

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de médecine, de pharmacie
et d'odontostomatologie



REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



Année Universitaire 2011-2012

Thèse N°/_____/ M

TITRE :

**ETUDE DE LA DIMENSION ANTHROPOLOGIQUE DE
L'ACCUEIL DU PATIENT : CAS DU CSCOM DU
QUARTIER HIPPODROME EN COMMUNE II DU
DISTRICT DE BAMAKO (MALI).**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le **16 novembre 2011** devant la
Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie
de l'Université de Bamako par

MR. MAHAMADOU SISSAKO NIMAGA

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine (Diplôme d'Etat)

Jury:

Président :

Pr Adama Diawara

Membres :

Dr Seydou Diarra

Dr Souleymane Diawara

Directeur de thèse : Pr Samba Diop

Dedicaces et remerciements

A ALLAH et le Prophète Mohamed

A ma famille et mes parents

A tous

Homages aux membres du jury

- J'exprime ma profonde reconnaissance à Monsieur le Professeur Adama Diawara qui m'a fait l'honneur de présider cette thèse. Qu'il soit assuré de mon plus grand respect.

- J'adresse mes sincères remerciements à Monsieur le Professeur Samba DIOP pour sa patience et ses conseils dans la rédaction de cette thèse.

- Mes plus sincères remerciements à Messieurs les Docteurs Seydou Diarra et Souleymane Diawara qui m'ont fait l'honneur de participer au jury de cette thèse.

- Je dédie cette thèse à ma famille qui m'a toujours soutenu dans mon désir de devenir de devenir médecin. Merci

- Enfin, je remercie tous, pour leur présence, tout simplement.

Liste des abréviations

ASACO: Association de Santé Communautaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNAM : Centre National d'Appui à la Lutte contre les Maladies

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine

CPN : Consultation Périnatale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSREF : Centre de Santé de Référence

EDSM : Enquête Démographique et de Santé / Mali

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

IST : Infection Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDDSS : Plan Décennal de Développement Socio-Sanitaire

PDSSC : Plan Décennal Sanitaire et Social du Cercle

PRODESS : Programme de Développement Social et Sanitaire

PSPHR : Projet Santé, Population, Hydraulique Rurale

PSSP : Politique sectorielle de Santé et de Population

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

SI : Sans information

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SSP : Soins de Santé Primaires

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières	Pages
I. INTRODUCTION	1
II. Approche conceptuelle.....	3
1. Description et justification de la recherche	3
2 - HYPOTHESES	5
3- Objectifs.....	5
3.1 Objectif général	5
3.2 Objectifs spécifiques.....	5
4 Justification de la recherche.....	6
III. Méthodologique	6
1. Cadre et lieu d'étude.....	6
1.1. Présentation de la commune II	6
1.2. Présentation de l'Hippodrome :.....	7
1.3. Situation du Centre de Santé Communautaire (CScm) de l'ASACOHI	8
1.4. Description du Centre de Santé Communautaire de l'Hippodrome.....	8
2. Type et période d'étude :.....	10
3. Population d'étude : échantillonnage - identification.....	10
3.1. Critère d'inclusion :	11
3.2. Critère de non inclusion :	11
4. Techniques et collecte des données.....	12
5. Gestion et analyse des données	12
6. Considération éthique :	13
IV-Résultats :.....	14
1. Caractéristiques sociodémographiques des personnes enquêtées :.....	14
2- Fréquentation des centres de santé.....	18
3- Evaluation du niveau d'appréciation de l'accueil	22
4 - Evaluation du niveau d'information liée à la santé des usagers.	23
5- Evaluation de la prise en charge après le séjour au centre de santé	24
V- Les discussions	26
1. Caractéristiques sociodémographiques des usagers	26
2. Utilisation des services des centres de santé.....	27
3. Utilisation des méthodes de traitements non médicaux ...	27
4. Niveau d'appréciation de l'accueil	27
5. Par rapport au niveau d'information liée à la santé.	28
6. Par rapport à l'information sur l'état de santé de l'utilisateur.	

7. Par rapport à l'appréciation du coût des prestations dans les centres de santé.....	29
8. - Par rapport à la prise en charge des usagers	29
VI – CONCLUSION.....	30
VI-Recommandations	31
VII Références bibliographiques	33
ANNEXE	36

Liste des Tableaux

Pages

Tableau I : Répartition des usagers en fonction du sexe.....	14
Tableau II: Répartition des usagers en fonction de la tranche d'âge.....	14
Tableau III: Répartition des usagers en fonction du statut matrimonial.....	15
Tableau IV: Répartition des usagers en fonction de la distance du centre de santé le plus proche.	15
Tableau V: Répartition des usagers en fonction de leur statut dans la famille.	16
Tableau VI: Répartition des usagers en fonction de la profession	16
Tableau VII: Répartition statut matrimonial des usagers en fonction du sexe.	17
Tableau VIII: Répartition des usagers en fonction de la fréquentation des centres de santé.	18
Tableau IX: Répartition des participants qui fréquentent les centres de santé en fonction du sexe.	18
Tableau X: Répartition des usagers qui fréquentent les centres de santé en fonction de la profession.....	18
Tableau XI: Répartition des usagers en fonction des méthodes de traitements alternatifs.	19
Tableau XII: Répartition de méthodes alternatives aux soins de santé en fonction de la réponse des usagers.	19
Tableau XIII : Raisons du non fréquentation des centres de santé par les usagers.	20
Tableau XIV: Répartition des usagers en fonction du délai de consultation après le début de la maladie.....	21
Tableau XV: Répartition des usagers en fonction de la dernière période de consultation.	22
Tableau XVI: Répartition des usagers en fonction de la satisfaction de l'accueil.....	22
Tableau XVII: Répartition des participants à l'étude en fonction du niveau d'information.....	23
Tableau XVIII: Répartition des usagers en fonction des moyens d'informations utilisés.	23
Tableau XIX: Répartition des usagers selon la satisfaction de l'information reçue sur leur état de santé.	24
Tableau XX: Répartition des usagers en fonction de l'appréciation du coût de la prestation.....	24

Tableau XXI: Répartition des usagers en fonction de la
satisfaction de la prise en charge.....25

I. INTRODUCTION

Dans le domaine sanitaire, en particulier dans les pays en développement, plusieurs raisons incitent, voire obligent qu'on s'intéresse aux conduites et aux représentations des populations. En effet, les modalités d'accès aux services de santé sont aussi largement dépendantes d'un ensemble de facteurs allant de l'économie à l'interprétation sociale de la maladie. [21]

Véritable vitrine de tout établissement de santé l'accueil est le premier maillon de la chaîne de soins. Sa qualité est une condition nécessaire pour que le malade se sente à l'aise qu'il vienne sans crainte et qu'il se sente en sécurité. C'est aussi par là que commence la prise en charge du patient. [1,6,19]

