

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi

-----0-----

UNIVERSITE DE BAMAKO

-----0-----

Faculté de médecine, de pharmacie
et d'odontostomatologie (FMPOS)



THESE DE MEDECINE

Année académique : 2007-2008

N°.....

**Utilisation des services de santé par les populations
de la commune II du district de BAMAKO.
Etude comparative au sein des quartiers :
Missira et la Zone industrielle.**

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de médecine, de pharmacie et
d'odontostomatologie, le 06 / 08 / 2008

Par Monsieur

Modeste Zoumenou

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

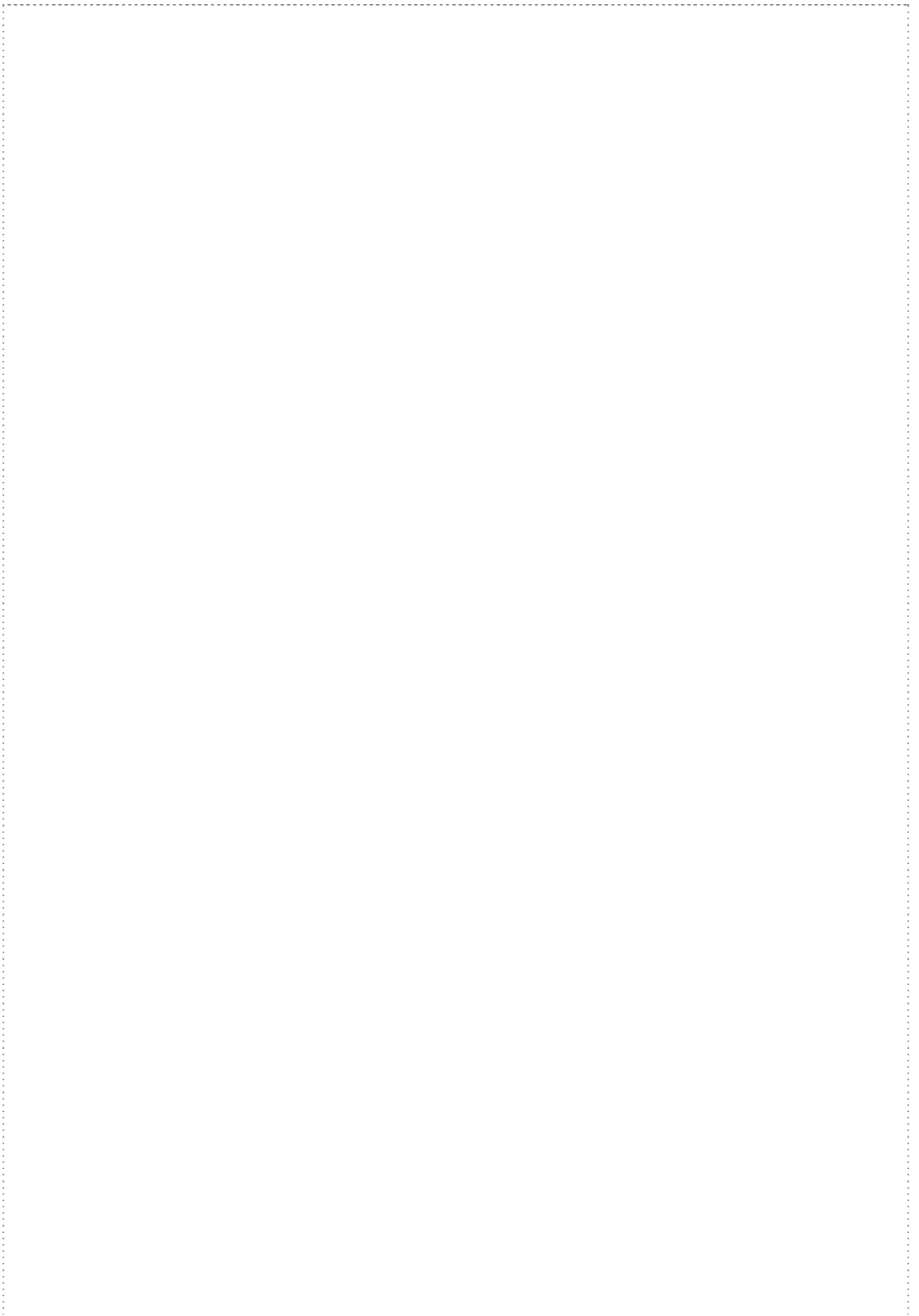
Jury :

PRESIDENT : Pr Sékou Fantamady TRAORE

MEMBRE : Dr Nafomon SOGOBA

MEMBRE : Dr Guimogo DOLO

DIRECTEUR : Dr Samba DIOP



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

ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION

DOYEN:

Anatole TOUNKARA

Professeur

1^{er} ASSESSEUR:

Drissa DIALLO

MAITRE DE CONFERENCES Agrégé

2^{ème} ASSESSEUR:

Sékou SIDIBE

MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL:

Yénimegue Albert DEMBELE

Professeur

AGENT COMPTABLE:

Mme COULIBALY Fatoumata TALL

CONTROLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA

Ophtalmologie

Mr Bocar SALL

Orthopédie – Traumatologie - Secourisme

Mr Souleymane SANGARE

Pneumo-phtisiologie

Mr Yaya FOFANA

Hématologie

Mr Mamadou L. TRAORE

Chirurgie Générale

Mr Balla COULIBALY

Pédiatrie

Mr Mamadou DEMBELE

Chirurgie Générale

Mr Mamadou KOUMARE

Pharmacognosie

Mr Ali Nouhoum DIALLO

Médecine interne

Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Medecine Interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation

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

▪ D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie – Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, Chef de D.E.R
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale

Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynécologie/ Obstétrique

Mr Yousoif SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologue

▪ **D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdouramane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histologie-embryologie
Mr Flabou BOUGOUDOOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. Théra	Parasitologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moleculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Bocary Y Sacko	Biochimie
Mr Mamadou BA	Biologie Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie

▪ D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie- Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie

Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K Minta	Maladies infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Diarra Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie

Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie

. D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique Chef de D.E.R
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Pharmacologie
Mr Soukalo DAO	Maladies infectieuses

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme Rockia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY	Législation

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

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

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE Santé Publique, **Chef de D.E.R**

2. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAÏGA Santé Publique

Mr Mamadou Souncalo TRAORE Santé Publique

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA Santé Publique

Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique

Mr Massambou SACKO Santé Publique

Mr Alassane A. DICKO Santé Publique

Mr Hammadoun Aly SANGO Santé Publique

Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie

Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale

Mr Akory AG IKNANE Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO Biostatistique

Mr Seydou DIARRA Anthropologie Médicale

▪ CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N’Golo DIARRA Botanique

Mr Bouba DIARRA Bactériologie

Mr Salikou SANOGO Physique

Mr Boubacar KANTE Galénique

Mr Souleymane GUINDO Gestion

Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Lassine SIDIBE	Chimie-Organique

▪ **ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr Lamine GAYE	Physiologie

Dédicaces

Dédicaces

A la Divine Providence

Comment saurai-je Te rendre tout ce que tu m'as fait? Le moment est approprié pour Te rendre grâce et Te dire merci pour tout.

Je Te dédie particulièrement ce travail demandant ta constante assistance le long de mon futur parcours et que tout soit fait selon ta Volonté.

A mes défunts parents

Vous avez toujours œuvré pour la réussite de vos enfants et en particulier la mienne. Malgré tous mes dérapages, maman tu as toujours su me pardonner. Ta rigueur, tes conseils, ton bon sens ont été un excellent soutien pour moi au cours de ces années. Papa sache que mon prochain objectif ne serait que de suivre tes pas tant dans ma carrière professionnelle que sociale. Les voies du Seigneur sont impénétrables ; j'espère que de là haut vous serez fiers de moi. Je vous aime et vous offre ce travail, fruit de nombreux efforts que vous avez consenti. Maman, papa je vous dédie ce travail.

Infinie est ma reconnaissance pour m'avoir permis de rester sur les rails de la réussite toute ma vie.

Très affectivement votre fils.

