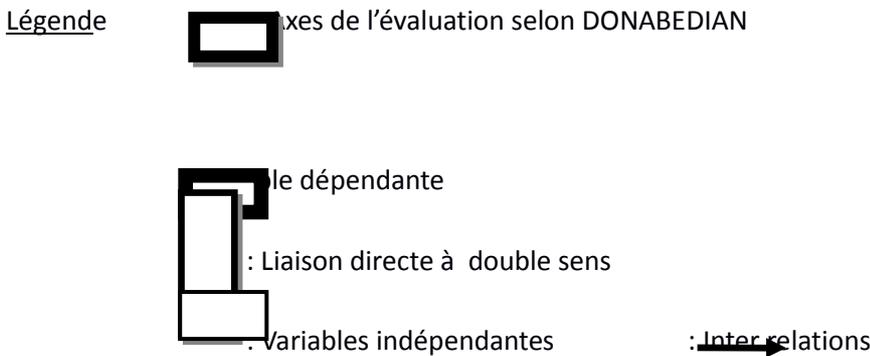




Figure N°1 : Cadre conceptuel de la qualité des services de vaccination



Explication du cadre conceptuel

Les variables indépendantes qui pourraient agir sur la qualité des services de vaccination peuvent se résumer comme suit :

- La performance réside dans la rapidité de la prise en charge et l'exécution adéquate des tâches (conformément aux normes). Ce qui influence le pronostic vital des cas de MAPI compliqués ainsi que la qualité des vaccinations. Cela suppose l'existence d'un personnel qualifié capable d'offrir des gestes de vaccination et des soins spécifiques (en cas de MAPI) ou salvateurs dans les délais optimaux.
- Pour l'innocuité des prestations des services, les dispositions prises par les prestataires pour éviter aux bénéficiaires et à eux mêmes le risque d'une infection en milieu de soins contribuent à la qualité de la prise en charge.
- En ce qui concerne les relations interpersonnelles, elles contribuent à l'efficacité des messages et conseils, à la meilleure connaissance des mamans sur l'importance de la vaccination et à un bon

déroulement du processus de vaccination. Si les agents de santé sont techniquement compétents et que les relations interpersonnelles ne sont pas bonnes, les soins risquent d'être moins efficaces.

- En ce qui concerne la satisfaction des bénéficiaires, selon BAKER, les préoccupations du malade appartiennent à cinq catégories : La disponibilité des services et soins, l'accueil, le temps d'attente, les soins administrés, le coût des soins. La qualité des services exige que les services rendus correspondent aux besoins individuels, sociaux, culturels et médicaux des utilisateurs, en vue de leur satisfaction. La satisfaction des bénéficiaires de la qualité des services offerts permet d'augmenter l'utilisation de ces services et constitue une dimension essentielle de la qualité de la prise en charge.

- Dans la continuité des services, la disponibilité permanente contribue de façon importante à la prévention des maladies dès la naissance et influe sur la qualité des services.

- Quant à l'accessibilité ; le temps mis pour joindre la structure influe sur l'utilisation des services et sur la qualité de la prise en charge des urgences de MAPI.

L'accessibilité culturelle (acceptabilité) des services de vaccination conditionne souvent le choix et le recours à ces services. La demande en vaccination est influencée par la famille et la société dans laquelle l'enfant vit.

Les coûts élevés des vaccinations, des vaccins, du transport et le manque de système de référence des cas de MAPI à un coût abordable constituent des obstacles majeurs à la qualité des services surtout pour les populations les plus démunies.

En ce qui concerne la disponibilité des ressources, les services de la vaccination appropriés ne pourront être offerts que grâce à certaines conditions indispensables à savoir un personnel soignant compétent, un cadre de travail ou un environnement approprié favorable à la rapidité des séances de vaccination ou au transfert des cas de MAPI grave.

De même, il faut la disponibilité d'autres types de ressources tels que les infrastructures, les matériels médico-techniques et les vaccins.

- Enfin l'organisation et fonctionnement est l'ensemble des postes de travail dans un processus des vaccinations définis ayant des liens précis et au sein desquels les personnes travaillent conformément à des règles de travail préétablies en vue d'atteindre les objectifs communs en rapport avec la mission de l'entreprise. Prend en compte l'innocuité et la continuité des vaccinations.

2.3. Hypothèse

L'accessibilité aux services de vaccination, les structures des services de vaccination, le processus de l'offre des services de vaccination et les résultats des services rendus influencent la qualité des services de vaccination de routine du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako;

Pour vérifier cette hypothèse, les objectifs ci-après ont été fixés :

III. OBJECTIFS

III. OBJECTIFS

3.1. Objectif général

Evaluer la qualité des services de vaccination du Centre de Santé de Référence de la Commune VI (CSRéf Com VI) du district de Bamako en 2011.

3.2. Objectifs spécifiques

- Décrire l'organisation et le fonctionnement du service de vaccination du Centre de Santé de Référence de la Commune VI (CSRéf Com VI) du district de Bamako;
- Analyser l'adéquation des ressources humaines, matérielles et des vaccins disponibles au Centre de Santé de Référence de la Commune VI (CSRéf Com VI) du district de Bamako;
- Déterminer les connaissances du personnel de santé dans les services de vaccination du Centre de Santé de Référence de la Commune VI (CSRéf Com VI) du district de Bamako;
- Déterminer le niveau de satisfaction des mères et personnes à charge d'enfants de 0-11mois et les femmes en âge de procréer sur la qualité des services de vaccination du Centre de Santé de Référence de la Commune VI (CSRéf Com VI) du district de Bamako;
- Faire des suggestions en vue d'améliorer la qualité des services de vaccination du Centre de Santé de Référence de la Commune VI (CSRéf Com VI) du district de Bamako.

IV. GENERALITES

IV. GENERALITES

4.1. Définitions opératoires des concepts : [17,18]

Evaluation: Processus de collecte, d'analyse et d'interprétation des informations pour mesurer, comparer et porter un jugement et déterminer si les résultats correspondent aux prévisions et d'en expliquer les écarts lorsque ceux-ci existent.

Qualité: Ensemble des propriétés et des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude de satisfaire à des besoins exprimés ou implicites.

Services : Ensemble d'actes qui visent le bien être d'un individu ou d'un groupe d'individus.

Services de qualité : Selon l'OMS, les services de qualité sont des services conformes aux normes locales ou nationales y afférentes, délivrés en cas de besoin, au niveau requis du système de santé. [19]

Prestations de services: Ensemble des actes planifiés à mettre en œuvre par une ou plusieurs personnes ayant des compétences, l'objectif étant de satisfaire à l'une des fonctions suivantes :

- la prévention de la détérioration de la santé ;
- la restauration de la santé ;
- la réhabilitation en cas de déficience ou d'handicap d'ordre physique ou mental.

Services du PEV: Ensemble des actes liés à la vaccination qui ont pour objectifs :

- la prévention de la détérioration de la santé de l'enfant;
- la restauration de la santé de l'enfant ;

Qualité des services : Amélioration continue des prestations offertes en vue de satisfaire les besoins exprimés ou implicites des bénéficiaires.

Bénéficiaires/Utilisateurs : Usagers du service de PEV, à la recherche de la satisfaction d'un besoin ou d'une demande en matière de santé.

4.2. Aspects de la question:

Parmi les pays en développement, peu font des efforts systématiques pour améliorer la qualité des services en fonction des résultats.

Qu'est-ce que la qualité ? Pourquoi la mesurer ?

DONABEDIAN, un pionnier des travaux dans ce domaine, parle de qualité à propos de soins qui « maximisent le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins » [20].

L'OMS définit la qualité comme la capacité de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques... lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains... ». [13]

Mais la définition la plus largement employée vient de l'Institut de médecine des Etats-Unis (IOM), qui précise que la qualité est « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations, d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment » [21].

Cette définition est largement acceptée par la communauté internationale grâce à sa flexibilité et à son adaptabilité à des contextes différents. Les concepts utilisés dans cette définition méritent quelques explications. Le terme « services de santé » se rapporte à un éventail de services qui touchent la santé, y compris les maladies mentales. En outre, la définition s'applique à tous les types de fournisseurs de soins (médecins, paramédicaux) et d'établissements (hôpital, maison de repos, domicile). L'inclusion dans la définition à la fois des « individus et des populations » attire l'attention sur les différentes perspectives qui doivent être envisagées. D'une part, il s'agit d'améliorer la qualité des services fournis par les professionnels de santé, d'autre part, l'attention doit être prêtée à la qualité de la vaccination à travers le système entier.