L'accueil des patients souffre bien trop souvent des maux récurrents tels que : une attente trop longue parfois des mauvaises conditions, en fonction des jours et des heures d'affluence. Des questions identiques et renouvelées auxquelles le patient doit répondre avec patience. L'accueil qui manque d'écoute, d'une froideur inappropriée qui insécurise d'autant plus le patient. Du côté des collaborateurs assurant l'accueil la charge de travail s'avère souvent être un casse tête. Les études ponctuelles menées à différents niveaux de la pyramide sanitaire ont conclu à une insuffisance notable de la qualité des prestations liées surtout aux mauvais accueils des usagers [2,3,4] De nos jours les gouvernements mettent tout en œuvre pour améliorer l'état de santé des populations afin de :

- développer les structures socio-sanitaires ;
- améliorer des stratégies pour un meilleur accueil ;
- former le personnel sanitaire.

Cependant le soignant nié parfois la pertinence ce que le patient dit vivre ou comprendre de sa maladie. En plus de tout cela à travers l'accueil qui est la pierre angulaire de la dimension anthropologique reste problématique.

Le temps de l'accueil est un moment privilégié d'écoute et d'information pour le patient et de son entourage, la qualité de l'accueil, l'écoute et l'information donnée au patient facilitent l'adhésion au traitement [7,8,9,12].

Tous ces efforts visant l'amélioration de la qualité des soins ne prennent pas en compte la dimension anthropologique de l'accueil du patient.

Le soignant ou le thérapeute est toujours confronté à ces manifestations psychosomatiques. Le soignant nie la pertinence de ce que le patient dit vivre, comprendre de sa maladie, il risque de perdre toute crédibilité. [11,15,17]

« Au Mali, malgré les efforts des plus hautes autorités, la santé n'est plus jusque là un service bien diffus. La santé existe selon votre rang social et votre pouvoir d'achat. Il n'est pas rare de rencontrer des patients qui se plaignent du comportement de leurs médecins traitants qui ne les assurent pas souvent.

Dans le souci de trouver une solution à l'amélioration de la qualité des soins nous examinerons dans quelles mesures pourrions nous évaluer l'importance de l'anthropologie médicale au cours de l'accueil du patient et améliore les soins. [13,14,16,20]

II. Approche conceptuelle

1. Description et justification de la recherche

Au lendemain de leur indépendance les pays africains y compris le Mali déclareraient la santé comme un droit et instauraient le système de santé favorisant l'accès aux soins de santé pour tous. Cependant les systèmes de santé hérités de la période coloniale, basés sur les infrastructures hospitalières lourdes n'étaient pas adaptés à la répartition démographique et aux besoins de santé de base de ces pays.

Les années 80 virent donc une réorganisation profonde des systèmes de santé en Afrique avec une forte décentralisation et une stratégie axée sur la prévention et les soins de santé primaires.

Ainsi à Alma Ata en 1978 que les pays membres de l'organisation mondiale de la santé (OMS) donnèrent efficacement le point de départ de cette nouvelle stratégie. Elle se heurte partout rapidement à la question du financement. [10,13,22]

Les pays africains surendettés ne pouvaient plus financer leurs services de santé, l'idée du financement des coûts des prestations auprès des malades fit son apparition au début des années 80 et fut officiellement lancé par l'OMS à Bamako en septembre 1987 sous le nom d'initiative de Bamako (IB). Son postulat de base était que le malade serait prêt à payer une somme raisonnable pour santé à condition qu'il puisse trouver un service et un personnel qualifié adapté à la demande. Depuis l'adoption de la politique sectorielle de santé en décembre 1990 le Mali a élaboré plusieurs stratégies basées sur les SSP à la déclaration d'Alma Ata en 1978 et celle de l'initiative de Bamako prennent en compte la participation communautaire, le recouvrement des coûts, des disponibilités des médicaments

essentiels génériques. Chacune des stratégies a mis l'accent sur l'extension de la couverture sanitaire ainsi le développement de partenariats avec partenaires du secteur privé. [3,14,15,23]

Un système de santé est le produit d'une culture. Chaque culture comporte une gestion de la santé qui est marquée par sa vision de l'homme et ou son rapport aux autres, à son environnement naturel. Or de nos jours dans le meilleur des cas une formation à l'écoute est donnée aux soignants mais la dimension anthropologique culturelle est quasi absente.

L'approche reste souvent individualiste et morcelant. Cependant ce n'est pas dans le cas des médecines traditionnelles de l'Afrique de l'Asie (médecine indienne, chinoise, etc.) qui ont utilisé avec certaines efficacités durant des millénaires)

Dans la relation thérapeutique la personnalité du patient, son caractère, son environnement physique, psychologique, croyance sont prises en compte en plus des symptômes cliniques [1,6,9].

Au vue de toutes ces remarques le constat est fait que depuis IB beaucoup d'efforts ont été mis en œuvre pour répondre aux questions concernant des patients au niveau I dont nous sommes à la recherche de sa qualité et la dimension anthropologique de l'accueil dépend de ce dernier.

Dans le souci de trouver une solution à l'amélioration de la qualité des soins nous examinerons dans quelle mesure pourrions-nous évaluer l'importance de l'anthropologie médicale au cours de l'accueil du patient et améliorer les soins. [17,18,21,23]

2 - HYPOTHESES

- L'accueil du patient est la cheville ouvrière de l'un des déterminants de la prise en charge du patient dans le ASACOHI. Il est fonction des facteurs socioculturels.
- L'identité culturelle du patient au cours de l'accueil contribue à la qualité des soins.
- La dimension anthropologique de l'accueil du patient contribue à la qualité des soins dans le ASACOHI.

3- Objectifs

3.1 Objectif général

L'étude de la dimension de l'anthropologie médicale à travers l'accueil du patient dans le centre de santé communautaire du quartier Hippodrome (ASACOHI).

3.2 Objectifs spécifiques

- Connaître l'identité culturelle du patient et sa thérapie au cours de son accueil
- Connaître la collaboration entre la médecine conventionnelle et la médecine traditionnelle
- Evaluer l'importance de l'anthropologie médicale dans la prise en charge du patient

4 Justification de la recherche

- Insuffisance d'études approfondies sur les dimensions anthropologiques de la santé dans le contexte du Mali.
- Démontrer l'importance de l'accueil du patient dans sa prise en charge.

III. Méthodologique

1. Cadre et lieu d'étude

L'étude a été menée dans le quartier de l'Hippodrome situé en commune II du District de Bamako.