A Octave Zoumènou

Papa, voilà j'ai fait mon premier pas dans le monde comme tu le dis souvent. J'espère t'avoir toujours à mes côtés pour m'aider comme tu l'as toujours fait dans mes moments de joies, de peines et d'égarements. Que DIEU te garde et te protège durant toute ta vie sur la terre. Sache que tant que j'aurai un souffle de vie dans ma bouche, je me battrai toujours comme tu m'as montré pour le bonheur de notre famille. Merci pour tout. Ce travail est le tien.

A mme Aïssétou Samaké Migan

Mes mots ne peuvent exprimer les sentiments que j'ai à votre égard. J'ai connu en vous une seconde mère. Par votre soutien moral et financier j'ai réussi à traverser plusieurs épreuves qui ont fait de moi un homme.

Profonde est mon admiration, infinie ma reconnaissance et éternelle restera mon affection.

A mes oncles et tantes chéris : Ludovic, Marie-Agnès, Virginie, Prisca, Francis, Ferdinand, Euloge, Blaise, Gisèle, Floride, Edouard, Gertrude.

J'espère que le Tout Puissant me permettra de vous montrer à quel point je suis fier de vous avoir à mes côtés. Vous représentez ma famille et je souhaite vous prouvez tous les jours que je suis votre fils. Ce travail est le vôtre. Tata Marie-Agnès merci beaucoup pour l'aide apporté.

A Aurelle Zoumènou

Tes encouragements et ton attention m'ont aidé à surmonter de nombreuses barrières. Que dieu te garde et te montre le chemin d'une réussite sociale et professionnelle.

A Arnauld Zoumènou

Tu m'as soutenu et réconforté à tout moment. J'aurais aimé t'avoir à mes cotés en ce jour. En témoignage à l'amour fraternel, ce travail est également le tien.

A Aurélio Zoumènou, Marie-Antoinette Zoumènou, Enos Migan, Marlène Gounongbé, Immelda Gounongbé, Simone et Donan Zoumènou

Que Dieu vous donne la sagesse, la santé et l'intelligence. Vous me procurez une joie immense. Je vous aime fort.

A mes frères : Serge et sa famille, Carole, Carmen, Tony, Sèna.

Que ce travail témoigne de l'affection que j'ai en votre égard. Vous me manquez.

Remerciements

REMERCIEMENTS

A la famille SAMAKE (tata bou, tata blémani, tata bébéni, leur frères et maris ; yapaye, mahamadine).

Vous m'avez accueilli à bras ouvert, et réconforté tout au long de mon cycle. Soyez éternellement remercié.

A ADEDJUMAN yasfir

L'amitié n'est pas un tas de fumée. Qui l'aurait cru en 2002 ? Et oui on a fait un sacré bout de temps ensemble. Merci pour ton soutien au long de ces formidables années couronnées de joie, de pleurs et surtout de galère.

Jeune homme, j'espère que nos routes ne se sépareront pas ici. Bonne chance dans ta vie future. Prends soin de toi. Tu es mon frère.

Peace Biggy.

A l'anneau

J'espère que ce n'était pas un mirage les gars.

Will, il ne reste que toi. Du courage et bonne chance dans l'acquisition de ce diplôme et dans ta vie future. On a rigolé, pleuré, galéré maintenant il est temps de rendre compte jeune homme. Rire. On garde le contact.

A MAVOHA Achille

Sansan, merci pour l'aide que tu m'as apporté tout au long de mon cycle. Que Dieu te le rende au centuple. Bonne chance dans ta carrière.

Peace Koro.

A ASSOGBA Wakil

Le temps s'est écoulé sans rien effacer de nos larmes, de nos rires et de nos souvenirs. Merci pour ton soutien, tes conseils et tes encouragements. Courage Ali wakos, que Dieu t'aide dans la réalisation de tes objectifs. Peace El pino.

A IPPET Mohamed, Mélissa, Emmanuella, Adiza.

Merci pour tous les merveilleux moments passés ensemble. Pas de regrets ; juste que cela s'est vite écoulé.

Ippet, merci pour m'avoir aidé dans l'aboutissement de ce travail ; bonne chance dans la réalisation de tes projets et tout doux dans le saincrétisme. On garde le contact cher collègue.

A mes cadets du G block

Vékio (à ton tour jeune homme), mon petit Juste (moins de fuint), Sergio ramos (peace), Donald (du courage frère), CHOBLI hervé, GBENOU Corneille, MOUTAÏLA jamal, Herodote, Mathieu.

Avec la cohabitation et le temps passé ensemble je ne peux que vous remercier et vous encourager pour la réalisation de vos principaux objectifs.

A LOLO et DOUDOU

Les gars, on a passé de très bons moments ensemble. J'espère juste que l'on effacera pas cela de nos pensées. Peace et du courage ; ce n'est pas facile. J'espère que la thérapeutique ne sera pas un frein dans votre évolution (rires).

A l'Association Béninoise AEESBM

A mes Aînés

SOUDE Arnaud, DOSSOU-SOIGNON Herman, BABIO Wahid, KADJA Aurore, COOVI Lissette, ASSOGBA Carmelle, ZOUMAHOU Carène, HOUNDJAHOUÉ Franck.....infiniment merci.

A mon groupe d'étude

Ruth, Carine et Franco :

On ne change pas l'équipe qui gagne. Bonne chance dans vos carrières sociales.

Franco, on garde le contact

A tous mes amis

Boris, Dine, Bigot, Stéphane, Dom, Berthe, Ruth, Francine, Aminata, Alliance, gaelle, sala, barthez, Bouffon, soul, Fred DICKONGUE, P.S., David KOUYATE, Oumar ZOKRO, Gallo ONGOÏBA, Josépha.

A la cité du dollar

Patrick, Grégory, Herman, Claire, Claudie, Larissa, Damien, le bailleur et sa famille.

A toute ma promotion

A tous les enseignants de la F.M.P.O.S.

A tous les étudiants de la F.M.P.O.S.

Au Bénin ma chère patrie

Au Mali notre pays hôte

A tous mes amis de Bacodjicroni.

A tous ceux dont je n'ai pas cité le nom mais pour qui j'ai une pensée en ce moment

A ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration de cet ouvrage.

Aux honorables membres du Jury

A notre maître et président du jury le professeur Sékou Fantamady TRAORE

- **Maître de conférence,**
- **Co-directeur du centre de recherche sur le paludisme et du centre de formation ; Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie, Université de Bamako.**

C'est un grand plaisir et un honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré votre calendrier très chargé.

Nous avons été profondément marqués par votre abord facile, votre générosité, votre disponibilité et votre sollicitude.

Vos conseils et remarques ont été d'une grande utilité à l'amélioration de ce travail,

Qu'il nous soit permis cher maître de vous exprimer notre profonde gratitude.

A notre maître et juge le docteur Nafomon SOGOBA,

- Master en Entomologie médicale,**
- Ph D en épidémiologie et chef de l'unité Système d'information géographique et télédétection du MRTC / FMPOS.**

Cher maître,

Nous sommes très flattés de vous compter parmi les membres de ce jury. Votre simplicité, votre disponibilité, votre savoir faire et votre compétence ont contribué à l'amélioration de ce travail.

Veillez trouver ici cher maître l'expression de notre sincère reconnaissance.

A notre maître et juge le docteur Guimogo DOLO

- Maître assistant,**
- Ph D en Parasitologie entomologie médicale,**
- Chef de section Biologie moléculaire,**
- Chargé de l'enseignement de la génétique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.**

Cher maître,

C'est un honneur et un grand plaisir que vous nous faites d'avoir accepté d'être parmi les membres du jury.

Nous avons été fascinés par votre patience, votre sens de la responsabilité, votre disponibilité, votre amour du travail bien fait. Chaque échange avec vous était une occasion d'enrichissements. Nous sommes fiers d'avoir été un de vos étudiants en première année.

Soyez assuré cher maître de notre profonde gratitude.

A notre maître et Directeur de thèse le docteur Samba DIOP,

- **Enseignant-chercheur en anthropologie médicale, maître assistant en santé publique, Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie, Université de Bamako.**
- **Spécialiste en écologie humaine, anthropologie, bioéthique et éthique de santé publique.**
- **Responsable du cours « Ethique et sciences » au DEA d'anthropologie, ISFRA, Université de Bamako.**
- **Responsable de la section « Sciences humaines, sociales et bioéthique » de SEREFO, VIH & TB / FMPOS-NAID.**
- **Responsable du réseau « Chantier Jeunes » à la FMPOS-Université de Bamako / ISFRA-Université de Bamako / Laboratoire de démographie - Université de Genève (Suisse).**
- **Membre du comité d'éthique de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.**

Cher maître,

Nous tenons à vous dire toute notre reconnaissance pour avoir accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre simplicité, votre sollicitude ainsi que vos qualités humaines et scientifiques n'ont d'égal que notre profonde et sincère admiration.