La définition souligne que les services de bonne qualité augmentent la

« probabilité » de résultats souhaités : cette notion de probabilité est importante car un service de qualité ne peut pas toujours produire le résultat souhaité, elle reconnaît qu'il y a toujours en santé un aspect indéfini. On s'attend toutefois à ce que les services fournis apportent plus de bien que de mal. Se concentrer sur les résultats exige des cliniciens de fournir des services pertinents (compétence technique) en tenant compte des préférences et des valeurs de leurs utilisateurs. Dans la pratique « trop de soins » peut correspondre à une mauvaise qualité. Les « connaissances professionnelles du moment » impliquent que les professionnels de santé se tiennent à la hauteur d'une bonne formation médicale et qu'ils doivent employer leurs connaissances convenablement.

Selon l'ISO (International Organisation for Standardization) qui est l'organisme international chargé de la standardisation du vocabulaire et des méthodes relatifs à la qualité, la qualité est « l'ensemble des propriétés et caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude de satisfaire à des besoins exprimés et implicites ».

Maxwell en 1984 considère la qualité des services de santé comme la résultante de six composantes [22]:

- accessibilité
- pertinence par rapport aux besoins de la population visée
- équité
- acceptabilité
- **fait bien ce qu'il fait et produit des résultats** (efficacité)
- efficient: meilleur compromis entre les résultats (coût-efficacité) ou l'impact (coût Bénéfice) et le coût consenti

Comment mesurer la qualité ?

La définition de l'IOM est plus limitée que celle de DONABEDIAN qui vise à maximiser « le bien-être des patients », mais plus large en termes d'approche puisqu'elle intègre la promotion de la santé et la prévention, pour les individus et la population, en plus des soins curatifs destinés aux patients. Par ailleurs, notons que la définition de l'OMS introduit la notion d'efficience (« ... au meilleur coût pour le même résultat ... ») dans la définition de la qualité tandis que l'IOM défend l'idée selon laquelle la préoccupation des ressources disponibles ne doit pas intervenir dans la définition de la qualité.

En effet, la définition de la qualité des soins et services a évolué au cours de deux dernières décennies en intégrant les points de vue des différents acteurs, celui des patients en particulier. La qualité est donc une notion multidimensionnelle.

Dimensions principales de la qualité des services

Les principales dimensions élaborées dans ces cadres peuvent être regroupées dans cinq catégories: efficacité, sécurité, réactivité, accès et efficience. Ces dimensions englobent souvent une série d'autres dimensions parfois nommées différemment selon les cadres, telles que la pertinence, la ponctualité (timeliness), l'aptitude (patient centeredness), la continuité, la satisfaction, la compétence technique.

Champs d'investigation

Outre les différentes dimensions de la qualité des services, son appréciation distingue trois champs d'investigation pouvant se baser sur des mesures relatives à la structure de vaccinations, au processus de vaccinations ou aux résultats finaux [13].

La qualité structurelle s'intéresse aux ressources employées, notamment aux normes des établissements et des équipements. La qualité du processus de la vaccination se concentre sur l'interaction entre les

professionnels de santé et les utilisateurs. Les résultats fournissent des preuves ou des témoignages en termes d'amélioration de l'état de santé des cibles du PEV de routine. Les mérites de différents types de mesure sont largement débattus dans la littérature. Certains suggèrent que les mesures du processus sont plus sensibles à la qualité que celles de la structure ou des résultats. Idéalement, une évaluation complète de la qualité des services doit comprendre ces trois types de mesure puisqu'ils examinent différents aspects complémentaires pour donner une vision entière.

4.3. Revue de la littérature:

Les normes autorisant les personnes à pratiquer la médecine remontent au premier siècle après la naissance de Jésus-Christ en Inde et en Chine. [23]

Aux Etats Unis le mouvement moderne pour la qualité des soins de santé a commencé en 1917, quand le Collège Américain des Chirurgiens a compilé le premier ensemble des normes minimales pour les hôpitaux américains afin de mettre fin aux soins inadéquats. Cette approche a donné lieu au processus d'accréditation. [14]

L'adoption de l'initiative de Bamako a probablement été un facteur déterminant pour la prise de conscience des clients (patients) devenant plus exigeants en matière de qualité.

Pour Robinson Enrique : « La qualité des soins n'est pas un luxe que seuls les pays riches peuvent se permettre, c'est un impératif pour toute organisation de soins ». [24]

En France, les mesures concernant les structures sont plutôt bien développées grâce à l'accréditation. Il n'en est pas de même pour les mesures de processus ; il semble y avoir un manque particulier en ce qui concerne la qualité du processus technique (technical process quality) qui fait référence à la pertinence des décisions concernant les diagnostics et les choix thérapeutiques pour les patients. [8]

Le processus d'évaluation de la qualité des services est d'apparition récente en Afrique.

NIANGALY A. et al. ont évalué la qualité des soins dans les CSCom de Koulikoro au Mali et conclu que la qualité est liée à un bon accueil et une disponibilité des médicaments essentiels avec des prix abordables. [25]

Ousmane Bé Sao, dans une étude faite sur l'évaluation de la qualité des soins dans l'unité de planification familiale du CS Réf de la commune V du district de Bamako, a trouvé la qualité des prestations bonne. Les

critères utilisés étaient : l'organisation des services et du travail, la disponibilité des ressources, la compétence des prestataires, l'accessibilité, le coût, l'utilisation des services et la satisfaction des clients.

[26]

Alfarock A. A. dans une étude de perception de la qualité des soins par la population au centre de santé de référence de Kidal au Mali, a conclu que La qualification des prestataires était conforme aux normes en terme de qualité mais pas en quantité suffisante permettant d'assurer une meilleure offre des services de santé.[27].

Les indicateurs utilisés ?

L'efficacité

L'efficacité est souvent la première dimension prise en compte pour mesurer la qualité. Elle correspond à la capacité de réaliser des résultats souhaitables, à condition qu'ils soient bien dispensés à ceux qui en ont besoin et pas aux autres [13]. DONABEDIAN souligne que l'efficacité est l'aptitude à atteindre ou à réaliser toute amélioration possible en termes de résultats sanitaires [28]. La pertinence (appropriateness) est une notion proche couramment intégrée à l'efficacité et signifie que les services fournis correspondent aux besoins cliniques et soient basés sur de solides recommandations médicales.

Ce que l'on mesure

Afin de mesurer l'efficacité du système de santé ou des interventions dans des domaines spécifiques, on regarde le plus souvent les résultats en utilisant les indicateurs de mortalité ou de morbidité par cause, par groupe cible.

Un taux de survie élevé peut être dû à la bonne qualité des services fournis ou à des diagnostics précoces obtenus grâce à des programmes préventifs. On compare ainsi les taux de dépistage ou d'immunisation des populations cibles comme des indices d'efficacité d'un système de vaccination.

La sécurité ou innocuité

La sécurité des vaccinations est basée sur le principe de ne pas nuire aux bénéficiaires. La sécurité est la capacité d'empêcher ou d'éviter les résultats indésirables ou les dommages qui proviennent des processus de vaccinations eux-mêmes [29]. C'est une dimension qui est étroitement liée à l'efficacité, bien qu'elle s'en distingue en mettant l'accent sur la prévention des événements indésirables et sur la réduction des défauts de qualité des services pour les bénéficiaires.

Ce que l'on mesure :

Les indicateurs relatifs à la sécurité des services de vaccination sont bien développés. On peut les regrouper en quatre grands domaines : infections du site d'injection, manifestations post injection (MAPI),

événements sentinelles (accidents liés aux déchets de la vaccination), ainsi que d'autres événements indésirables.

L'accessibilité

L'accessibilité est la facilité avec laquelle on accède aux bons services de santé au bon moment. L'accès peut être vu sous l'angle géographique, financier ou socioculturel, et exige que les services de santé soient a priori disponibles. L'équité est une dimension étroitement liée à l'accès et à la capacité d'un système de santé à traiter de manière juste toutes les personnes concernées, indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leur race et de leurs ressources financières. Dans ce contexte, il s'agit de la distribution des services entre différents groupes de populations quelles que soient leurs situations géographique, économique et sociale. La ponctualité (timeliness) est un concept lié à l'accès et se rapporte au degré avec lequel les utilisateurs obtiennent les services nécessaires rapidement [8]. Elle inclut l'accès aux services dans des délais opportuns (obtenir les services lorsqu'on en a besoin) et la coordination de services (trajectoire de la vaccination).