1.1. Présentation de la commune II

- Commune fondatrice de la ville de Bamako, elle a été créée vers le XVIème siècle par les Niakaté, actuelle Niaré originaire du Kaarta dans le cercle de Diéma. La commune II a vu le jour à l'instar de toutes les communes du District suite à l'ordonnance numéro 7832-CMLN du 18 août 1978 et par la loi N°96 - 05 du 18 février 1996 fixant le statut spécial du District de Bamako. Elle couvre une superficie de 17 Km² soit 7% de la superficie totale du District (267 Km²) avec une population de 160 680 habitants (données de recensement administratif de 1996 soit une densité 9448 habitants par Km² (6784 habitants par Km²).

Du point de vue géographique, la commune II est limitée :

- au Nord par le pied de la colline du point G
- au Sud par le lit du fleuve Niger
- à l'Est par le marigot de Korofina (Commune I)
- à l'Ouest par la commune III (par la route goudronnée, Boulevard du Peuple passant par l'IOTA traversant le Grand Marché jusqu'au Pont des Martyrs)

- Elle est composée de 12 quartiers à savoir :

Niarela, Bagadadji, Bozola, Medina Coura, Missira, Zone industrielle, Quinzabougou, Bakaribougou, Ngomi, Téléphone San fil , l'Hippodrome et Bougouba.

La vie socio culturelle demeure sous le poids de la tradition. La solidarité qui est la force de la vieille commune s'est amenuisée par les efforts de la pauvreté dont le corollaire constitue les maux comme : la délinquance juvénile, l'augmentation des filles mères, les infanticides, la prostitution et les avortements clandestins. Il existe un brassage culturel avec la cohabitation de plusieurs ethnies (Soninké ou Sarakolé, Bambara, Peulh, Dogon, etc.).

1.2. Présentation de l'Hippodrome :

Notre étude s'est déroulée dans le quartier de l'Hippodrome ou encore appelé « Millionki » en Bambara initialement appelé N'Daté Koumana vers 1958 avant de devenir Hippodrome suite à l'installation du Champ Hippique du quartier.

Limite :

Il est limité :

- à l'Est par Banconi (Marigot de Korofina) ;
- à l'Ouest par le quartier de Missira ;
- au Sud par Quinzabougou, Bakaribougou, Zone industrielle, Korofina Sud ;
- au Nord par Sikoroni ;

Le quartier de l'Hippodrome compte 32 297 habitants, 3869 ménages, 1929 concessions. Il comporte d'énormes infrastructures et d'équipements entre autre : un Centre d'Animation Pédagogique (CAP), un groupe scolaire, plusieurs

établissements scolaires publics et privés, un Centre de Santé Communautaire (CScom ASSACOHI). Plusieurs services administratifs et Institutions internationales (SOTELMA, SHELL Mali, INRSP, Perception de la Commune II, de multiples ONG, GIE, des Ambassades et Consulats à l'instar de ceux du Canada de la Chine, de la Belgique, d'Iran, Mauritanie, de la Palestine, etc.).

1.3. Situation du Centre de Santé Communautaire (CScom) de l'ASACOHI

- L'ASACOHI a été créé le 28 janvier 1995 par les populations de l'Hippodrome. Le CScom qui est le fruit de l'ASACOHI a vu le jour le 25 octobre 1996. Il est limité :
 - . Au nord par la rue 234
 - . Au sud par le marché de l'Hippodrome
 - . A l'est par la rue 291
 - . A l'ouest par le Centre Secondaire de l'Etat Civil de l'Hippodrome

1.4. Description du Centre de Santé Communautaire de l'Hippodrome

- Infrastructure
- Locaux

Dispensaires

Salles de consultation et d'échographie

Salle de soins divisées en deux compartiments dont l'un est alloué aux pansement et l'autre aux injections.

Deux salles de repos

Une salle d'analyse médicale

Maternité (. Une salle de consultation, une salle de garde, une salle d'accouchement, une suite de couche)

Un hangar

Un dépôt de médicaments

Un magasin

Un bureau de l'agent comptable

Une salle pour le gardien des toilettes

Le Centre de Santé Communautaire assure un paquet minimum d'activités répartie comme suit :

Les activités préventives : elle comporte sur

- La vaccination des enfants pour les antigènes (Ag) du programme élargie de la Vaccination (PEV) avant l'âge d'un an
- La vaccination des femmes enceintes et celles en âge de procréer par l'anatoxine tétanique.
- Les consultations prénatales
- Les consultations postnatales
- La surveillance préventive des enfants de 0 à 23 mois
- Le suivi régulier des malades chroniques et les sujets à risque

Activités curatives :

Elle englobe la prise en charge des affections courantes et/ou endémiques les références de certains patients.

Les prescriptions se font exclusivement en médicaments essentiels sous forme de DCI.

Activités promotionnelles :

- Planification familiale
- L'information, l'éducation et la communication en santé (IECS)
- La promotion des activités d'hygiène et d'assainissement
- Les activités de développement communautaire

➤ Les démonstrations nutritionnelles

2. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une enquête prospective ayant intéressée les ménages du quartier de l'Hippodrome suivi d'une enquête prospective au sein du ASACOH.

Ces enquêtes avaient une durée de 53 jours, du 04 Juillet au 26 août 2011 et étaient basées de porte en porte à l'avis des ménages.

3. Population d'étude : échantillonnage - identification

- L'étude a concerné 500 ménages du quartier Hippodrome sous l'étude de deux (2) ménages par concession ayant accepté de répondre aux questionnaires qui leur ont été adressés.

Le quartier Hippodrome est composé de : 32 297 habitants ; 3869 ménages ; 1 929 concessions ; un échantillon de 500 ménages concernés.

- Soit N le nombre de ménage du quartier, n l'échantillon à étudier le pas de sondage, K. Alors nous aurons : $K = N / n = 3869 / 500 = 7,738$. Ainsi sur 3869 ménages, il fallait enquêter un ménage sur 8 pour avoir l'effectif requis sur l'échantillon.

- L'identification des ménages enquêtés

Il s'agissait d'un sondage aléatoire simple.

Dans le quartier l'enquêteur ou les enquêteurs va (vont) se déplacer au CSCOH et le choix aléatoire de la direction à prendre en jetant derrière, un bic dont la pointe montre la direction des concessions à visiter. Toutes les concessions situées dans la direction choisie seront maintenues (en respectant le pas de

sondage égal à 8) en allant toujours à droite. Dans chaque concession deux (2) ménages seront maintenus par l'étude et interrogés. Si dans une concession, il y'a un seul ménage on prend le complément dans la concession suivante.