Nous sommes fiers de compter parmi vos étudiants.

Soyez assuré ici de notre sincère reconnaissance.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

CADRE THEORIQUE, OBJECTIFS.

GENERALITES

I- Généralités sur le Mali

1. Situation administrative et socio démographique
2. Situation sanitaire
 - 2.1. Historique
 - 2.2. Organisation de la gestion des soins
 - 2.3. Indicateurs de santé
 - 2.4. Historique de la santé communautaire

II- Déterminants de l'utilisation des services de santé dans les pays en voie de développement

1. Modèle d'utilisation des services de santé
2. Déterminants liés à la qualité des soins
 - 2.1. Selon l'école américaine
 - 2.2. Selon l'OMS
 - 2.3. Attributs et dimension de la qualité

METHODOLOGIE

- 1- Lieu d'étude**
- 2- Type et période d'étude**
- 3- Echantillonnage**
- 4- Critères de recrutement des cas**
- 5- Saisie et analyse des données**

RESULTATS

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

REFERENCES

Liste des abréviations

ASACOBA	: Association de santé communautaire de Bankoni
CSA	: Centre de santé d'arrondissement
CSCOM	: Centre de santé communautaire
CPN	: Consultation prénatale
CSREF	: Centre de santé de référence
DNSP	: Direction nationale de la santé publique
EDS	: Enquête démographique et de santé
IB	: Initiative de Bamako
IGM	: Institut géographique du Mali
Km	: Kilomètre
KBK	: Cercle de Kéniéba, Bafoulabé, Kita
MS	: Ministère de la santé
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
PDDSS	: Plan décennal de développement socio- sanitaire
PMA	: Paquet minimum d'activités
PNDS	: Programme national de développement sanitaire
PRODESS	: Programme de développement socio sanitaire
PSPHR	: Projet santé population et hydraulique rural
RGPH	: Recensement général de la population et de l'habitat

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAU I : Répartition de la population par région et par sexe en 1998.

TABLEAU II : Évolution de la population malienne en millier d'habitants.

TABLEAU III : Ratio de couverture en personnel de santé selon la qualification au Mali en 2001.

TABLEAU IV : Attributs et dimensions de la qualité des soins.

TABLEAU V : Déterminants de l'accès focalisés sur la prestation des services de santé.

TABLEAU VI : Répartition des chefs de ménage de chaque quartier en fonction de leur profession.

TABLEAU VII : Répartition des ménages de chaque quartier en fonction de leur utilisation ou non des services de santé.

TABLEAU VIII : Répartition de la population selon leur quartier en fonction de leur perception de la gravité de la maladie comme décision de recours aux services de santé.

TABLEAU IX : Répartition des ménages suivant leur quartier en fonction de leurs motifs de fréquentation.

TABLEAU X : Répartition des ménages suivant leur quartier en fonction de la nature des prestations délivrées.

TABLEAU XI : Répartition des ménages suivant leur quartier en fonction des services de santé utilisés.

TABLEAU XII : Répartition des ménages suivant leur quartier en fonction du prix des services choisis.

TABLEAU XIII : Répartition des ménages suivant leur quartier en fonction de la perception de l'efficacité des soins reçus.

TABLEAU XIV : Répartition des ménages par quartier en fonction de leur appréhension du contact avec le personnel.

TABLEAU XV : Répartition des ménages par quartier en fonction de leur appréciation sur les prix des soins et des consultations dans les services de santé.

TABLEAU XVI : Répartition des ménages par quartier en fonction de leur satisfaction sur le service offert.

TABLEAU XVII : Répartition des enfants recensés suivant leur quartier en fonction du sexe

TABLEAU XVIII : Répartition des enfants suivant leur quartier respectif en fonction de leur âge.

TABLEAU XIX : Répartition des femmes par quartier en fonction de l'âge.

TABLEAU XX : Répartition des prestataires par quartier en fonction du service de santé où ils travaillent.

TABLEAU XXI : Répartition des prestataires par quartier en fonction de leur appréciation sur la réaction des usagers face à l'attente.

TABLEAU XXII: Répartition des prestataires par quartier en fonction de leur perception sur la suffisance des infrastructures mises à leur disposition.

TABLEAU XXIII : Répartition des prestataires suivant leur quartier en fonction de leur avis sur l'observance des patients.

TABLEAU XXIV : Répartition des prestataires par quartier en fonction de leur profil.

TABLEAU XXV : Répartition des prestataires par quartier en fonction des efforts préconisés pour une amélioration de la qualité des services offerts.

TABLEAU XXVI : Répartition des prestataires par quartier en fonction de la durée de leur permanence dans la semaine.

TABLEAU XXVII : Répartition des prestataires par quartier en fonction de leur apport de suggestion en vue d'améliorer le taux d'utilisation des services de santé par la population.

Introduction et justification de l'étude

Introduction

L'accessibilité des populations les plus démunies aux soins de santé primaires demeure une préoccupation au cœur des politiques de santé dans les pays à faible revenu. Depuis 1987, les pays d'Afrique au sud du Sahara se sont engagés avec détermination dans des réformes visant à améliorer l'accès aux soins de santé primaires, la qualité des soins et l'adhésion communautaire [3]. Cette redynamisation des soins de santé primaires lancée en **1987** en Afrique et appelée « **Initiative de Bamako** », en permettant d'accroître les ressources financières des structures de soins qui assureraient en contre partie la disponibilité des médicaments essentiels génériques, avait comme objectifs [3] :

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

Les objectifs de l'initiative de Bamako si ils étaient atteints permettraient dans chaque pays d'observer une hausse tout au moins significative du taux d'utilisation des services de santé. Or le constat fait dans les pays est flagrant. Dix sept ans après le lancement de l'IB, les taux d'utilisation des services de santé demeurent faibles dans l'ensemble des pays et plafonnent au dessous de 0,4 contacts/personne/an [24]. Au Mali, les taux d'utilisation des services

de soins s'élevaient à 0,18 en 2003 et présentent malgré tout de fortes disparités selon les aires de santé [6].

La déclaration de la **politique sectorielle de santé et de population** a été adoptée par le Mali le 15 décembre **1990**. La principale stratégie de cette politique sectorielle de santé est la responsabilisation des communautés dans le processus de prise en charge de leur propre état de santé avec leur participation active et volontaire. Elle consacre le désengagement progressif de l'état dans le système d'offre de soins au niveau du premier recours, le laissant entièrement aux communautés organisées en association de santé communautaire. Cette nouvelle option politique en matière de santé a permis de faire évoluer la pyramide sanitaire du Mali en fonction de trois niveaux [7]:

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

Ensuite le plan Décennal de développement sanitaire et social (**PDDSS**) **1998-2007** a été élaboré dénommé **PRODESS** (programme de développement sanitaire et social) pour la période **1998- 2002**. Un des objectifs du **PRODESS** est d'étendre la couverture sanitaire et d'améliorer la qualité des soins afin d'offrir le PMA aux populations les plus éloignées. Selon les études, la problématique de l'utilisation des services de santé dans les pays réside au niveau de l'accessibilité financière aux soins de santé, mais aussi et surtout de la qualité du service offert, en référence à des enquêtes menées dans certaines capitales (Niamey, Abidjan, Dakar, Bamako) [3].

Les conclusions de ces enquêtes sur l'analyse des déterminants d'utilisation des services de santé en tant qu'indicateurs de fréquentation évoquaient les aspects suivants :

- l'accessibilité financière aux soins [20,26],
- les pratiques parfois défavorables, voire déloyales du personnel soignant vis-à-vis des patients [14,23],
- la qualité des soins délivrés [28],
- l'état de santé du patient, le vécu socioculturel et religieux en rapport avec la perception du patient, de sa maladie et de la gravité de cette dernière [5,9].

Cadre théorique :

En approche conceptuelle, **la santé** : ce mot facilement prôné par les politiques fait appel le plus souvent à des notions très délicates : stratégies, formations, sensibilisations, évaluations.