Ce que l'on mesure :

On évalue la disponibilité des professionnels de santé et l'accès aux services de vaccination en termes de facilité et de durée d'attente. Les indicateurs le plus souvent employés sont : les délais d'attente pour se faire vacciner ou son enfant, le temps d'accès aux agents vaccinateurs, les problèmes d'accès liés au coût inhérent de la vaccination.

La réactivité

La réactivité ou la sensibilité du système à la demande de l'utilisateur (responsiveness) renvoie à des notions telles que le respect des patients, la dignité, la confidentialité, la participation aux choix, le soutien social, le choix de fournisseurs de soins. Elle se rapporte à la façon dont le système prend en charge les utilisateurs pour répondre à leurs attentes légitimes non liées à la santé. Un autre terme est souvent employé « patient-centeredness » : il s'agit de mettre le patient au centre des soins en intégrant différents éléments comme l'écoute, l'empathie, la confidentialité, mais aussi l'information dont le patient dispose sur sa maladie et la possibilité d'un choix éclairé de sa part. Ainsi, on met l'accent sur l'expérience du patient concernant les aspects spécifiques des soins, ceci au-delà de sa satisfaction individuelle [30].

La continuité des services renvoie à la coordination des vaccinations de routine et des soins spécifiques de MAPI dans le temps et à travers différents professionnels et unités ou établissements pour un même utilisateur.

Ce que l'on mesure :

La majorité des mesures concerne la coordination entre les soins hospitaliers et ambulatoires. Plusieurs indicateurs de réactivité ou de sensibilité du système de santé sont également disponibles, tels que ceux concernant la communication avec le médecin ou l'agent vaccinateur (« écoute soigneusement », « montre du respect », « explique clairement les actes et leurs innocuités, choix... »), le temps passé avec lui, la continuité et l'acceptabilité des vaccinations, l'évaluation globale des services reçus et du système de santé. Par exemple, une enquête menée par la DREES concernant les consultations externes hospitalières compte 8 % de patients exprimant l'impossibilité d'expliquer son problème de santé au médecin et 17 % ne recevant aucune explication du celui-ci [31].

L'efficience

Elle se réfère à l'utilisation optimale des ressources disponibles pour obtenir les bénéfices ou les résultats les meilleurs. Elle renvoie à la capacité d'un système de santé à fonctionner à moindres frais sans diminuer les résultats possibles et souhaitables [30, 32, 33].

L'IOM soutient par exemple que les soucis d'efficience (contraintes de ressources) ne devraient pas être introduits dans la définition de la qualité, celle-ci ne devant pas varier en fonction des moyens disponibles. Les décideurs publics, les professionnels de santé et les utilisateurs devraient pouvoir distinguer des problèmes de qualité de ceux qui résultent de la non-disponibilité de ressources ou de l'inefficience.

Ce que l'on mesure :

Dans ce domaine on compare souvent les niveaux de ressources consacrées au système de santé. On peut comparer le niveau global ou celui de domaines spécifiques.

Au terme de cette revue non exhaustive de la littérature, nous allons nous inspirer du modèle d'évaluation de DONABEDIAN axé sur l'accessibilité, les structures, le processus et les résultats des soins pour le développement de notre étude.

V. METHODOLOGIE

V. MÉTHODOLOGIE

5.1. Lieu d'étude :

5.1.1. Présentation du centre de santé de référence de la commune VI :

La maternité de sogoniko de son nom initial a été créée en 1980 et est située en commune VI du District de Bamako sur la rive droite du fleuve NIGER. Elle a été érigée en Centre de Santé de Référence (CSRéf) en 1999.

La commune VI fut créée en même temps que les autres communes du district de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et est régie par les textes officiels suivants :

- l'ordonnance N°78-34/CMLN du 28 Août 1978 fixant les limites et le nombre des Communes ;
- la loi N°93-008 du 11 Février 1993 déterminant les conditions de la libre administration des Collectivités Territoriales ; et
- la loi N°95-034 du 12 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales la construction du pont des martyrs en 1960, celle du pont FHAD en 1989, celle du 3eme pont en 2011 et la création des logements sociaux.

Les quartiers de la rive droite du fleuve Niger ont connu une expansion considérable avec la création des logements sociaux.

5.1.2. Données géographiques

Superficie (densité/km²)

- La commune VI est la commune la plus vaste du district avec 94 Km², pour une population estimée à 484199 habitants en 2010 (DNSI 2009) avec une densité de 5151 habitants au Km² et un taux d'accroissement de 9,4.

Limites

La Commune est limitée au Nord par le fleuve Niger, à l'Est et au Sud par le cercle de Kati et à l'Ouest par la Commune V.

Relief :

Le relief est accidenté :

- dans la partie Est de Banankabougou par Outa-Koulouni, culminant à 405 m ;
- par Taman koulouno avec 386 m à l'ouest de la patte d'Oie de Yirimadio;
- par Kandoura koulou , magnambougou koulou et Moussokor kountji fara, l'ensemble culminant à 420 m d'altitude est situé à l'est de dianeguella- sokorodji;
- par Dougou koulou dont le flanc ouest constitue une partie de la limite EST de la commune;
- par Tién- koulou culminant à 500 m, son flanc Ouest définit également une partie de la limite Est de la commune.

Climat

Le climat est Sahélien avec une saison sèche de Février à Juin et une saison pluvieuse de Juillet à Septembre et une saison froide d'Octobre à Janvier.

La Commune connaît des variations climatiques d'année en année.

Végétation

La végétation a connu une dégradation due à l'exploitation anarchique du bois et aux longues années de sécheresse. Elle est de type soudano - sahélien dominée par les grands arbres comme le caïcédrat, le karité et le manguier.

Hydrographie :

La Commune VI est arrosée par le Fleuve Niger au nord et les marigots Sogoniko, Koumanko et Babla.

5.1.3. Voies et moyens de communication

5.1.3.1. Voies de communications :

Dans le domaine du transport, la commune est desservie par deux routes d'importance nationale:

- La RN6 : Axe Bamako - Ségou,
- La RN7 : Axe Bamako - Sikasso,

Ces deux routes nationales traversent la commune VI et facilitent l'accès aux quartiers riverains (Banankabougou, Faladié, Senou et Yirimadio), à celles-ci s'ajoutent l'Avenue de l'OUA qui traverse

Sogoniko, les trente (30) mètres traversant Faladié et Niamakoro et des voies secondaires qui désenclavent les quartiers de l'intérieur.

5.1.3.2. **Moyens de transport :**

La Commune est un carrefour pour le transport routier. Il existe un aéroport international à Senou à 15 km du centre ville qui assure le trafic aérien.

5.1.3.3. **Moyens de télécommunication:**

Le réseau de communication est constitué par le téléphone, le fax, l'Internet (les cabines téléphoniques privées et publiques et les « cybercafés »).

Toutes les stations radios libres, les deux chaînes télé (ORTM et Africable) sont captées dans la commune. Deux radio libres : Espoir et Guintan y sont implantées.

5.1.4. **Activités économiques :**

L'économie de la commune est dominée par le secteur tertiaire (commerce, transport, tourisme,) suivi du secteur secondaire, malgré le rôle relativement important du secteur primaire (l'agriculture, l'élevage, la pêche, l'artisanat et le maraîchage).

5.1.5. **Données socioculturelles et religieuses :**

La structure sociale et culturelle reste traditionnelle.

Les notions de noblesse et de famille de caste sont toujours vivantes au sein de la communauté.

Les pratiques et habitudes ancestrales sont toujours d'actualité ; il s'agit du :mariage traditionnel, polygamie, lévirat, sororat, cérémonies rituelles etc.

Les principales religions rencontrées dans la commune sont : l'Islam (80%), le christianisme (10%), l'animisme (10%) et leurs adeptes se côtoient.

5.1.6. **Données démographiques :**

La population totale de la Commune VI a été estimée en 1998 à 221342 (source DNSI). En application du taux d'accroissement annuel qui est de 9,4 %, la population a atteint 620360 habitants en 2009 et 484199 habitants en 2010. Elle est la commune la plus peuplée, composée de 50,6% d'hommes et 49,4% de femmes.

NB : Cette population est sujette à des variations dues aux flux migratoires saisonniers de l'intérieur du pays vers la capitale ; à la création de nouveaux quartiers (logements sociaux).