3.1. Critère d'inclusion :

- Etre chef de ménage, femme ou homme à l'âge de procréer (15 et plus) et acceptant de répondre à nos questionnaires.
- Résidant dans l'aire de santé du quartier de l'Hippodrome au moins 6 mois.
- Etre prestataire de soins exerçant le CSCOM ou autre structure dans le quartier et acceptant de répondre à nos questionnaires.....

3.2. Critère de non inclusion :

- Personne qui ne peut pas répondre aux questionnaires à cause de déficit ou handicap (déficience) intellectuelle, démence, etc.
- Personne ne résidant pas dans l'aire de santé de l'Hippodrome de moins de 6 mois.
- Personne ne voulant pas participer à l'étude
- être une personne ne voulant pas participée à notre étude
- être une personne d'âge inférieur ou égal à 14 ans
- être une personne ne résidant pas dans le quartier de l'Hippodrome
- être un prestataire ne travaillant pas dans le quartier de l'Hippodrome.

4. Techniques et collecte des données

L'enquête a concerné 500 ménages a hippodrome le choix de l'unité statistique a été opéré de façon systématique.

Nous avions comme matériels des fiches d'enquêtes, un cahier de 100 pages, un crayon, une gomme, des bics. L'enquête a été menée par interview à l'aide de questionnaire conçu à cette fin comprenant quatre (4) modules à savoir :

- Le module 1 : traite de la fréquence d'utilisation des services de santé par les usagers
- Le module 2 : s'intéresse au niveau d'appréciation de l'accueil par les usagers ;
- Le module 3 qui traite le niveau de satisfaction des usagers ;
- Un quatrième qui s'appuie sur le statut sociodémographique des enquêtées.

5. Gestion et analyse des données

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel EPI INFO version 3.5.3. Des vérifications des données ont été faites sur la base de l'examen de la distribution des variables. L'analyse statistique descriptive a été faite par des tableaux croisés. Le test de Khi II a été utilisé pour la significativité de certains de nos résultats. Une valeur P obtenue inférieur à 0,05 implique qu'il y'a une différence significative entre les valeurs des caractères considérés. Le traitement de texte a été fait sur le logiciel Word 2007.

6. Considération éthique :

Le respect de la déontologie médicale fait partie intégrante de la présente étude qui s'est évertuée au respect des aspects suivants :

- Consentement éclairé des ménages enquêtés ;
- Respect de la personne humaine dans ses opinions, dans ses décisions avec une information éclairée et adoptée ;
- Garantir la confidentialité et l'anonymat, seule l'équipe de recherche aura l'accès à la banque des données ;

IV-Résultats :

1. Caractéristiques sociodémographiques des personnes enquêtées :

Tableau I : Répartition des usagers en fonction du sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Féminin	375	75%
Masculin	125	25%
Total	500	100%

Le sexe féminin a représenté 75% contre 25% pour le sexe masculin.

Tableau II: Répartition des usagers en fonction de la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
0-19 ans	38	7.6%
20-39 ans	360	72%
40-59 ans	101	20.2%
60 ans et plus	1	0.2%
Total	500	100%

La tranche d'âge [20-39 ans] a été la plus représentative avec 72% des usagers.

Tableau III: Répartition des usagers en fonction du statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Célibataire	67	13,2%
Fiancé	33	6,6%
Marié	366	73,4%
Divorcé	7	1,4%
Veuve/veuf	12	2,4%
SI	15	3,0%
Total	500	100,0%

Les marié(e)s ont prédominé avec 73,4% des usagers.

Tableau IV: Répartition des usagers en fonction de la distance du centre de santé le plus proche.

Distance	Effectifs	Pourcentage
1 à 499 m	198	39,6%
500m à 2km	234	46,8%
Plus 2 km	68	13,6%
Total	500	100

La distance [500m à 2km] a été la plus représentative avec 46,8% des usagers.

Tableau V: Répartition des usagers en fonction de leur statut dans la famille.

Statut familial	Effectifs	Pourcentage
Pères	78	15,6%
Mères	252	50,4%
Enfants	55	11%
Autres*	115	23%
Total	500	100%

*Cousins, oncles, grands parents etc.

Les mères ont prédominé avec 50,4% des participants à l'étude.

Tableau VI: Répartition des usagers en fonction de la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Ménagère	251	50,2%
Elève /Etudiant (e)	74	14,8%
Commerçant (e)/ vendeur	35	7%
Enseignante (e)	62	12,4%
Ouvrier artisans	78	15,6%
Total	495	100%

*Autres = ouvriers, manœuvres, bouchers etc.

Les ménagères ont prédominé avec 50,2% des personnes participantes à l'étude.

Tableau VII: Répartition statut matrimonial des usagers en fonction du sexe.

sexe	Statut Matrimonial						Total
	Célibataire	Fiancé	Marié	Divorcé	Veuf(ve)	SI	
Masculin	36 (53,7)	10 (30,3)	74 (20,2)	1 (14,3)	1 (8,3)	3 (20%)	125 (25%)
Féminin	31 (46,3%)	23 (69,7%)	292 (79,8%)	6 (85,7%)	11 (91,7%)	12 (80%)	375 (75%)
TOTAL	67 (100%)	33 (100%)	366 (100%)	7 (100%)	12 (100%)	15 (100%)	500 (100%)

Le sexe féminin a prédominé quelque soit le statut matrimonial et 73,2% des participants mariés étaient des femmes.

2- Fréquentation des centres de santé.

Tableau VIII: Répartition des usagers en fonction de la fréquentation des centres de santé.

Usagers	Effectifs	Pourcentage
Fréquentation des centres de santé	371	74,2%
Non fréquentation des centres de santé	129	25,8%
Total	500	100%

Parmi les 500 ménages, 371 ont fréquenté les centres de santé soit 74,2% contre 25,8%.

Tableau IX: Répartition des participants qui fréquentent les centres de santé en fonction du sexe.

Sexe	Effectifs	Pourcentage
Féminin	223	70%
Masculin	148	30%
Total	371	100%

Les femmes ont prédominé largement dans l'utilisation des services de santé avec 70% contre seulement 30% pour les hommes.

Tableau X: Répartition des usagers qui fréquentent les centres de santé en fonction de la profession.

Profession	Effectifs	Pourcentage
Ménagères	191	51,5%
Sans emplois	71	19,1 %
Elèves/ Etudiants	63	17 %
Fonctionnaires	42	11,3 %
Autres	04	1,1 %
Total	371	100%

*Autres = ouvriers, manœuvres, bouchers etc.

Les ménagères avec 51,5 % ont été les plus fréquentes dans les centres de santé.

Tableau XI: Répartition des usagers en fonction des méthodes de traitements alternatifs.

Usagers	Fréquence	Pourcentage
Utilisation des pratiques non médicales	229	45,8%
Utilisation des pratiques médicales	271	54,2
Total	500	100%

Parmi les 500 ménages, 271 ont eu recours à d'autres pratiques en dehors de la médecine moderne soit 45,8%.