L'évaluation constitue ainsi la clé de voûte du succès de tout système de santé car elle permet de révéler les lacunes des plans de santé pendant leur mise en œuvre. Si l'adhésion ou la participation communautaire représente un des paramètres la plupart du temps utilisé au cours de l'évaluation, l'utilisation ou le recours des populations à des options sanitaires bien spécifiées en constitue un des principaux indicateurs. Ainsi, une utilisation rationnelle des services de santé peut entraîner une amélioration du bien-être et de la santé des populations. Dans certains des cas, lorsque cette utilisation est juxtaposée à des indicateurs de l'état de santé tels que les incidences des maladies, les couvertures des soins ; elle permet de préjuger sur la qualité des politiques et stratégies de services en matière de santé.

Au Mali par exemple, la sous utilisation des services de santé par les populations malgré la mise en œuvre de l'initiative de Bamako ajoutée

au médiocre niveau de santé des populations (comme en témoignent les taux élevés de mortalités infantiles et infanto-juvéniles respectivement 113 et 229 pour mille naissances vivantes ; de mortalité maternelle 582 pour mille accouchements [2, 11]) constitue une preuve palpable de l'échec des politiques de santé dans le pays.

L'utilisation des services est un indicateur de résultat et en dehors de l'aspect politique, plusieurs autres éléments peuvent intervenir comme atout de motricité. Ce sont : la notion des maladies, l'information et la sensibilisation des populations, le vécu socioculturel, les comportements et attitudes du personnel, les facilités financières faites aux usagers, la réputation du centre de santé, la nature du geste médical.

La notion de maladie : elle est diversement perçue selon qu'on soit professionnel sanitaire ou usagers de service. Le terme maladie va recouvrir diverses dimensions :

- l'affection objective médicalement définie par la symptomatologie, la fonction atteinte, l'étiologie, la gravité et dont le diagnostic nécessitera au préalable des démarches médicales.

- l'affection subjective : elle peut être ressentie sans être reconnue (dysfonctionnement ressenti, présomption de diagnostic qui n'est pas forcément le diagnostic objectif) ; ou peut être socialement reconnue (l'état du malade qui va conditionner et entraîner un ensemble d'attitudes et une prise en charge culturellement définie.) ; ou encore elle peut procéder d'un évènement caractéristique à un stade donné du développement biologique comme par exemple la considération dans les régions fortement infestées de schistosomiasés urinaires ; de l'hématurie chez les garçons comme étant un simple signe de puberté.

L'information et la sensibilisation des populations : elle vise un changement dans le comportement des populations en rapport avec la fréquentation des services de santé. Son rôle sera d'éduquer les

familles et ménages à reconnaître de façon objective les signes de danger et les priorités de santé, ainsi que la nécessité de recourir aux structures de santé avant d'éventuels cas d'aggravation de leur état de santé. Exemple des indigènes qui selon des enquêtes menées préfèrent reléguer les soins de santé moderne au second plan ; en témoigne les propos recueillis d'une femme : si mes enfants tombent malades, je les emmène d'abord chez mon beau-père qui est guérisseur. En l'absence d'amélioration je les emmène au CSCOM. Fin de citation.

Le vécu socioculturel : le type de maladie déterminera le type de service.

- les maladies attribuées à des facteurs surnaturels ou considérées trop graves dépassant la nature humaine sont adressées soit aux guérisseurs soit à des charlatans.

- des enquêtes ont montré que dans certaines localités le besoin de se nourrir précède le besoin de santé. [2]

- la fréquence de certains services peut être considérée comme honteuse : au Lesotho par exemple, la malnutrition est liée à la mauvaise conduite de la mère ; les services de grossesse sont difficiles à fréquenter pour les jeunes filles enceintes.

La réputation du centre de santé, les comportements et attitudes du personnel soignant :

Exemple1 : le CSCOM de Banankabougou en commune VI de Bamako qui a à sa tête : des médecins, des étudiants stagiaires de la faculté de médecine, des infirmières offrant un service permanent, un personnel dynamique et la rigueur dans le travail affiche chaque année des performances à la hausse : 0,49 consultation par enfant par an ; 0,48 consultation curative par personne par an ; 80% des taux d'accouchement [2].

Exemple2 : sur la qualité de l'accueil : depuis que le personnel a changé de comportement en matière d'accueil, les gens se déplacent vers le centre. Fin de citation des propos d'un chef de village lors d'une enquête en milieu rural au Mali [2].

Les facilités financières aux usagers par des crédits, des mutualités, des possibilités d'emprunts, des paiements différés sont tous autant des facteurs favorisant le changement des populations démunis vis-à-vis des services de santé.

La nature du geste médical : dans certaines localités du Mali, les patients ont plus confiance aux injections car selon eux, elles guérissent vite. La seringue du Dokotoro est extraordinaire ; avis d'un patient lors d'une enquête en milieu rural au mali [2].

Au vue de toutes ces remarques le constat est fait que depuis l'initiative de Bamako, beaucoup d'efforts ont été mis en œuvre pour répondre aux questions concernant la fréquentation des services de santé de niveau I au Mali dont les taux jusqu'à nos jours demeurent bas. Dans notre enquête nous nous intéresserons à la qualité ainsi qu'à la sensibilité perçues par les ménages de la commune II du district de Bamako sur les services de santé.

Dans le souci de trouver des solutions adéquates pour améliorer l'utilisation des services dans les centres de santé du Mali et spécialement dans la commune II de Bamako nous avons initié ce travail dont les objectifs sont les suivants :

- **Objectif général : Etudier l'utilisation des services de santé dans la commune II du district de Bamako**
- **Objectifs spécifiques:**
 - Identifier la nature des services offerts dans la commune II du district de Bamako.
 - Identifier les déterminants d'utilisation des services de soins dans la commune II du district de Bamako.
 - Déterminer le taux de satisfaction des usagers du service.

Cadre conceptuel

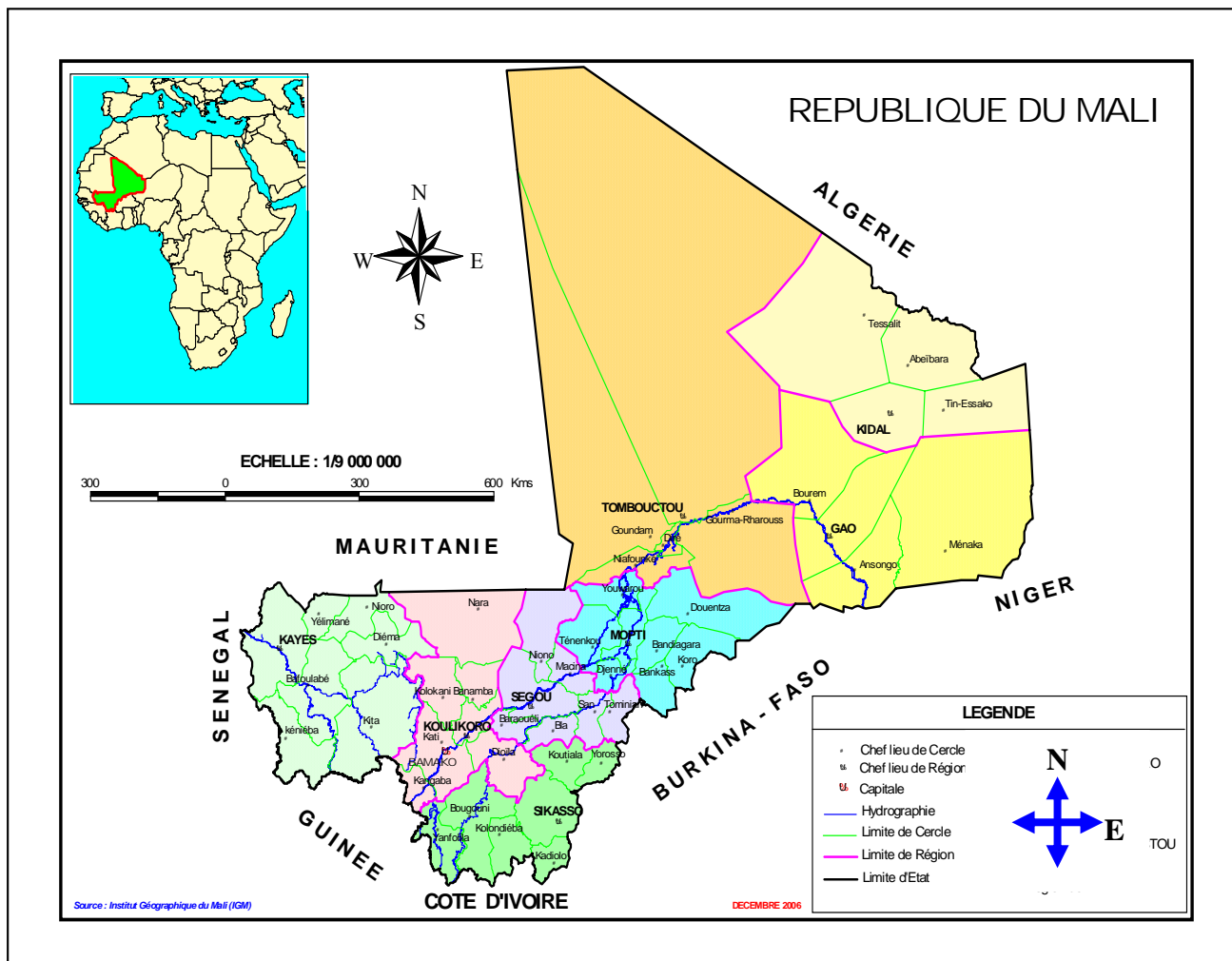
I. Généralités sur le Mali : [10,27].