5.1.7. **Dégré d'urbanisation**

La Commune VI est composée de 10 quartiers dont 4 urbains et 6 semi-urbains.

Le degré de viabilisation de la commune est très peu avancé. Les quartiers totalement lotis sont Banakabougou, Magnambougou ,Sogoniko, Faladié et Missabougou; Niamakoro, Sokorodji et Dianeguella sont partiellement lotis.

5.1.8. Situation sanitaire

La commune VI compte 10 quartiers et les cités des logements sociaux. La couverture socio-sanitaire de la commune est assurée par un Centre de Santé de Référence, un service social, 11 CSCOM, 35 structures sanitaires privées recensées, 1 structure mutualiste, 2 structures parapubliques, 16 tradithérapeutes et 32 officines.

5.1.8.1. Couverture géographique

Tableau I : Chronologie de la mise en place des CSComs et leurs distances par rapport au Csréf

Nom Aire	Date de création	Quartier	Distance CSCom /csréf (en km)
ASACOMA	Septembre 1991	Magnambougou	3
ASACONIA	Janvier 1992	Niamakoro	6
ANIASCO	Janvier 1992	Niamakoro	8
ASACOBABA	Mars 1992	Banankabougou	5
ASACOSE	Décembre 1992	Senou	15
ASACOSO	Octobre 1993	Sogoninko	0.3
ASACOFABA	Août 1994	Faladié	4
ASACOFYIR	Septembre 1997	Yirimadio	10
ASACOSODIA	Mars 1999	Sokorodji – Dianéguéla	6
ASACOMIS	Mars 2003	Missabougou	12
ASACOCY	Juillet 2005	Cité des logements sociaux	7

ASACOSE est le CSCOM le plus distant du CSRéf (15km)

5.1.8.2. Observations :

A chaque centre de santé communautaire correspond une aire de santé. Suivant des critères populationnels, certains quartiers ont été divisés en 2 aires Niamakoro (ASACONIA et ANIASCO) de santé par contre d'autres se sont fusionnés pour former une aire de santé (Sokorodji –Dianéguéla).

La couverture est de 100% pour les activités du PMA dans tous les CSComs.

5.1.8.3. Ressources humaines :

Au niveau du CSREF. il y a les différentes catégories de personnel à savoir :

- Les fonctionnaires et les conventionnaires de l'Etat ;
- Les conventionnaires de l'INPS ;
- Les contractuels du CSREF ;
- Les contractuels de la Mairie

Tableau II : Personnel du CSRéf

Qualifications	Existant	Source de financement				
		Etat	Fonds PTE	Collectivité	INPS/ ARCAD	Récouvrement
Médecin généraliste	10	5	3	1		1
Médecins spécialistes						
Gynécologue-Obstétricien	3	3				
Pédiatre	1	1				
Chirurgien	1	1				
Chirurgien dentiste	1	1				
Administration						
Inspecteur du trésor	1	1				

Contrôleurs du trésor	2	2				
Aides comptables	2	2				
Attaché d'administration	2	2				
Adjoint d'administration	4	4				
Agents de saisie	2	2				
Gestionnaire des services de santé	1	1				
Administrateur social	1	1				
Assistants médicaux						
Anesthésie réanimation	4	4				
Santé Publique	2	2				
Ophthalmo	3	3				
ORL	4	4				
Odontostomatologie	4	4				
Bloc opératoire	1	1				
Formation des formateurs	1	1				
Ingénierie sanitaire	2	2				
Techniciens supérieurs de santé						
IDE	7	5		1	1	
Sages femmes	26	24	1		1	
Technicien de laboratoire	2	2				
Technicien d'Hygiène assainissement	2	2				
Techniciens de santé						
Infirmiers du premier cycle	15	9	1	5		
Infirmières obstétriciennes	14	7	2	2	1	2
Technicien de Laboratoire	2	2				

Auxiliaires de santé						
Aides soignants	19	9		6	2	1
Matrone	1	1				
Agents d'hygiène	6			6		
Chauffeurs	5	4		1		
Gardiens	3			2		1
Manœuvres	10	2		2		6
Plantons	2	2				
Lingères	2					2
Personnel de l'USAC						
Médecin	1				1	
Pharmacien	1				1	
Conseillères	2				2	
Total	171	118	6	27	7	12

5.1.8.4. Infrastructures

Plusieurs unités ont été mises en place et fonctionnent depuis le début de l'organisation de la référence : chirurgie, gynécologie, médecine, ORL, Odontostomatologie, ophtalmologie.

La morgue a été construite mais non équipée. Les travaux d'extension et de rénovation du CSRéf ont commencé en 2010 mais ne sont pas encore terminés.

Les travaux de finition de ces constructions demeurent un impératif pour l'amélioration des conditions de travail.

Cependant malgré la rénovation le CSRéf connaît des problèmes d'infrastructures car l'unité de pédiatrie, l'USAC, unité de prise en charge de la tuberculose et lèpre n'étaient pas prévus dans la rénovation.

5.1.8.5. La Situation Vaccinale de la Commune VI de 2008 à 2011

Tableau III : Récapitulatif des taux de couverture

TAUX DE COUVERTURE	2008	2009	2010	2011
Taux d'enfant <12 mois complètement vaccinés au PENTA3	81,29	86,87	99,67	106,46
Taux d'enfant <12 mois vaccinés au VAR	69,22	72 ,03	82,81	87,31
Taux de couverture vaccinale VAT des femmes enceintes complètement vaccinées	53,74	52,78	77,40	75,60

Tableau IV : Répartition des structures sanitaires selon l'existence de dispositifs de gestion des déchets biomédicaux

Activités	2008		2009		2010	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Nombre de structures	7	0.14%	9	18,75	7	13.20%

sanitaires ayant un incinérateur						
Nombre de CSCOM ayant un incinérateur	6	54.55%	7	66,64	6	50%
Nombre d'incinérateur fonctionnel	5	71.43%	4	44,44	4	57.14%
Nombre de structures formées en gestion de DBM	27	56.25%	25	52,08	25	47.17%
Nombre de structures de santé polarisées	24	50%	25	52,08	26	49.06%
Quantité de déchets biomédicaux incinérés en m ³ à la polarisation	450	100%	399	100	434	100%
Nombre de boîte de sécurité incinérée à la polarisation	2298	100%	1823	100	9558	100%

5.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, évaluative de la qualité des services de vaccination de routine du CSRéf de la Commune VI du district de Bamako par une analyse des données du PEV et une enquête auprès des utilisateurs et des prestataires.

5.3. Période de l'étude :

L'étude s'est déroulée du 1^{er} janvier au 13 décembre 2011 pour l'exploitation des supports du PEV de routine du CSRef Com VI et du 07 au 13 Décembre 2011 pour la collecte des données (l'enquête transversale auprès des prestataires et utilisateurs au niveau du CSRef Com VI).

5.4. Population d'étude

La population de l'étude comprend :

- Les parents des enfants qui fréquentent les services de vaccination de routine du CSRéf de la Commune VI du district de Bamako ;
- Les femmes en âge de procréer dans le district sanitaire du CSRéf de la Commune VI du district de Bamako ;
- Les Prestataires (chargés de PEV, vaccinateurs, responsables des chaînes de froid) des services de vaccination de routine du CSRéf de la Commune VI du district de Bamako ;
- Les documents (supports, rapports d'activité et registres) du PEV de routine du CSRéf de la Commune VI du district de Bamako.

5.5. Echantillonnage

5.5.1. Les critères d'inclusion :

Etaient inclus dans l'étude :

- Les documents (supports, rapports d'activité et registres) exploitables du PEV de routine du CSRéf de la Commune VI du district de Bamako durant la période d'étude.
- Tout parent d'enfant de 0-11 mois au cours de la période de collecte et ayant accepté de se soumettre à l'entretien dans le district sanitaire du CSRéf de la Commune VI du district de Bamako ;
- Toute femme en âge de procréer au cours de la période de collecte et ayant acceptée de se soumettre à l'entretien dans le district sanitaire du CSRéf de la Commune VI du district de Bamako;
- Tout agent de santé impliqué dans la gestion et l'offre des services de vaccination de routine et ayant accepté de se soumettre à l'entretien dans le CSRéf de la Commune VI du district de Bamako.