Tableau XII: Répartition de méthodes alternatives aux soins de santé en fonction de la réponse des usagers.

Réponses des usagers	Méthodes de recours			
	Marabouts	Guérisseurs	Personnes âgées	Médicaments de la rue
OUI	21 (4,2%)	223 (44,6%)	26 (5,2%)	56 (11,2%)
NON	479 (95,8%)	277 (55,4%)	474 (94,8%)	444 (88,8%)
TOTAL	500 (100%)	500 (100%)	500 (100%)	500 (100%)

Les guérisseurs avec 223 soit 44,6% ont constitué les principaux recours en dehors de la médecine moderne.

Tableau XIII : Raisons du non fréquentation des centres de santé par les usagers.

Réponses des participants	Distance	Accueil	Prise en charge	Coût de la consultation	Coût du médicament
OUI	12 (9,3%)	97 (75,1%)	76 (58,9%)	52 (40,3%)	49 (38%)
NON	117 (90,7%)	32 (24,9%)	53 (41,1%)	77 (59,7%)	80 (72%)
Total	129 (100%)	129 (100%)	129 (100%)	129 (100%)	129 (100%)

L'accueil (75,1%), la prise en charge (58,9%) et le coût de la consultation ont été les facteurs essentiels du non fréquentation des centres de santé.

Tableau XIV: Répartition des usagers en fonction du délai de consultation après le début de la maladie.

Usagers	Effectifs	Pourcentage
Directement après la maladie	86	23,2%
Après traitements traditionnels ou automédication	187	50,4 %
Aggravation de la maladie	98	26,4 %
Total	371	100 %

Après le début de la maladie, 50,4% des usagers ont eu recours à une automédication ou à un traitement traditionnel ; 26,4 % ont consulté dans un centre après aggravation de leurs maladies et 23,2% se sont rendus directement après la découverte de leurs maladies.

3- Evaluation du niveau d'appréciation de l'accueil

Tableau XV: Répartition des usagers en fonction de la dernière période de consultation.

Dernière consultation	Effectifs	Pourcentage
<15 jours	148	29,6%
15-30 jours	187	37,4%
plus de 30 jours	159	31,8%
SI	6	1,2%
Total	500	100,0%

La majorité des usagers a consulté pour la dernière fois entre [15-30 jours] soit 187 (37,4%).

Tableau XVI: Répartition des usagers en fonction de la satisfaction de l'accueil.

Satisfaction de l'accueil	Effectifs	pourcentage
Très satisfaisants	350	70%
Assez satisfaisants	91	18,2%
Peu satisfaisants	59	11,8%
Total	500	100%

La grande majorité des usagers ont été satisfaits de l'accueil soit 70%.

4 - Evaluation du niveau d'information liée à la santé des usagers.

Tableau XVII: Répartition des participants à l'étude en fonction du niveau d'information.

Accès à l'information sur la santé	493 (98,6%)
Pas d'accès à l'information sur la santé	7(1,4%)
Total	500(100%)

L'accès à l'information liée à la santé a été nettement supérieur avec 98,6% contre 1,4%.

Tableau XVIII: Répartition des usagers en fonction des moyens d'informations utilisés.

Participants à l'étude	Moyens d'informations		
	Radio	Télévision	Réunions/Campagnes de sensibilisation
Accès à l'information liée à la santé	387 (77,4%)	443 (88,6%)	79 (15,8%)
Pas accès à l'information liée à la santé	113 (22,6%)	57 (11,4%)	421 (84,2%)
TOTAL	500 (100%)	500 (100%)	500 (100%)

La télévision a constitué le moyen d'information le plus utilisée avec 88,6% contre 77,4% pour la radio et 15,8% pour les réunions/campagne de vaccination.

Tableau XIX: Répartition des usagers selon la satisfaction de l'information reçue sur leur état de santé.

Information sur l'état de santé	Effectifs	Pourcentage
Satisfait	284	76.6%
Non satisfait	87	23.4%
Total	371	100%

Parmi les usagers qui ont consulté soit 371 ; 76,6% ont affirmé avoir reçu les informations sur leur état de santé, les produits prescrits, sur la conduite à tenir et l'issue de la maladie contre 23,4%.

5- Evaluation de la prise en charge après le séjour au centre de santé

Tableau XX: Répartition des usagers en fonction de l'appréciation du coût de la prestation.

Coût de la prestation	Effectifs	Pourcentage
Coûteux	181	36,2%
Abordable	228	45,6%
Moins coûteux	91	18,2%
Total	500	100%

Les patients qui fréquentent les centres ont trouvé les prix abordables avec un taux de 45,6%.

Tableau XXI: Répartition des usagers en fonction de la satisfaction de la prise en charge.

Niveau de satisfaction de La prise en charge	Effectifs	Pourcentage
Très satisfaisant	265	53%
Assez satisfaisant	140	28%
Peu satisfaisant	95	19%
Total	500	500

Le taux de satisfaction après le séjour a beaucoup baissé pour la variable « **très satisfaisant** » par rapport à l'accueil avec un écart d'environ 10%.

V- Les discussions

1. Caractéristiques sociodémographiques des usagers

Au total, nous avons interrogé 500 ménages, dont 375 de sexe féminin soit 75% et 125 sont de sexe masculin soit 25%. Cette prédominance féminine reflète l'état même de la population du Mali en général et particulièrement celle de Bamako (DNSI, 2003) [15].

En ce qui concerne le statut matrimonial 64,2 % des femmes enquêtées étaient mariées contre 35,8% pour les hommes. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'en général dans nos sociétés, les jeunes filles se marient très tôt alors que les jeunes hommes restent longtemps célibataires.

Il s'est révélé par rapport au statut familial, que les mères représentent 50,4%. Cet état de fait, confirme la place de la mère dans la gestion du malheur et de l'infortune dans la société malienne. Une étude menée au Mali, atteste que la femme intervient, pour sa propre santé, celle de ses enfants et dans la prise en charge des dépenses de santé. (Traoré et all, 1992) [20].

Du point de vue profession, les ménagères ont été les plus sollicités dans notre études avec 50,2%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les enquêtes ont eu lieu dans la matinée alors que les travailleurs étaient absents de leurs maisons.

2. Utilisation des services des centres de santé

A la lumière de nos résultats, on observe que 371 personnes fréquentent les centres de santé sur les 500 soit 74,2% contre 129 (25,8%).