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

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

1. Situation administrative et socio démographique

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



Institut Géographique du Mali (IGM00 2006).

SCHEMA I : Carte administrative du Mali-régions et cercles

Trois principales zones climatiques caractérisent le pays :

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

Selon le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) d'avril 1998, le Mali avait une population résidente de 9 810 912 habitants dont 50,5% de Femmes contre 49,5 % d'hommes. Avec un taux d'accroissement annuel de 2,2 %, la population résidente estimée en 2006 à 11 616 052 habitants atteindra **12 689 595** en 2007 et

19 153 000 habitants en 2025. La population malienne est à 73,2% rurale, malgré une forte mobilité liée à l'exode rural. Elle se caractérise par sa jeunesse. En effet 55,2% de la population a moins de 19 ans et 17 % moins de 5 ans dont 14 % âgé de 12 à 59 mois. Les femmes en âge de procréer représentent 22,6 % de la population générale.

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

TABLEAU I : Répartition de la population par région et par sexe en 1998 :

RÉGION	POPULATION EN 1998			Taux d'Accroissement	Population totale 2007
	Hommes	Femmes	Total		
Kayes	671 678	702 638	1374 316	2,3%	1 777 563
Koulikoro	778 332	792 175	1570 507	2,5%	2 031 320
Sikasso	880 108	902 049	1782 157	2,8%	2 305 071
Ségou	831 386	843 972	1675 358	2,1%	2 166 935
Mopti	730 771	747 734	1478 505	1,3%	1 912 323
Tombouctou	232 978	243 815	476 793	0,3%	616 692
Gao	193 517	201 077	394 594	1,2%	510 374
Kidal	22 285	20 101	42 386	2,2%	54 823
Bamako	514 967	501 329	1016 296	4,0%	1 314 494
ENSEMBLE	4 856 022	4 954 890	9810 912	2,2%	12689 595
%	49,50%	50,50%	100%		100%

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

Le taux de natalité est estimé à 46,1 pour mille ; celui de la mortalité générale est de 15,2 pour mille et l'espérance de vie à la naissance est de 61,6 ans [27].

Les mariages précoces sont fréquents avec un âge médian à 16 ans pour les filles et 25 ans pour les garçons. Près de 50% de la population

sont âgés de moins de 15 ans et plus de 45% sont de 15 à 49 ans. Le taux brut de scolarisation dans l'enseignement de base reste encore bas avec 40,9% (année 1997-1998). Il est particulièrement plus bas chez les filles que chez les garçons avec respectivement 33,3% et 47,1%. Les scolaires entre 5 à 19 ans constituent 37% de la population. Le taux d'alphabétisation des adultes au niveau national reste faible. Il était de 26% en 1997 avec des fortes disparités d'une part entre les hommes et femmes et d'autre part entre zones urbaines et zones rurales.

Le Mali est un pays pauvre. Seulement 49% de la population et 50% de la population urbaine ont accès à l'eau potable. L'économie repose essentiellement sur l'agriculture, l'élevage et la pêche.

TABLEAU II : Évolution de la population malienne en milliers d'habitants

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

Source : Prospectives Mali 2025.

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

2. SITUATION SANITAIRE

2.1. HISTORIQUE

Dès le début des années 1970, les problèmes financiers de l'Etat malien ont fait qu'il ne pouvait plus assurer correctement le fonctionnement des formations sanitaires publiques. Parallèlement, les besoins de santé des populations ne cessaient de croître d'année en année. [6]. Dès lors, le principe de gratuité des soins était remis en cause. Le début des années 1980 a vu les moyens consacrés par l'Etat à la santé s'amenuiser et leur mauvaise gestion a conduit à une baisse progressive de la qualité des prestations dans les structures sanitaires publiques [3]. Par exemple, de 1970 à 1988, la part du budget de l'Etat consacré à la santé passait de 9% à 4% du budget total; de 1983 à 1987, les investissements dans le secteur santé passaient de 52% à 9% du budget alloué à la santé (*MSPAS, 1989*).

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

En effet, plus qu'une simple exigence d'autonomie ou de participation communautaire, il s'est agi en réalité de répondre à une nécessité économique, vue l'incapacité des structures publiques d'assurer aux populations un niveau de soins décent, à cause de ressources insuffisantes et de mauvaise gestion [6].

Le 15 décembre 1990, fut adoptée une déclaration de politique nationale de population avec pour objectif fondamental l'amélioration des conditions de vie de population à travers l'éducation, la santé, le logement, l'alimentation, la nutrition [17].

L'adoption du PRODESS et au regard de la composante « intégration de la lutte contre la maladie et des actions en matière de santé de la

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

2.2. Organisation de la gestion des soins

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

Avec l'appui technique et financier de la communauté internationale, le Mali a entrepris une série de mesures visant à résoudre les problèmes socio-économiques et démographiques dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. C'est ainsi que des politiques, plans et programmes ont été élaborés dans les différents secteurs socio-économiques. Cet engagement des autorités maliennes s'est traduit par la révision et l'évolution progressive de sa politique de santé au vu des mutations successives de la population malienne. De 1966 à 1976, le premier plan décennal de développement des services de santé avait pour objectif de doter le pays d'un noyau de structures de soins au lendemain de l'indépendance en remplacement du système

hérité de la colonisation basé sur la gratuité des soins et la lutte contre les grandes endémies. Ensuite, intervient le second plan décennal de développement sanitaire (1981- 1990), adopté après le lancement des soins de santé primaires, et visait les mêmes objectifs à savoir l'offre de soins de santé au niveau le plus périphérique avec un système de recouvrement des coûts, la formation des agents de santé de base, avec en plus, la revitalisation des soins de santé d'arrondissement et la création des formations sanitaires sur la base populationnelle. Une expérimentation de ce plan est la mise en oeuvre de l'expérience menée avec le financement de la Banque Mondiale dans les cercles de Kita, Bafoulabé et Kéniéba dans la région de Kayes d'où le nom de KBK.

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

C'est ainsi qu'en décembre 1990 [22], a été élaboré la déclaration de politique sectorielle de santé et population dont le but est « d'améliorer le niveau de santé de la population et plus particulièrement celui des femmes et des enfants.

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

En 1996, le département de la santé a lancé l'élaboration d'un plan décennal de développement sanitaire et social en adoptant une approche dite « approche programme ». Celle-ci consiste en une vision globale et intégrée du développement sanitaire et social de type

participatif.