5.5.2. Les critères de non inclusion :

- Tout parent d'enfant refusant ou ne pouvant pas se soumettre à l'entretien ;
- Toute femme en âge de procréer refusant ou ne pouvant pas se soumettre à l'entretien ;
- Tout agent de santé impliqué dans la gestion et l'offre des services de vaccination de routine, Refusant de se soumettre à l'entretien.

5.5.3. Technique d'échantillonnage

Nous avons procédé de la manière suivante :

- La sélection exhaustive pour les dossiers et supports de la période de l'étude ;
- L'interview d'une centaine de femmes en âge de procréer et des mères ou personnes à charge d'enfants que nous avons rencontrées pendant la période de l'enquête ;
- Un choix raisonné des agents de santé qui sont impliqués dans l'offre des services de vaccination en service au moment de notre passage.

5.5.4. Taille de l'échantillon

Nous avons ainsi inclus dans l'étude :

Cent six (106) utilisateurs interviewés à travers un questionnaire ;

Vingt et un (21) prestataires interviewés à travers un questionnaire;

Douze (12) prestataires observés pour les relations interpersonnelles à travers une grille d'observation ;

Sept (7) prestataires observés pour l'innocuité des vaccinations à travers une grille d'observation ;

Quatorze (14) supports du PEV de routine ont été dépouillés à travers une fiche de dépouillement.

5.6. Les Variables

5.6.1. Variable dépendante

La variable dépendante retenue pour cette étude est la qualité des services de vaccination de routine.

5.6.2. Variables indépendantes

Ces variables ont été catégorisées en quatre groupes :

- **Les variables en rapport avec l'accessibilité aux services**

✓ L'accessibilité géographique

- ✓ L'accessibilité financière aux services rendus
- ✓ L'accessibilité culturelle ou acceptabilité
- **Les variables en rapport avec les structures des services**
- ✓ La disponibilité (existence et fonctionnalité) des ressources : Infrastructures, personnel qualifié, matériel médico-technique, vaccins ;
- ✓ L'environnement physique des vaccinations (type et état des locaux, agréments) ;
- **Les variables en rapport avec le processus de vaccination**
- ✓ La performance du personnel ;
- ✓ La continuité des services de vaccination ;
- ✓ Les relations interpersonnelles : Prestataires-Prestataires et prestataires- bénéficiaires ;
- ✓ L'innocuité des vaccinations ;
- ✓ La gestion des déchets.
- **Les variables liés aux résultats**
- ✓ La satisfaction des bénéficiaires ;
- ✓ Couverture vaccinale et qualité des données ;
- ✓ Les MAPI.

L'accessibilité géographique : C'est la disponibilité des services de vaccination à une heure de marche au maximum de la population cible.

L'accessibilité financière : C'est la possibilité dont disposent les bénéficiaires pour payer les frais inhérents à la vaccination, des médicaments et de transport en cas d'urgence MAPI.

L'accessibilité culturelle : C'est l'acceptabilité des services de vaccination par les bénéficiaires sur le plan religieux et culturel.

La disponibilité des ressources humaines : C'est la présence d'un personnel de santé en termes d'effectif, de formation, de supervision et de motivation et qui répond chaque fois que les utilisateurs de son service le sollicitent.

La disponibilité des infrastructures, du matériel, des vaccins, des consommables médicaux : C'est l'existence des infrastructures et du matériel et leur fonctionnalité ainsi que des vaccins et consommables médicaux les trois derniers mois précédant l'enquête.

L'environnement physique des vaccinations : C'est l'existence de locaux propres, aérés, assurant le confort et l'intimité des utilisateurs.

La performance du personnel de santé : C'est le degré d'exécution des tâches par un agent de santé qualifié et le délai d'exécution des gestes de vaccination et des soins spécifiques en cas de MAPI. Dans le cadre de notre étude, un agent de santé sera considéré comme performant s'il est reconnu capable de :

- exécuter les gestes de vaccination dans les délais optimaux ;
- enregistrer correctement les résultats sur les supports utilisés.

La continuité des services : C'est la disponibilité des services de vaccination de routine et du service s'occupant des cas de MAPI 24h/24 et le suivi des vaccinations selon le calendrier vaccinal.

Les relations interpersonnelles : C'est la communication et l'attitude qui caractérisent les rapports entre prestataires et utilisateur d'une part et entre prestataires eux-mêmes d'autre part.

L'innocuité des vaccinations : C'est l'application des mesures qui permettent de supprimer ou de réduire au minimum les risques d'effets secondaires et d'infections ou de blessures pour l'utilisateur et le prestataire de vaccination.

La gestion des déchets de la vaccination : C'est la collecte, l'acheminement et la destruction efficace des déchets de la vaccination selon les normes de l'OMS.

La satisfaction des bénéficiaires : C'est l'opinion exprimée par les bénéficiaires par rapport à l'accueil, au temps d'attente (temps écoulé entre l'arrivée et le 1^{er} geste de l'agent à son égard), à la disponibilité des services, au coût et à la qualité des vaccinations réalisées. Les bénéficiaires portent un jugement de valeur sur les prestations des services.

Aspects opérationnels des variables :

En nous référant aux données de la littérature [33], nous allons procéder à l'opérationnalisation de nos variables de la façon suivante. Nous allons déterminer les modalités de chaque variable et les critères bien définis que nous allons coter selon deux types de scores :

- le score par échelle de "1 à 3" ;

- le score dichotomique : 1 (si absence du caractère étudié) ou 2 (si présence du caractère étudié).

Ces scores vont permettre d'apprécier la qualité des services à partir d'un certain nombre de points obtenus par les variables de l'étude. La somme des points obtenus pour chaque variable indépendante sera exprimée en pourcentage pour obtenir trois catégories d'appréciation :

- Si le score est $\geq 80\%$, l'appréciation de la qualité est « bonne » ;
- Si le score est entre 60 et 80%, l'appréciation de la qualité est « moyenne » ;
- Si le score est $< 60\%$, l'appréciation de la qualité est « mauvaise ».

Ensuite un score est calculé et exprimé en pourcentage pour la variable dépendante en totalisant des points obtenus par les variables indépendantes. Ce qui permettra d'obtenir trois catégories d'appréciation de la qualité des services de vaccination:

- Si le score est $\geq 80\%$ « la qualité » des services de vaccination est bonne ;
- Si le score est entre 60 et 80%, la qualité des services de vaccination est « moyenne » ;
- Si le score est $< 60\%$, la qualité des services de vaccination est « mauvaise ».

Après l'opérationnalisation des variables indépendantes, leur influence sur la qualité des services de vaccination se présentera sous l'une des trois formes d'appréciation à partir des scores ci-après :

- Qualité bonne : de 85 à 100 ($\geq 80\%$)
- Qualité moyenne : de 64 à 84 (60 à 80 %)
- Qualité mauvaise : Moins de 64 ($< 60\%$)

Pour faire cette catégorisation, nous nous sommes inspirés d'un travail antérieur effectué sur la qualité des Soins Pédiatriques dans la circonscription urbaine d'Ouidah (Benin) [34].

➤ Variables en rapport avec l'accessibilité aux services :

Tableau V : Aspects opérationnels de l'accessibilité aux services.

Modalités	Critères	Score
Accessibilité géographique		
Temps pour rejoindre le service de vaccination < 1 h	-Proportion des bénéficiaires enquêtés qui ont mis moins de 1H pour rejoindre le service de vaccination $\geq 75\%$	2
	- Si cette proportion de bénéficiaires enquêtés $\leq 75\%$	1
Accessibilité financière		
Coût inhérent des vaccinations, Médicaments en de MAPI Et transport	-Proportion des bénéficiaires enquêtés pour qui les coûts inhérents des vaccinations, des médicaments en cas de MAPI et du transport sont abordables $\geq 75\%$	2
	-Proportion des bénéficiaires enquêtés pour qui les coûts sont abordables < 75 %	1
Accessibilité culturelle		
Acceptabilité culturelle	-Proportion des bénéficiaires enquêtés pour qui l'organisation et le fonctionnement des services de vaccination sont acceptables sur le plan culturel et religieuse $\geq 75\%$	2
	- Proportion des bénéficiaires enquêtés pour qui l'organisation et le fonctionnement des services de vaccination sont	1

acceptables sur le plan culturel et religieuse < 75 %

Accessibilité aux services TOTAL SCORE

3 à 6

Le total des scores de la variable accessibilité des services va de 3 à 6

- **Un score est ≥ 5 points (80 %) : l'accessibilité des services est jugée bonne.**
- **Un score < 5 points (80 %) : l'accessibilité n'est pas bonne**

➤ Variables en rapport avec les structures des services :

Tableau VI : Aspects opérationnels de la disponibilité des ressources.