3. Utilisation des méthodes de traitements non médicaux

Parmi l'ensemble des participants à l'étude soit 500 ménages, 45,8% affirme avoir recours à des pratiques non médicales pour leurs traitements contre 54,2%. Aussi, il ressort de notre étude que le recours aux guérisseurs est la méthode la plus utilisée par la population avec un taux de 44,6%. En effet, nous constatons 50,4% des usagers ne se sont rendus dans un centre de santé qu'à la suite d'une automédication ou un traitement traditionnel. De plus, seulement 23,2% des usagers ont consulté directement après l'apparition des premiers symptômes. Cela dénote qu'une grande partie de la population préfère toujours la médecine traditionnelle, et les attitudes évoluent lentement dans une société malienne à vocation rurale traditionnelle. Ainsi, la connaissance de la variété socioculturelle est indispensable si l'on souhaite améliorer durablement les services de santé.

Cela ressort également dans d'autres études, Sidibé et al, 2001 [18], El Moctar, 2006 [5] et de Yannick Jaffré [21].

4. Niveau d'appréciation de l'accueil

Nous observons que parmi les personnes qui fréquentent les centres de santé soit 371 personnes, seulement 59 personnes (11,8%) sont peu satisfaites de l'accueil. Un des soucis des services de santé est d'offrir en plus des soins irréprochables, une

concordance parfaite entre le volume des consultations, les structures d'accueil et l'équipe soignante permettant un accueil de qualité et une prise en charge rapide. Cet objectif semble difficile à atteindre compte tenu de l'afflux dans nos structures et du retard mis par les malades pour consulter un médecin. Ainsi les services sont très souvent l'objet de plaintes de la part des patients. Nos résultats ne diffèrent pas de façon significative de ceux trouvés en Côte d'Ivoire en 2002 par KOUADIO B.Y.O [12]. Dans l'étude de Kanta K, 73,7% des usagers du CSCOM ont été satisfaits par leur accueil [10].

5. Par rapport au niveau d'information liée à la santé.

Dans notre étude, 98,6% des participants à l'étude affirment avoir l'information liée à la santé contre 1,4%. Le moyen le plus utilisé reste la télévision avec 88,6%. Ceci peut être considéré comme un indicateur d'espoir sur l'augmentation du taux d'utilisation des services de santé si les ménages suivent des émissions de sensibilisation, information, de conseils sur les pathologies médicales ainsi que les mesures de prévention. Aussi, l'augmentation des diffusions des programmes de santé au niveau de l'office des radios et télévisions du Mali (ORTM) permettra d'atteindre les couches les plus défavorisées. Ceci peut avoir un impact sur le taux d'utilisation des services de santé.

6. Par rapport à l'information sur l'état de santé de l'utilisateur.

Parmi les participants qui ont consulté soit 284 ; 76,6% affirment avoir reçu les informations sur leur état de santé, les produits prescrits, la conduite à tenir et l'issue de la maladie

contre 23,4%. Cela démontre que les usagers ont le souci d'avoir des informations sur leur état de santé et n'hésitent pas à demander des informations aux personnels soignants.

Parfois, ils réclament des explications sur la thérapie qu'ils subiront. Certains usagers font même de l'auto-information à travers les revues médicales et les nouvelles technologies de l'information notamment sur les sites web. Ces résultats sont conformes à ceux trouvés par Kouadio en 2002 avec un taux de 68,5 % [12].

7. Par rapport à l'appréciation du coût des prestations dans les centres de santé.

Nous remarquons que des ménages trouvent le coût des prestations de service abordables soit 36,2%. Ceci montre que les populations malgré leur modeste condition de vie fréquentent les centres de santé, ont confiance aux prestataires. Cet état est un facteur important à prendre en compte car elle entraîne une hausse du taux d'utilisation des services de santé.

Selon Kanté N et al dans l'étude à Koulikoro, 55,6% des cas étudiés trouvaient les prix abordables [11].

8. - Par rapport à la prise en charge des usagers

Le taux de satisfaction de la prise en charge reste élevé soit 53%. Il dénote que nos structures sanitaires répondent aux besoins de notre population. Cette affirmation est renforcée par l'étude de Modeste en 2008 qui trouve un taux de satisfaction de la prise en charge de 89,8% à Missira [23].

VI – CONCLUSION

- A la lumière de nos résultats, il est à retenir que le taux d'utilisation des services de santé en particulier des CSCOM hippodrome par les usagers reste élevé.

- Concernant le niveau d'appréciation de l'accueil dans les services de santé, il ressort que plus de la majorité des usagers ont été satisfaits.

- Au niveau de l'information liée à la santé, la télévision a été le moyen le plus utilisé. Aussi, il résulte que les usagers ont reçu dans la majorité des cas les informations sur leurs états de santé, les produits prescrits, les conduites à tenir au cours du traitement et sur l'issue probable de leurs maladies.

- Au niveau de la prise en charge des usagers, il découle de notre étude que le taux de satisfaction reste élevé. Les usagers affirment dans la majorité des cas avoir été satisfaits par leur prise en charge.

-Au niveau de l'utilisation des méthodes de traitements non médicaux, il ressort que nos populations préfèrent toujours la médecine traditionnelle.

Au terme de notre discussion, nous retenons que les centres de santé de l'hippodrome assurent les activités préventives, curatives et promotionnelles (le paquet minimum d'activité). Aussi, il serait très important d'intégrer la dimension anthropologique du patient dans sa prise en charge dans nos structures sanitaires.

VI-Recommandations

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

Au plan opérationnel

A l'endroit des autorités sanitaires et partenaires financiers :

- Améliorer le taux de scolarisation de la population ;
- Appuyer les mutuelles de santé pour améliorer l'utilisation des services de santé ;
- Améliorer les qualités de l'offre de soin ;
- Lutter contre la pauvreté ;
- Equiper les centres de santé communautaire;
- Recycler le personnel de santé à travers la formation continue et la formation en gestion administrative et financière et les approche anthropologique des patients.

A l'endroit du personnel de santé :

- Informer et sensibiliser les populations sur l'importance de la consultation prénatale, les accouchements au CSCOM, la vaccination, la planification familiale, les examens et bilans généraux surtout au niveau des ménages ;
- Afficher les prix des médicaments essentiels, des prestations, et les horaires de service afin de fixer les patients ;
- Assurer une meilleure gestion des médicaments et vaccins pour éviter les ruptures ;
- Améliorer la qualité de l'accueil et intégré l'approche anthropologique du patient dans sa prix en charge;

- Assurer la globalité des soins à travers la pratique systématique de l'examen clinique dans son ensemble pour tous les patients.

A l'endroit des usagers

- Informer et sensibiliser votre entourage de l'importance de l'utilisation des services de santé (CSCOM) et de l'inconvénient de l'automédication traditionnelle ou personnelle, des pharmacies par terre et de l'accouchement à domicile.