Ainsi, en juin 1998, le gouvernement malien a adopté le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) allant de 1998 à 2007 et le premier programme quinquennal de ce plan à savoir le Programme de Développement Sanitaire et Social (1998-2002). Ce programme quinquennal a pour but essentiel d'atténuer la dégradation persistante de l'état de santé de la population malienne, malgré les efforts importants déployés par l'état malien avec l'appui de ses partenaires. Les objectifs spécifiques visés sont :

- la réduction de la mortalité, notamment maternelle et infanto-juvénile,
- la réduction de la morbidité,
- l'amélioration de l'accès et l'utilisation des services en centre fixe et au niveau communautaire,
- L'information / éducation / communication et participation communautaire,
- la lutte contre l'exclusion sociale,
- la participation communautaire,

2.3. Indicateurs de santé

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

- Taux de couverture sanitaire : 30 à 40% dans un rayon de 5 et 15 km [27],
- Taux de mortalité infantile : 113 pour mille [10],
- Taux de mortalité infanto-juvénile : 229 pour mille [10],
- Taux de mortalité maternelle : 582/100000 naissances vivantes [17],
- Taux brut de mortalité : 45,1 pour mille [27],

- Taux de couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois [1] :
 - BCG : 73% ;
 - DTCP1 :76% ;
 - DTCP3 : 52%
 - Rougeole : 53%.
- Nombre de cas de VIH/SIDA à la date du 31 Mars 2001 : 6639 [1],
- Nombre de cas de vers de Guinée [1] :
 - 1999 : 410 cas
 - 2000 : 290 cas
 - 2001 : 46 cas
- 30% des enfants de moins de 3 ans souffrent de malnutrition chronique
- 25% des enfants de moins de 3 ans souffrent d'épisodes de diarrhées

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

L'organisation du système de santé comprend trois niveaux :

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

1. Le niveau intermédiaire ou régional qui joue le rôle d'appui au niveau périphérique.

2. Le niveau opérationnel qui joue un rôle de planification, programmation et d'exécution des opérations.

En matière de soins curatifs, le Mali disposait en 2001 de [17]:

- 3 hôpitaux nationaux de 3ème référence ;
- 1 centre national d'odontostomatologie ;
- 1 institut d'ophtalmologie tropical
- 6 hôpitaux de 2ème référence ;
- 57 centres de santé de 1ère référence
- 759 CSCOM réalisés (CROCEP, 2007)
- 434 structures privées y compris pharmacies et laboratoires

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

TABLEAU III : Ratio de couverture en personnel de santé selon la qualification au Mali en 2001:

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

Source : Rapport Direction Nationale de la Santé (2001)

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

2.4. HISTORIQUE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

Avant 1960 les soins de santé étaient gratuits et le secteur privé interdit. En réalité la médecine curative était surtout accessible aux militaires, aux fonctionnaires ainsi qu'à leurs familles, aux étudiants et aux élèves. La prévention était surtout faite par des équipes mobiles (Service d'hygiène mobiles et de prophylaxie) qui étaient certes bien équipées et motivées.

La région de Sikasso avant 1978 avait initié le système de santé de base ou de première ligne faisant participer la population à la prise en charge de leurs besoins de santé et formant des auxiliaires médicaux comprenant des hygiénistes secouristes de villages, des matrones rurales et des accoucheuses traditionnelles perfectionnées.

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

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

Mais la première initiative de gestion et de participation des communautés dans la définition et la gestion de leur système de santé remonte à la naissance de la première association de santé communautaire au Mali qui a vu le jour dans le quartier de Banconi le 1er juillet 1988 sous le nom d'association de santé communautaire de Banconi (ASACOBA) : une année après l'adoption de la stratégie dite Initiative de Bamako. En réalité le processus de l'approche communautaire devant consacrer la naissance de l'ASACOBA est antérieur à l'initiative de Bamako puisqu'il remonte à 1986 à travers la publication par les sciences sociales de l'INRSP sous la direction du Pr Claude PAIRAULT et du Dr Tieman DIARRA » [15].

Cette recherche sociale dans le quartier de Banconi avait conclu au besoin ressenti par les populations du quartier de Banconi de disposer de leur propre structure de soins, puisque l'Etat n'en a pas mis à leur portée. Elle a créé le premier centre de santé communautaire à Banconi en mars 1989.

Les résultats jugés satisfaisants après une année d'activité ont favorisé le développement de ce nouveau type de formation sanitaire ayant conduit ainsi à sa généralisation à travers tout le pays, puis dans les autres pays africains.

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

Les déterminants de l'utilisation des structures de premier niveau peuvent se classer en trois grands groupes, les **déterminants financiers** (recouvrement des coûts, paiement direct des soins, niveau de revenu des ménages, prix et coût des soins, coût du transport, couverture maladie), les **déterminants liés à la qualité des soins**.

(qualité structurelle, disponibilité en médicament, processus de soins, relation soignant / soigné, qualité perçue, satisfaction des usagers) et les **déterminants socioculturels** [23].

Les **autres déterminants** sont plus spécifiques et dépendants de l'environnement (accès géographique, état de santé des patients), des caractéristiques des individus (âge, genre, instruction) et des cultures et pratiques (perception de la maladie et de sa gravité) [23].

Dans une étude réalisée en 2005 par **Mushagalusa SALONGO** [14] sur les déterminants socio-économiques de l'utilisation des services, il ressort que l'utilisation des services de santé est un évènement dichotomique, soit l'individu utilise soit il n'utilise pas. La demande des soins de l'individu est donc mesurée par la probabilité d'accéder aux services de santé s'il est malade. Ainsi deux individus ayant des caractéristiques socio-économiques différentes auront des probabilités inégales d'accéder aux soins.

Selon leurs observations, une étude sur les caractéristiques de la population libanaise ne bénéficiant d'aucune couverture médicale [21] a révélé que l'accès aux soins de santé existe quand il y a utilisation des services de santé et dans ce contexte il prend la forme d'un « **accès réalisé** ». Dans le cas contraire, quand il n'y a pas utilisation des services de santé ou quand cette utilisation est limitée face à un besoin, cet accès devient un « **accès potentiel** » et plusieurs obstacles sont présumés (**Northam, 1996**) [17]: il existe des obstacles qui sont d'abord d'ordre **géographique** quand il est nécessaire de parcourir de grandes distances pour accéder aux soins, d'autres sont d'ordre **financier** et se retrouvent surtout dans les pays où il n'existe pas de système d'assurance maladie couvrant l'ensemble de la population tels qu'aux **Etats-Unis**. Certains obstacles d'ordre **temporel** se trouvent

dans les pays comme la **Grande Bretagne** où existent de longues listes d'attente pour des opérations courantes [21].

Il existe **d'autres obstacles** à l'accès aux soins de santé qui sont d'ordre **social et culturel** : **social** parce que les catégories favorisées peuvent plus facilement accéder à des équipements de haut niveau en raison de leur réseau de relation ou de leur information et **culturel**, car des croyances ou des modes de représentation liés à l'appartenance culturelle peuvent créer des barrières pour l'accès aux soins [21]. Ceci est particulièrement vrai pour les pays en voie de développement, mais aussi pour des pays où existent des minorités ethniques (**Lucas Gabrielli, Nabet et Tomeler 2001**) [21].

D'après **Kroeger (1983)** qui a compilé plusieurs études réalisées dans les pays en voie de développement selon une étude réalisée en 2000 par **SISSOKO H.** sur les aspects liés à l'utilisation des accoucheuses traditionnelles [25], il ressort les principaux déterminants de l'utilisation des services de santé dans ces pays et les regroupe de la façon suivante :

- **Caractéristiques des individus ou les facteurs prédisposant** : socio démographiques (l'âge, le sexe, l'éducation, la taille de la famille, le statut matrimonial, la religion, l'ethnie) ;
- **Caractéristiques liées à la maladie, aux perceptions** qu'ont les patients de la maladie : le caractère chronique ou aigu, sévère ou bénin de la maladie, les contextes étiologiques attribués à celle-ci et les bénéfices attendus de l'utilisation d'une ressource de santé ou d'une autre ;
- **Caractéristiques des services offerts et les perceptions** qu'ont les patients ou les facteurs facilitant : l'accessibilité

géographique, l'acceptabilité des dispensateurs de soins, l'attrait généré par la qualité des soins, les coûts.

1. Modèle d'utilisation des services de santé :

Le modèle de comportement de l'utilisation des services de santé (**Andersen 2001**) [25], constitue le cadre de référence de cette étude. Le modèle suggérerait que l'utilisation des services de santé est fonction de la prédisposition des personnes à utiliser ces services, des éléments qui facilitent ou entravent cette utilisation et des besoins des personnes à recourir aux soins. L'unité de mesure était la famille.