Modalités	Critères	Scores
Infrastructures	Si 80 % ou plus des locaux existent selon les normes	2
	Si moins de 80 % des locaux existent selon les normes	1
Personnel requis (effectif, formation, supervision, motivation)	Si 80 % ou plus de l'effectif est présent conformément aux normes	2
	Si ce pourcentage est inférieur à 80 %	1
	Si 80 % ou plus du personnel a reçu une formation/recyclage en services de vaccination	2
	Si ce pourcentage est inférieur à 80 %	1
	Si 80 % ou plus du personnel a reçu une supervision durant le dernier semestre précédant l'enquête	2
	Si ce pourcentage est inférieur à 80 %	1
	Si 80 % ou plus du personnel déclare être motivé dans son travail	2
	Si ce pourcentage est inférieur à 80 %	1
Matériel médico-technique	Si 80 % ou plus des équipements techniques sont présents et en bon état	2
	Si ce pourcentage est inférieur à 80 %	1
Médicaments essentiels de MAPI	Si 80 % ou plus des besoins satisfaits en moins de 120 mn	2
	Si ce pourcentage est inférieur à 80 %	1

Vaccins	Si 80 % ou plus des vaccins et consommables n'ont pas connu de rupture de stock les trois derniers mois précédents l'enquête	2
	Si ce pourcentage est inférieur à 80 %	1

Disponibilité des ressources : TOTAL SCORE **8 à 16**

Les critères d'appréciation de la disponibilité des ressources sont fonction du total des scores qui évoluent entre 8 et 16.

- La disponibilité des ressources est bonne si le score est ≥ 13 points ($\geq 80\%$) et mauvaise si le score est < 13 points ($< 80\%$)
- Tableau VII : Aspects opérationnels de l'environnement physique des vaccinations

Modalités	Critères	Score
Etat des locaux	Propre	2
	Insalubre	1
Intimité des malades	Respect de l'intimité	2
	Non respect de l'intimité	1
Agréments	Possède un agrément	2
	Ne possède pas d'agrément	1

Environnement des vaccinations TOTAL SCORE **3 à 6**

- Si le score est ≥ 5 points ($\geq 80\%$) : l'environnement physique des vaccinations est jugé bon.
- Si le score est < 5 points ($< 80\%$) : l'environnement n'est pas bon.

➤ Variables en rapport avec le processus de vaccination

Tableau VIII : Aspects opérationnels de la performance du personnel

Modalités	Critères	Scores
-----------	----------	--------

Délai d'exécution des gestes de vaccination	Si >80 % des gestes de vaccination pratiqués < à 10 mn	3
	Si entre 60 et 80 % des gestes de vaccination pratiqués < 10 mn	2
	Si moins de 60 % des gestes de vaccination pratiqués < 10 mn	1
Délai d'exécution des soins spécifiques en cas de MAPI	Si >80 % des soins spécifiques réalisés < 60 mn	3
	Si entre 60 et 80% des soins spécifiques réalisés < 60 mn	2
	Si moins de 60 % des soins spécifiques réalisés < 60 mn	1
Utilisation des normes Standards et Remplissage correct des dossiers	Si >80% des dossiers sont correctement remplis	3
	Si entre 60 et 80 % des dossiers sont correctement remplis	2
	Si moins de 60 % des dossiers sont correctement remplis	1
Compétence technique de l'agent : TOTAL SCORE		3 à 9

En définitive, après opérationnalisation de ces variables, la performance des agents sera déterminée de façon globale si le matériel, les consommables médicaux et les médicaments sont disponibles selon les scores suivants :

-Performance du personnel est bonne : de 8 à 9 points ($\geq 80\%$)

-Performance du personnel est moyenne : de 7 à 6 points (entre 79 et 60 %)

-Performance du personnel est mauvaise : moins de 6 points (< 60 %)

Tableau IX : Aspects opérationnels des relations interpersonnelles

Modalités	Critères	Score
Interactions gestionnaires-prestataires		

Tenue de réunions	Si 80 % ou plus des prestataires interrogés affirment que se tiennent de réunions de concertation	2
	Si ce pourcentage est < à 80 %	1
Ambiance de travail	Si 80 % ou plus des prestataires interrogés affirment l'existence d'une bonne ambiance de travail	2
	Si ce pourcentage est < à 80 %	1
Interactions prestataires-utilisateurs		
Eléments de communication interpersonnelle	Si 80 % ou plus des agents observés écoutent attentivement l'utilisateur	2
	Si ce pourcentage est < à 80 %	1
	Si 80 % ou plus des agents observés montrent de l'empathie envers les utilisateurs	2
	Si ce pourcentage est < à 80 %	1
	Si 80 % ou plus des agents observés utilisent un vocabulaire simple, non médical	2
	Si ce pourcentage est < à 80 %	1
	Si 80 % ou plus des agents observés expliquent ce qu'ils font pendant l'acte vaccinal	2
	Si ce pourcentage est < à 80 %	1
	Si 80 % ou plus des agents observés rassurent l'utilisateur	2
	Si ce pourcentage est < à 80 %	1
	Si 80 % ou plus des agents observés informent l'utilisateur de prochaines dates de vaccination	2
	Si ce pourcentage est < à 80 %	1

Le total des scores de la variable relations interpersonnelles va de 8 à 16.

Les relations interpersonnelles sont jugées bonnes si le score est \geq à 13 points ($\geq 80\%$) et mauvaises si le score est $<$ 13 points ($< 80\%$).

Tableau X : Aspects opérationnels de l'innocuité des vaccinations

Modalités	Critères	Score
Prévention des infections du cite	Si 80 % ou plus des agents observés portent la blouse	2
	Si ce pourcentage est $<$ à 80 %	1

d'injection	Si 80 % ou plus des agents observés lavent des mains avant et après chaque séance de vaccination.	2
	Si ce pourcentage est < à 80 %	1
	Si 80 % ou plus des agents observés sèchent les mains avec une serviette propre	2
	Si ce pourcentage est < à 80 %	1
	Si 80 % ou plus des agents observés portent les gants	2
	Si ce pourcentage est < à 80 %	1
	Si 80 % ou plus des agents observés disposent des boites de sécurité	2
	Si ce pourcentage est < de 80 %	1
	Si 80 % ou plus des agents observés jettent les seringues utilisées selon les normes dans la boite de sécurité	2
	Si ce pourcentage est < de 80 %	1
Gestion des déchets vaccination	Si le magasin pour stockage des déchets disponible et fonctionnel	2
	Si le magasin pour stockage des déchets disponible et non fonctionnel	1
	Si existence d'un système de tri et d'élimination des déchets	2
	Si inexistence d'un tel système	1
	Si existence d'un incinérateur fonctionnel	2
	Si inexistence d'un incinérateur fonctionnel	1

Innocuité des vaccinations TOTAL SCORE

9 à 18

Le total des scores de l'innocuité des vaccinations va de 9 à 18. L'innocuité est bonne si le score est \geq à 15 (80 %) et mauvaise si le score est inférieur à 15 (80 %).

Tableau XI : Aspects opérationnels de la continuité des services.

Modalités	Critères	Score
Disponibilité des services	▪ Si la permanence des services est assurée 24h/24 heures	2
	▪ Si la permanence des services n'est pas assurée 24h/24 heures	1
Suivi des vaccinations	▪ Si 80 % ou plus des utilisateurs ont bénéficié d'un rythme de surveillance régulier respectant le calendrier vaccinal	2
	▪ Si ce pourcentage est < de 80 %	1
Continuité des services TOTAL SCORE		2 à 4

Le total des scores de la variable continuité des services va de 2 à 4.

La continuité des services est jugée bonne si le score est ≥ 3 ($\geq 80\%$) et mauvaise si le score est < 3 ($< 80\%$).