Au plan de la recherche

- Approfondir la réflexion sur le sujet à travers des sujets de recherches sur certaines questions clés telles que :
- Approfondir la réflexion sur le sujet à travers des sujets de recherches sur certaines questions telles que :
- Les déterminants de la sous fréquentation ayant une implication dans la qualité des soins.
- Les principaux déterminants de la qualité technique des soins au niveau des formations sanitaires nationales.

VII Références bibliographiques

- 1- AG IKNANE A, KADJOKE M, KANTE N et AL,** Comprendre l'impact de la décentralisation sur les services de la santé de la reproduction en Afrique : le cas du Mali, Analyse documentaire, UE, ASACOB/INRSP, 2003, p 24 ; 118p.
- 2- AUDIBERT M, E ROODENEBEKE, 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.
- 3- AUDIBERT M, ROODENBEKE E,** Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali, analyse de situation et perspectives, Région d'Afrique, département du développement humain, avril 2005.
- 4- Direction national de la statistique et de l'informatique (DNSI) :** Février 2003-Recensement général de la population et de l'habitat au Mali – Tome 6 – Perspectives de la population résidente du Mali (1999-2024).
- 5- EL-MOCTAR Mohamed :** Logique de production et utilisation des services de santé en milieu nomade au Mali : cas de la commune de Ber (Tombouctou). Thèse de médecine Bamako, FMPOS , 2006, 147 p Mali.
- 6- FOURNIER P, HADDAD S,** Dimension de la qualité de services de santé en Afrique au Sud du Sahara, in Brunet-Jailley, J(ed), Innover dans les systèmes de santé : Expérience d'Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala, 1997, 275-278 ; 435p.
- 7- GRUENAI M-E,** Communautés et Etat dans les systèmes de santé en Afrique, in Bernard Hours (dir.) ; système et politique de santé .De la santé publique à l'anthropologie, Karthala /Médecine du monde, Paris 2001, 67-85.

- 8- **HUREIKI, JOHNSON**, La pensée touarègue ou sens de l'équilibre, les médecins touarègues traditionnelles. Approche ethnographique, Karthala, 1999, 33-138.
- 9- **KANTA K** : Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de Segué (cercle de Kolokani), thèse méd, Bamako, FMPOS, 2007, 154p.
- 10- **KANTE N, SOUMARE N'diaye, Niangalia** : Qualité des soins dans les centres de santé communautaire de la région de Koulikoro (république du Mali) ; INRSP, mai 1997, 6 p.
- 11- **KOUADIO B.Y.O** : Les sentiments des parents en consultation de chirurgie pédiatrique. Thèse med Abidjan 2004 ; n° 3727 ; 116 p.
- 12- **Marc AUGÉ, Claudine HERLICH** (dir.), Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie, Ed des Archives Contemporaines, Paris, 1991, 36-37
- 13- **Marc Claude van den BOSSCHE**, « Corps sexué-différence sexuelle », dans *Approches du corps*, session interdisciplinaire, ICT, Toulouse, 1996, Ronéo, p 58-59.
- 14- **MARIKO B** : Evaluation de l'association de santé communautaire de Daoudabougou, Thèse méd, Bamako FMPOS, 2005, 65p.
- 15- **MASMAR, W.KHOURY, H NASSIF**, Décembre 2003, 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, Rapport, Liban.
- 16- **MASSE R**, La santé publique comme projet politique et projet individuel, in Bernard Hours (dir.) ; système et politique de santé. De la santé publique à l'anthropologie, Karthala / Médecine du monde, Paris 2001, pp.41-64.

- 17- Mohamed MEBTOUL**, acteurs sociaux face à la santé publique, Médecins, Etat et usagers (Algérie), 2002, 89p.
- 18- SIDIBE Aissata Ba, SAMAKE Raki Ba, Xavier de BETHUNE** : 1994 - comment se soigne-t-on en ville ? – Innover dans les systèmes de santé, *expériences d'Afrique de l'ouest*- Editions Karthala-Paris
- 19- SISSOKO H**, Aspects reliés à l'utilisation des accouchements traditionnels au Mali, thèse méd, Bamako FMPOS, 2002, 65p.
- 20- TRAORE Sidy, COULIBALY Seydou O, SIDIBE Marie-Cécile**: Comportement et coûts liés au paludisme chez les femmes des campagnes de pêcheurs dans la zone de Sélingué au Mali. Rapport, Bamako, novembre 1992, 52p.
- 21- YANNICK JAFFRE**, Anthropologue, shadyc, hautes études en sciences sociales extrait de Programme de santé, mars 2000 page 48 adsp n° 30
- 22 Yves PRIGENT**, psychiatre et psychanalyste, *Vivre la séparation*, Paris, DDB, 1998, p.67.
- 23 ZOUMENOU Alcibiade Modeste G. S.** Utilisation des services de santé par la population au sein de la commune II du district de Bamako. Etude comparative au sein des quartiers : Missira et la Zone industrielle. Thèse méd Bamako 2008 ; p 83.

ANNEXE

Questionnaire des ménages

Introduction : Bonjour, je suis étudiant – chercheur en médecine, je vous sollicite pour une entrevue sur la qualité de l'accueil et de la prestation des services de soins de santé. Il s'agit d'une enquête anonyme et confidentielle et vous êtes libre d'y participer ou de ne pas y participer sans aucun préjudice pour vous ! Voudriez-vous y participer ? Je vous remercie !

1. N° de la fiche d'enquête / _____ / 2. Date du jour d'enquête : /__ /__ /___/

3. Lieu de l'enquête / _____ /

Evaluer la fréquence d'utilisation des services de santé

4. Fréquentez-vous l'un des centres de santé de la commune V ou commune VI ? /__/ 1= oui ;

2=non.

5. Si non, pour quelle raison ? /__ / 1 = distance ; 2 = accueil ; 3 = prise en charge ;

4 = coût de la consultation ; 5 = coût des médicaments ;

6 = autres(à préciser)

6. Si oui, lequel (lesquels) ? / _____ /

7. Quand est-ce que vous partez au centre de santé ? /___ /

a. Directement après la découverte de la maladie ;

b. Après avoir essayé tous les traitements traditionnels ;

c. Lorsque la maladie s'aggrave ;

d. Autres (à préciser).....

e.

8. Allez-vous au centre de santé chaque fois que vous êtes malades ? /__/ 1= oui ; 2= non.

9. Allez-vous au centre de santé uniquement pour certaines maladies ? /___/ 1= oui ; 2 = non.

10. Si oui, quelles sont les maladies pour lesquelles vous consultez le centre de santé ?.....

.....
.....

11. Avez-vous recours à d'autres pratiques en dehors de la médecine moderne ? /___/ 1= oui ;

2 = non.