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

- **l'émergence du besoin de santé,**
- **l'expression du besoin de service et le choix d'un prestataire** et
- **la concrétisation de ce besoin** qui se traduira par des comportements d'utilisation et de non utilisation. [25].

Cependant, l'élément principal du modèle, reste le comportement des individus en particulier au niveau de leur utilisation des services de santé et des résultats qui en découlent en terme d'état de santé et de satisfaction des services [21]. Le modèle comporte donc quatre variables :

Les caractéristiques contextuelles, les caractéristiques individuelles, le comportement de santé et les résultats de santé [21].

Les caractéristiques contextuelles sont réparties en **éléments prédisposant** (caractéristiques démographiques, caractéristiques sociales et les croyances) à l'utilisation des services de santé, en **éléments favorisant** l'utilisation des services de santé (politique de santé, financement et organisation des services de santé), et en

besoins ressentis (mesures de santé liées à l'environnement, et indicateurs de santé tels que le taux de mortalité de morbidité et d'handicap) ou évalués justifiant l'utilisation des services de santé.

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

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

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

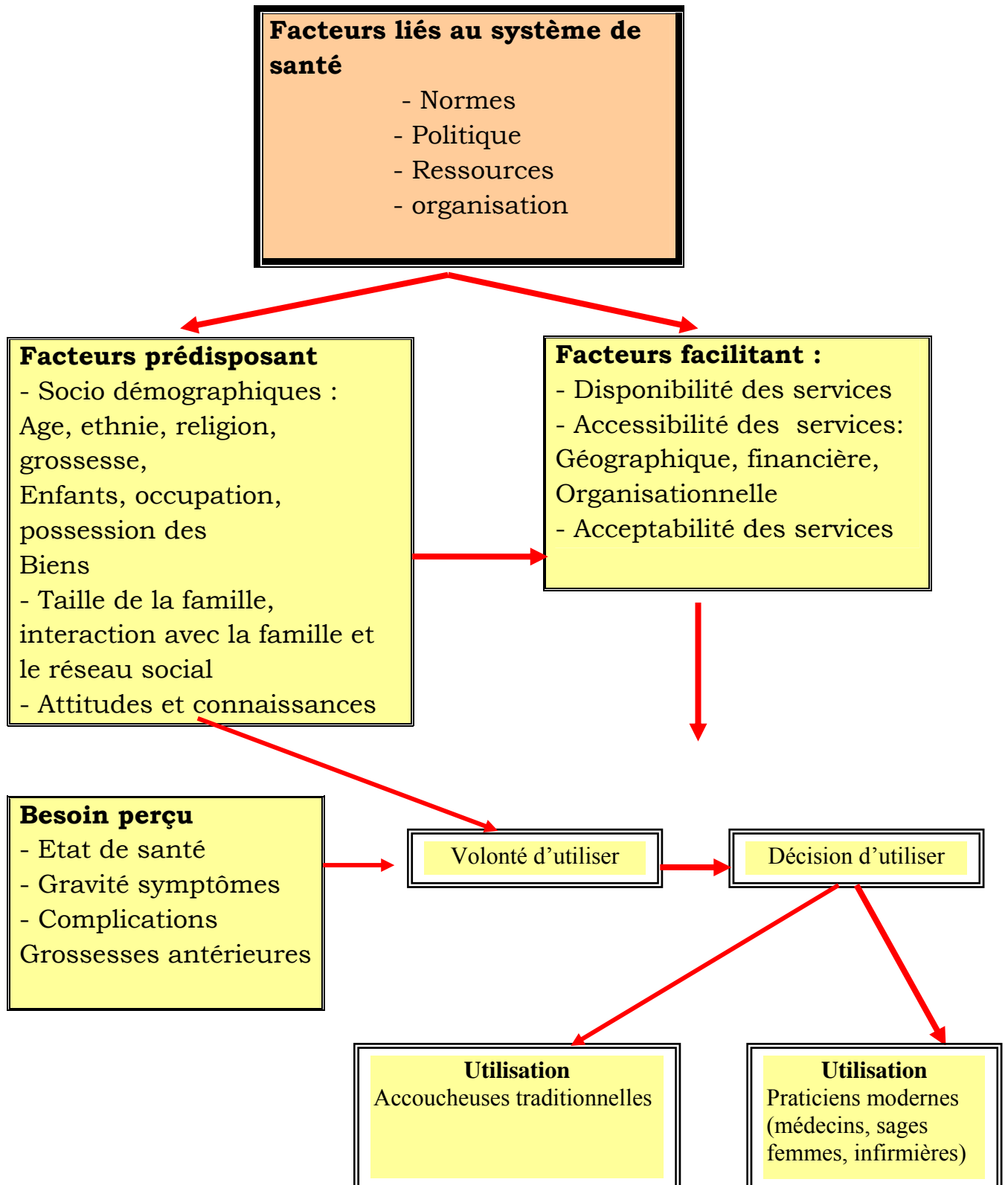


SCHÉMA II : Cadre conceptuel du système de soins d'après le modèle de Poole et Carlton (1986).

2. Déterminants liés à la qualité des soins :

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

2.1. Selon l'école Américaine :

La qualité des soins recouvre cinq composantes :

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

2.2. Selon l'OMS :

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

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

interpersonnels), en exprimant leur niveau de satisfaction, les usagers font une évaluation de la qualité des services.

En outre, la qualité ne peut être considérée en dehors de son contexte, c'est une propriété plus relative qu'absolue, et son optimum est contraint par le contexte socio - économique, le niveau de ressources, les intrants technologiques et bien entendu les valeurs culturelles du milieu. [13] Pour Donabedian (Donabedian, 1992), la qualité englobe tous ces aspects. Il en classe les attributs en six (6) grandes catégories : l'efficacité, **l'efficience**, le **caractère optimal**, **l'acceptabilité**, **la légitimité**, et **l'équité**.

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

2.3. Attributs et dimension de la qualité : [12]

TABLEAU IV : Attributs et dimensions de la qualité des soins :

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

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

Cette recherche illustre le fait que la qualité perçue par les usagers recouvre un spectre très large de représentations. Bien entendu les ressources (médicaments, médecins, locaux) y occupent une place importante mais d'autres attributs comme la compétence du personnel ou les relations entre les patients et les professionnels sont également

présents [13]. A ce sujet, il est frappant de noter la diversité des qualités attendues des professionnels de la santé et la précision avec laquelle elles sont énoncées (accueil, considération, compassion, etc.).

Tableau V : Déterminants de l'accès focalisés sur la prestation des services de santé (d'après Pechansky/Thomas, 1981)

Dimension	Acceptabilité	Disponibilité	Accessibilité	Qualité des soins	Accès financier
Facteurs potentiels influant sur l'accès aux services de santé	-Processus de prise de décision au niveau ménage -Perception en ce qui concerne les maladies, les prestataires, les médicaments	-Paquet de service définitif -Stock de médicament, vaccins -Personnel de santé techniquement compétent -Infrastructure -Diagnostic	-Distance des centres de santé -Horaires, routes et transports -Système de références et services, ambulances	-Accueil -Intimité donnée aux patients -Accès à l'eau, électricité, hygiène -Maintien -Nettoyage	-Coûts directs et indirects -Mode de paiement - Ressources et capitaux de ménage (argent, réseaux sociaux, épargne, crédit, etc.)

Démarche méthodologique

Méthodologie

Lieu d'étude :

Il s'agit de deux quartiers qui ont été tirés au sort parmi les onze quartiers de la commune II du district de Bamako, nous permettant ainsi d'avoir une vue plus ou moins globale de l'utilisation des services de santé dans la dite commune. Ces deux quartiers sont:

- Le quartier de Missira, limité au nord par la colline du point G, à l'est par le quartier d'Hyppodrome, au sud par le quartier de Quinzambougou et à l'ouest par le quartier de Médina coura. Il est réputé par la présence du CSREF (centre de santé de référence) de la commune II du district de Bamako.

- Le quartier de la Zone industrielle, limité au nord par le quartier d'Hyppodrome, à l'est par la commune I du district de Bamako, au sud par le fleuve Niger, à l'ouest par le quartier Téléphone sans fil, au nord ouest par le quartier de Bakaribougou et au sud ouest par la cité du Niger.