➤ **Variables liés aux résultats des services**

Tableau XII : Aspects opérationnels de la satisfaction des bénéficiaires

Modalités	Critères	Scores
Satisfaction de la disponibilité des services	Si pourcentage de bénéficiaires satisfaits : $\geq 80\%$	3
	Si ce pourcentage : entre 50- 80 %	2
	Si ce pourcentage : $< 50\%$	1

Satisfaction par rapport à l'accueil	Si pourcentage de bénéficiaires satisfaits : $\geq 80\%$	3
	Si ce pourcentage : entre 50- 80 %	2
	Si ce pourcentage : $< 50\%$	1
Satisfaction par rapport au temps d'attente	Si pourcentage de bénéficiaires satisfaits : $\geq 80\%$	3
	Si ce pourcentage : entre 50- 80 %	2
	Si ce pourcentage : $< 50\%$	1
Satisfaction par rapport aux vaccinations reçus	Si pourcentage de bénéficiaires satisfaits : $\geq 80\%$	3
	Si ce pourcentage : entre 50- 80 %	2
	Si ce pourcentage : $< 50\%$	1
Satisfaction par rapport au coût inhérent des vaccinations	Si pourcentage de bénéficiaires satisfaits : $\geq 80\%$	3
	Si ce pourcentage : entre 50- 80 %	2
	Si ce pourcentage : $< 50\%$	1

Satisfaction des bénéficiaires TOTAL SCORE **5 à 15**

Le total des scores de la variable satisfaction des bénéficiaires : de 5 à 15.

- **De 12 à 15 points ($\geq 80\%$) : les bénéficiaires sont satisfaits de la qualité de la prise en charge.**
- **De 9 à 12 points (entre 60 et 80 %) : la satisfaction des bénéficiaires est moyenne.**
- **Moins de 9 points ($\leq 60\%$) : les bénéficiaires ne sont pas satisfaits**

Tableau XIII : Aspects opérationnels des cas de décès dû aux MAPI graves

Modalités	Critères	Score
-----------	----------	-------

Taux de mortalité due aux MAPI graves	Si le taux est < 50%	2
	Si ce taux est ≥ 50%	1
Décès dû aux MAPI TOTAL SCORE		1 à 2

Tableau XIV : Récapitulatif des scores des différents facteurs influençant la qualité des services de vaccination

<i>Variables indépendantes</i>	<i>Modalités</i>	<i>Scores</i>
Performance personnel	Délai d'exécution des gestes de vaccination	1 à 3
	Délai d'exécution des soins spécifiques	1 à 3
	Utilisation de standards/normes	1 à 3
	<i>Sous total</i>	3 à 9
Disponibilité ressources	Infrastructures	1 à 2
	Personnel requis	4 à 8

	Matériel médico-technique	1 à 2
	Vaccins	1 à 2
	Médicaments essentiels	1 à 2
	<i>Sous total</i>	8 à 16
Accessibilité aux services	Accessibilité géographique	1 à 2
	Accessibilité financière	1 à 2
	Accessibilité culturelle	1 à 2
	<i>Sous total</i>	3 à 6
Relations interpersonnelles	Tenue de réunions	1 à 2
	Climat de travail	1 à 2
	Aptitudes et Attitudes en communication	6 à 12
	Interpersonnelle	
	<i>Sous total</i>	8 à 16
Innocuité des vaccinations	Prévention des infections du cite d'injection	6 à 12
	Gestion des déchets de la vaccination	3 à 6
	<i>Sous total</i>	9 à 18
<i>Variables indépendantes</i>	<i>Modalités</i>	<i>Scores</i>
Continuité des services	Services disponibles	1 à 2
	Suivi régulier des malades	1 à 2
	<i>Sous total</i>	2 à 4
Environnement physique des vaccinations	Etat des locaux	1 à 2
	Existence d'agrément	1 à 2

	Respect de l'intimité	1 à 2
	<i>Sous total</i>	3 à 6
Satisfaction des bénéficiaires	Disponibilité des services	1 à 3
	Accueil	1 à 3
	Temps d'attente	1 à 3
	Vaccinations reçus	1 à 3
	Coût inhérent des vaccinations	1 à 3
	<i>Sous total</i>	5 à 15
Taux de mortalité due aux MAPI graves	Mortalité	1 à 2
	<i>Sous total</i>	1 à 2
Qualité des services de vaccination TOTAL SCORE		42 à 92

En définitive après opérationnalisation des variables indépendantes, leur influence sur la qualité des services se présentera sous l'une des trois formes d'appréciation à partir des scores ci-après :

- **Qualité bonne : de 69 à 92 (≥ 75%)**
- **Qualité moyenne : de 51 à 68 (55 à 75 %)**
- **Qualité mauvaise : Moins de 51 (< 55 %)**

5.7. Techniques et outils de collecte des données

5.7.1. Techniques de collecte des données

Les techniques suivantes ont été utilisées :

- L'exploitation documentaire
- L'observation
- L'enquête par questionnaire

- L'entretien individuel

5.7.2. Outils de collecte des données

- Un questionnaire a été administré aux mères et personnes à charge d'enfants cible du PEV et des femmes en âge de procréer ;
- un guide d'entretien individuel à l'endroit du médecin chef du CSRéf, du chargé de PEV, du chargé de la chaîne de froid, des vaccinateurs, du médecin ou de l'infirmier chargé des cas de MAPI, des sages-femmes, et du pharmacien ;
- une grille d'observation des agents de santé à la tâche, l'environnement, le temps d'attente des utilisateurs et l'accueil, Infrastructure, matériels, vaccins et consommables ;
- une fiche de dépouillement pour l'exploitation des dossiers, rapports et les autres supports du service.

5.8. Traitement et analyse des données

- Le dépouillement manuel des données ;
- L'encodage des données ;
- La création d'un masque de saisie à l'aide du logiciel Epi Info 2008 version 3.5.1 ;
- L'analyse à l'aide du logiciel Epi Info 2008 version 3.5.1.

5.9. Considérations éthiques

Pour l'enquête complémentaire, toutes les personnes concernées ont été informées de la nature et des objectifs de l'étude. Les règles éthiques suivantes ont été respectées :

- Le consentement libre et éclairé des personnes a été requis avant l'interview en les informant au préalable de l'utilisation que nous voudrions faire des informations recueillies ;
- L'anonymat : les entretiens ont été réalisés de façon anonyme. Aucun nom n'a été divulgué au cours de l'étude ;
- La confidentialité : les renseignements obtenus ne seront utilisés que dans le strict cadre du présent travail et nous veillerons à ce que l'utilisation ne porte préjudice à qui que ce soit.

VI. RESULTATS

VI.RESULTATS

Les résultats sont présentés par objectif. Ainsi, après les caractéristiques générales des utilisateurs, sont abordées, dans l'ordre de citation, les dimensions suivantes : la disponibilité des ressources, l'environnement du CSRef, l'accessibilité aux services, la compétence technique du personnel, les relations interpersonnelles, l'innocuité des vaccinations, la continuité des services de vaccination, et le niveau de satisfaction des utilisateurs.

Tableau XV: Répartition des utilisateurs interviewés selon leur statut.

Utilisateurs	Fréquence	Proportion
Femme enceinte	48	45,3%
Mère d'enfant/ ou parent	58	54,7%
Total	106	100%

Plus de la moitié (58) de nos utilisateurs interviewés soit 54,7% sont des mères ou parents à charge de l'enfant venus pour la première fois avec cet enfant et les 45,3% restants sont des femmes enceintes.

Tableau XVI: Répartition des utilisateurs enquêtés selon les jours de la semaine.

Date d'enquête :	Fréquence	Proportion
Lundi	82	77,4%
Mardi	8	7,5%
Jeudi	10	9,4%
Vendredi	6	5,7%
Total	106	100%

Le plus grand nombre des utilisateurs enquêtés est retrouvé le Lundi avec 82 personne sur 106 soit **77,4%**.

Tableau XVII: Répartition des utilisateurs selon l'ancienneté des cartes.

La carte de vaccination	Fréquence	Proportion
Nouvelle	88	83%
Ancienne	18	17%
Total	106	100%

Ce tableau montre que **88** utilisateurs soit **83%** sont à leur première fois et/ou ont perdu leur ancienne carte. Les 17% des anciennes cartes de vaccination sont retrouvés avec les femmes enceintes.

6.1. Variables en rapport avec les structures des services :

6.1.1. Aspects opérationnels de la disponibilité des ressources :

Agents	Fréquence	Proportion
Service de vaccination	66	40,5%
Autres services	97	59,5%
Total	163	100%

Tableau XVIII : Répartition des agents entre les services du CSRef.

Sur l'ensemble des personnels du CSRef de la commune VI de Bamako, 66 sont impliqués directement ou indirectement dans la vaccination soit 40,5%.

Tableau XIX: Répartition des agents impliqués dans la vaccination par catégorie et par unité impliquée dans la vaccination.