12. Si oui, lesquelles? /___/1=Le marabout; 2=Le guérisseur ;
3=Les personnes âgées

4 = autres (à préciser).

13. Quel moyen de déplacement utilisez-vous pour aller au centre ? /___/ 1 = bicyclette ;

2 = moto ; 3 = automobiles ; 4 = autres (à préciser)

16. Avez-vous accès à l'information reliée à la santé ? /___/ 1= oui ; 2= non.

17. Si oui, par quels moyens ? /___ / 1 = radio ; 2 = télévision journaux ; 3 = réunions ;

4 = autres (à préciser).....

18. Allez-vous au centre de santé quand votre enfant est malade ? /___ / 1 = oui ; 2 = non.

Evaluer le niveau d'appréciation de l'accueil par l'utilisateur

19. A quand remonte votre dernière consultation dans le centre de santé ? /___/

1=moins de 15 jours, 2= 15 à 30jours, plus de 30jours.

20. Quel a été le motif de votre consultation ?.....

21. Avez-vous pris des médicaments avant de vous rendre au centre de santé ? /___/ 1 = oui ;

2 = non.

22. Si oui, quelle est la nature de ces médicaments ?/___/
1=pharmaceutiques, 2 = traditionnels,

3 = chinois,

4 = autres (à préciser)

23. Avez-vous été satisfait(e) s de l'accueil reçu ? /___/ 1= très satisfaisant ; 2 = assez satisfaisant ;

3 = peu

satisfaisant ; 4 = pas du tout satisfaisant.

24. L'agent de santé qui vous a reçu, vous a-t-il suffisamment prêté attention ? /___/ 1 = Beaucoup ;

2 = Moyennement ; 3 = Pas du tout ;
4 = NSP.

25. Les locaux sont-ils agréables ? /___/ 1 = Beaucoup ; 2 = Moyennement ; 3 = Pas du tout ;

4 = NSP.

26. Avez-vous identifié les fonctions des personnes travaillant dans le centre? /___/
1=Oui ; 2=Non.

27. Si oui, lesquelles /___/ 1=Interne ; 2=Médecin ; 3 =Infirmier ; 4=Sage-femme,
5=Aide soignant ;

6 = Autres (à préciser)

Le niveau de satisfaction et d'information de l'utilisateur

28. L'agent de santé s'est-il présenté à vous avant le début de la consultation ? /___/ 1=Oui ; 2=Non.

29. Que pensez-vous de votre consultation ? /___/ 1 = très satisfaisant ; 2 = assez satisfaisant ;

3 = peu satisfaisant ; 4 = pas du tout satisfaisant.

30. Quelle a été la conduite à tenir de l'agent de santé après votre consultation ? /___/

1 = traitement ambulatoire ; 2 = une observation ; 3 = hospitalisation ;

4 = envoyer vers un spécialiste ; 4 = examens complémentaires.

31. Avez-vous reçu(e) s une ordonnance ? /___/ 1 = oui ; 2 = non.

32. Avez-vous reçu (e) s les informations sur tous les produits inscrits sur votre ordonnance ? /___/

1 = oui ; 2 = non.

33. Où est ce que vous comptez acheter vos médicaments ? /___/ 1 = dans une pharmacie privée

2 = à la pharmacie du centre de santé ;

3 = avec les vendeurs ambulants de médicaments.

34. Avez vous reçu(e) s des informations sans pour autant être obligé(e) de les demander sur votre état de santé ? /___/ 1 = oui ; 2 = non ; 3 = NSP.

35. Si oui, lesquelles ? /___/ 1 = votre traitement ; 2 = votre maladie ; 3 = vos soins ;

4 = les examens complémentaires à réaliser.

36. Avez-vous obtenu(e) s un rendez-vous pour le contrôle ? /___/ 1 = oui ; 2 = non.

37 Etes-vous retourné(e) s pour consultation de contrôle ? /___/ 1 = oui ; 2 = non.

38. Qu'avez-vous pensez de la durée entre la première consultation et la consultation de contrôle ? /___/ 1 = très longue ; 2 = longue ; 3 = raisonnable ; 4 = courte.

39. Le personnel du service a t-il été aimable ? /___/ 1 = oui ; 2 = non ; 3 = NSP.

40. Que pensez-vous du prix des prestations du centre de santé ? /___/ 1 = très coûteux; 2 = abordable ;

3= moins coûteux.

41. Que pensez-vous des précautions prises par le personnel pour respecter votre intimité ? /___/

1 = très satisfaisant ; 2 = assez satisfaisant ; 3 = peu satisfaisant ; 4 = pas du tout satisfaisant.

42. Avez-vous été satisfait(e) s de votre prise en charge ? /___/ 1=très satisfaisant ; 2=assez satisfaisant ; 3 = peu satisfaisant ; 4 = pas du tout satisfaisant.

43. Quelle est votre opinion générale sur votre séjour au centre de santé ? /___/ 1 = très satisfaisant ;

2 = assez satisfaisant ; 3 = peu satisfaisant ; 4 = pas du tout satisfaisant.

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : NIMAGA

Prénom: Mahamadou Sissako

Téléphone : (00223) 75029038

E-mail :

Titre : Etude de la dimension anthropologique de l'accueil du patient dans le Centre de Santé Communautaire de l'Hippodrome

Année universitaire : 2011-2012

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie du Mali.

Secteur d'intérêt : Anthropologie Médical

Résumé : Il s'agit d'une transversale descriptive qui s'est déroulée de juillet à aout 2011 au sein du CSCOM de la commune II (hippodrome) de Bamako. Cette étude a porté sur l'accueil, l'information et la prise en charge des usagers. Elle a eu pour objectifs spécifiques :

- 1-évaluer le niveau d'accueil,
- 2-déterminer le niveau d'information,
- 3-déterminer le niveau de satisfaction des usagers des services de santé.

La taille de notre échantillon a été de 500 ménages.

A la lumière de nos résultats, on observe que le sexe féminin a prédominé notre étude avec 75%. Le taux de fréquentation des centres de santé a été de 74,2%. Notre étude révèle que 50,4% des usagers ne se sont rendus au centre de santé qu'à la suite d'une automédication ou traitement traditionnel à domicile.

Par rapport au niveau d'appréciation de l'accueil, 70% des usagers ont affirmé avoir été satisfaits.

Au niveau de l'information, 98,6% des usagers ont affirmé avoir l'information liée à la santé. De plus, 76,6% des usagers en consultation affirment avoir reçu les informations sur leurs états de santé, les produits prescrits, sur la conduite à tenir.

Enfin, les usagers dans la majorité ont été satisfaits de leur prise en charge avec 53%.

Mots clés : Accueil, information et prise en charge

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 s'y passe.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, 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 !