Catégorie	PEV	SIS	Maternité	Hygiène	Total	Proportion
Médecin	1	0	0	0	1	1,5%
Assistants médicaux	1	2	0	0	3	4,5%
Ingénieur de santé	0	0	0	1	1	1,5%
Sages femmes	3	0	14	0	17	25,8%
TSS	2	0	0	2	4	6,1%
Infirmière obstétricienne	0	0	5	0	5	7,6%
TS	3	0	0	2	5	7,6%
Aide soignante	2	0	0	0	2	3%
Matrone	0	0	7	0	7	10,6%
Agents d'hygiène	0	0	0	8	8	12,1%
Chauffeurs	0	0	4	0	4	6,1%
Manœuvres	0	0	0	9	9	13,6%
Total	12	2	30	22	66	100%

Proportion	18,2%	3%	45,6%	33,3%	100%
-------------------	--------------	-----------	--------------	--------------	-------------

Sur les 66 agents impliqués dans la vaccination seulement 12 sont de l'unité PEV soit **18,2%** ; **45,6%** sont de la maternité pour l'administration de VPO 0 (zéro) dans la salle d'accouchement 24h/24 et 7 jours /7 ; **33%** sont de l'hygiène pour les collectes des déchets et 3% du SIS pour les saisis et analyse des données de la vaccination.

Les sages femmes représentent la majorité des agents impliqués dans la vaccination avec **25,8%** et seulement 1 médecin pour la coordination de ces services de vaccination.

Tableau XX: Répartition des agents impliqués dans la vaccination qui se sont soumis à notre interview.

	Nombre d'agent	Proportion
Interviewés	21	31,8%
Non interviewés	45	68,2%
Total	66	100%

Sur les 66 agents impliqués dans la vaccination seulement 21 ont accepté de répondre à nos questionnaires soit **31,8%**.

Tableau XXI: Répartition des agents impliqués dans la vaccination qui se sont soumis à l'interview par catégorie.

Qualification :	Interviewés	Total	Proportion
Agent d'hygiène	1	8	4,8%
Aide soignante	2	2	9,5%
Assistant médical	2	3	9,5%
Chauffeur	2	4	9,5%
Infirmière Obstétricienne	1	5	4,8%
Manceuvre	3	9	14,3%

Médecin	1	1	4,8%
Sage femme	7	17	33,3%
Tech Santé	2	5	9,5%
Total	21	66	100%

Les Sages femmes représentent la majorité des agents qui se sont soumise à notre interview soit **33,3%** suivi des manœuvres **14,3%**, les médecin, agent d'hygiène et infirmière obstétricienne ont représentés **5%** chacun.

Tableau XXII: Répartition des agents impliqués dans la vaccination observés pendant une séance de vaccination par catégorie.

Qualification :	Fréquence	Proportion
Aide soignante	1	14,3%
Infirmière obstétricienne	1	14,3%
Sage femme	3	42,9%
Technicienne de santé	2	28,6%
Total	7	100%

Les Sage femmes représentent la majorité des agents impliqués dans la vaccination observés pendant une séance de vaccination avec **42,9%** suivi des techniciennes de santé avec **28,6%**. Les aides soignantes et infirmières obstétriciennes ont représentées chacune **14,3%**.

Tableau XXIII : Existence et fonctionnalité des infrastructures selon les normes.

Infrastructure	Existe	Fonctionne
Salle pour la chaîne de froid	1	1

Salle ou Hangar de vaccination	1	1
Magasin sec pour les intrants	1	1
Salle de soins pour les MAPI grave	0	0
Service d'ambulancier	1	1
Groupe électrogène/électricité	1	1
Eau	1	1
Téléphone	1	1
Toilettes	1	1
Incinérateur	1	0
Magasin pour stockage des déchets biomédicaux	0	0
Proportion	75%	67%

Il n'existe pas de salle spécifique aux MAPI, cependant la permanence de nuit comme de jour peut prendre en charge tous les cas au même titre que toute autre affection. Les déchets issus de la vaccination sont ramassés et stockés au niveau de l'incinérateur qui est en bon état mais non fonctionnel pour raison de nuisance de la communauté. Le magasin sec pour les intrants est utilisé en même temps comme bureau pour les agents du PEV (Voir image en annexe page XVII et XXI).

Au total **75%** des infrastructures existent selon les normes et seulement **67%** sont fonctionnel.

Tableau XXIV: Répartition des agents selon la formation reçue en vaccination.

Formation	Fréquence	Proportion
Formelle	13	61,9%
En cours d'emploi	8	38,1%
Total	21	100%

Sur l'ensemble des agents interviewés et impliqués dans la vaccination **61,9%** ont reçu une formation formelle sur la vaccination et **38%** n'en ont pas été reçu.

Tableau XXV: Répartition des agents impliqués dans la vaccination selon la date de la dernière formation.

	Nombre d'agents formés	Proportion
Plus 1 an	9	42,9%
1 an	1	4,8%
Semestre	6	28,6%
Pas formé	5	23,8%
Total	21	100%

Seulement **28,6%** des agents ont été formés il y a moins de six mois, **42,9%** il y a plus d'un an et plus de **23,8%** n'ont jamais eu de formation.

Tableau XXVI: Répartition des agents selon la supervision reçu en vaccination.

Supervision	Nombre d'agent	Proportion
Supervisés	13	61,9%
Non supervisés	8	38,1%
Total	21	100%

La supervision a concerné **61,9%** des agents interviewés et 38,1% affirment ne pas être supervisé.

Tableau XXVII: Répartition des agents impliqués dans la vaccination selon la date de la dernière supervision.

	Nombre d'agents supervisés	Proportion
Moins de 1 semestre	7	33,3%
Plus de 1 an	6	28,6%

Non applicable	8	38,1%
Total	21	100%

Seulement **33,3%** des agents interviewés et impliqués dans la vaccination ont été supervisés il y a moins de six mois et 28,6% l'ont été il y a plus d'un an.

Tableau XXVIII: Répartition des agents impliqués dans la vaccination selon leur motivation reçue en PEV de routine.

	Nombre d'agent	Proportion
Motivés	4	19%
Non motivés	17	81%
Total	21	100%

Sur l'ensemble des agents impliqués dans la vaccination et interviewés, **81%** confirment ne pas être motivés pour les vaccinations de routine et 19% parlent d'une motivation par félicitation, rarement d'autres choses directement liées à la vaccination de routine.

Tableau XXIX: Répartition des dossiers, rapports et autres supports du service selon leur état et remplissage.

Désignation	Etat (en nombre)		Remplissage (en nombre)		Total
	Bon	Mauvais	Bon	Mauvais	
Cahier de pointage	0	1	1	0	1
Cartes de vaccination	106	0	106	0	106
Registre de vaccination	2	0	2	0	2
Rapports journaliers	202	0	202	0	202
Rapports mensuels	22	0	22	0	22
Bons de commande	12	0	12	0	12

Bons de livraison	55	0	46	9	55
Fiches de relevé mensuel de température	121	0	121	0	121
Cahiers de mouvement des vaccins	1	0	0	1	1
Cahiers de mouvement des solvants	1	0	0	1	1
Cahiers de mouvement des consommables	0	0	0	0	0
DVD_MT	1	0	1	0	1
SMT	1	0	1	0	1
Formulaire de notification d'une MAPI	0	0	0	0	0

La majorité des documents du service sont bien remplis (64%) et en bon état de conservation (79%) par contre les cahiers de mouvement des vaccins et solvants sont mal remplis, ceux des intrants n'existent pas ainsi que les fiches de notification des cas de MAPI.

Graphique 1: Répartition des vaccins, consommables et médicaments pour MAPI selon leur existence, suffisance et conservation.

Certains vaccins comme PCV13, Penta, et VAT sont mal conservés (Voir Image en annexe page XVI). Les seringues de dilution ne sont suffisantes.

Notre étude montre que **82%** des vaccins, consommables et médicaments pour MAPI existent selon les normes et **65%** sont bien stockés et bien conservés. Environ 24% de ces éléments sont insuffisants.

Tableau XXX: Répartition des matériels de vaccination selon leur existence et leur fonctionnalité.

Matériels de vaccination	Existe Oui=1/ Non=0	Fonctionne Oui=1/ Non=0
Réfrigérateurs pour les vaccins	1	1
Congélateurs pour les accumulateurs de froid	1	1
Accumulateurs de froid	1	1