Type et période d'étude :

Il s'agit d'une enquête prospective ayant interressé les ménages des deux quartiers pré cités suivi d'une enquête prospective au sein des services de santé de niveau I des quartiers de Missira, Quinzambougou, Bakaribougou et Médina coura. Ces enquêtes ont duré sur une période allant du 1^{er} Mars 2008 au 31 Juin 2008 et se sont basées sur du porte à porte afin d'avoir les avis des ménages.

Echantillonnage :

L'étude a concerné 500 ménages d'où 250 ménages dans chacun des deux quartiers sous étude : Missira et la zone industrielle. Elle a également les restataires de service présents dans les centres de santé

de ces deux quartiers et environs ayant accepté de répondre aux questionnaires qui leur ont été adressés.

Critères de recrutement des cas :

Les critères d'inclusion à notre étude étaient:

- être chefs de ménage, femmes en âge de procréer (15-49 ans), enfant de 1mois à 7ans résidant dans l'un des deux quartiers pré cités et acceptant de répondre à nos questionnaires.
- être prestataires de soins exerçant dans l'une des structures médicales présentes au sein de la commune II de Bamako et acceptant de répondre à nos questionnaires.

Les critères de non inclusion étaient:

- être une personne ne voulant pas participer à notre étude.
- être un enfant de plus de 7 ans.
- être une personne ne résidant ni dans le quartier de Missira ni dans celui de la zone industrielle.
- être un prestataire de soins ne travaillant pas en Commune II du district de Bamako.

Collecte, stockage, saisie et analyse des données :

La collecte des données s'est faite grâce à un questionnaire adressé aux différentes personnes incluses dans l'étude. Le stockage des données a été fait dans la confidentialité.

Le document de thèse a été saisi sur le logiciel Microsoft Office Word 2007 et l'analyse des données collectées sur le logiciel SPSS version 12.0.

Résultats

Tableau VI : Répartition des chefs de ménages de chaque quartier en fonction de leur profession

Profession	Missira	Zone industrielle	Total
Agent de l'état	15 (6%)	15 (6%)	30 (6%)
Ouvrier et artisan	64 (25,6%)	180 (72%)	244 (48,8%)
Opérateur économique	106 (42,4%)	48 (19,2%)	154 (30,8%)
Enseignant	22 (8,8%)	2 (0,8%)	24 (4,8%)
Responsable de l'ordre	43 (17,2%)	5 (2%)	48 (9,6%)
Total	250 (100%)	250 (100%)	500 (100%)

χ^2 calculé= 123,131 > χ^2 théorique au seuil de 5% et de 1%.

On remarque qu'à Missira les chefs de ménages fréquentant plus les services de santé sont des opérateurs économiques (42,4% ; n=250) tandis qu'à la zone industrielle il s'agirait plutôt de la classe des ouvriers/artisans (72% ; n=250)

Tableau VII : Répartition des ménages de chaque quartier en fonction de leur utilisation ou non des services de santé

Utilisation des services de santé	Missira	Zone industrielle	Total
Ménages où tous utilisent	194 (77,6%)	173 (69,2%)	367 (73,4%)
Ménages n'utilisant pas	13 (5,2%)	20 (8%)	33 (6,6%)
Ménages où quelques uns en utilisent	43 (17,2%)	57 (22,8%)	100 (20%)
Total	250 (100%)	250 (100%)	500 (100%)

χ^2 calculé = 4,646 < χ^2 théorique au seuil de 5% et de 1%.

Les ménages dont tous les membres utilisaient les services de santé étaient en majorité aussi bien à Missira (77,6% ; n=250) qu'à la zone industrielle (69,2% ; n=250).

Tableau VIII : Répartition de la population selon leur quartier en fonction de leur perception de la gravité de la maladie comme décision de recours aux services de santé

Perception	Missira	Zone industrielle	Total
Grave	44 (5,8%)	538 (71,7%)	582 (38,8%)
Non grave	704 (93,9%)	111 (14,8%)	815 (54,3%)
Ca dépend	2 (0,3%)	101 (13,5%)	103 (6,9%)
Total	750(100%)	750 (100%)	1500 (100%)

χ^2 calculé= 945,932 > χ^2 théorique au seuil de 5% et de 1%.

A Missira, la plupart des ménages (93,9% ; n=750) avait recours aux services de santé même si la maladie n'était pas grave contrairement en zone industrielle où les ménages (71,7% ; n=750) n'avaient recours aux services de santé qu'en cas de gravité de la maladie.

Tableau IX : Répartition des ménages suivant les quartiers en fonction de leurs motifs de fréquentation des services de santé

Motifs	Missira	Zone industrielle	Total
Maladie quelconque	401 (53,47%)	398 (53,07%)	799 (53,3%)
Paludisme	78 (10,4%)	85 (11,33%)	163 (10,9%)
Vaccination	34 (4,53%)	17 (2,2%)	51 (3,4%)
Douleur aigue	80 (10,67%)	106 (14,1%)	186 (12,4%)
Consultations gynéco-obstétricaux	93 (12,4%)	71 (9,5%)	164 (11%)
Autres maladies citées	64 (8,53%)	73 (9,8%)	137 (9,2%)
Total	750 (100%)	750 (100%)	1500 (100%)

x^2 calculé= 13,155 > x^2 théorique au seuil de 5%

Parmi les ménages de Missira et de la Zone industrielle, ceux qui consultaient pour une maladie quelconque étaient plus nombreux soit respectivement 53,47% et 53,07% (n=750 pour les deux cas).

Tableau X : Répartition des ménages suivant leur quartier en fonction de la nature des prestations délivrées

Prestations	Missira	Zone industrielle	Total
Antipaludique	253 (33,73%)	138 (18,4%)	391 (26,07%)
Anti grippal	69 (9,2%)	37 (4,93%)	106 (7,07%)
Antalgique/ antibiotique/ AINS	45 (6%)	39 (5,2%)	84 (5,6%)
Antidiabétique hypotenseur	69 (9,2%)	13 (1,73%)	82 (5,47%)
Actes pédiatriques	58 (7,73%)	24 (3,2%)	82 (5,47%)
Anti diarrhéiques	33 (4,4%)	42 (5,6%)	75 (5%)
Actes gynécologiques	44 (5,87%)	59 (7,88%)	103 (6,86%)
Actes obstétricaux	38 (5,07%)	14 (1,87%)	52 (3,46%)
Soins chirurgicaux	22 (2,93%)	28 (3,73%)	50 (3,34%)
Aucun	50 (6,67%)	255 (34%)	305 (20,33%)
Oubli	21 (2,8%)	22 (2,93%)	43 (2,87%)
Autre	48 (6,4%)	79 (10,53%)	127 (8,46%)
Total	750 (100%)	750 (100%)	1500 (100%)

χ^2 calculé= 241,465 > χ^2 théorique au seuil de 5% et de 1%.

A Missira, les ménages ont reçu comme prestations plus d'antipaludiques que les autres soins (33,73% ; n=750) tandis qu'en Zone industrielle, les ménages estimaient n'avoir reçu aucun soin (34% ; n=750).

Tableau XI : Répartition des ménages suivant leur quartier en fonction des services de santé utilisés

Service de santé	Missira	Zone industrielle	Total
CSCOM	394 (52,53%)	507 (67,6%)	901 (60,1%)
Clinique	67 (8,93%)	52 (6,93%)	119 (7,9%)
CSREF	178 (23,74%)	174 (23,2%)	352 (23,5%)
Centre hospitalier	111 (14,8%)	17 (2,27%)	128 (8,5%)
Total	750 (100%)	750 (100%)	1500 (100%)

χ^2 calculé= 85,139 > χ^2 théorique au seuil de 5% et de 1%.

Nous remarquons que la plupart des ménages des deux localités utilisaient les CSCOM : Missira (52,53% ; n=750) et la Zone industrielle (67,6% ; n=750).

Tableau XII: Répartition des ménages suivant leur quartier en fonction du prix des services choisis

Prix	Missira	Zone industrielle	Total
Prix favorables	681 (90,8%)	433 (57,74%)	1114 (74,3%)
Prix non favorables	13 (1,8%)	183 (24,4%)	196 (13,1%)
Prix plus ou moins favorables	56 (7,4%)	134 (17,86%)	190 (12,7%)
Total	750 (100%)	750 (100%)	1500 (100%)

La plupart des ménages aussi bien à Missira (90,8% ; n=750) qu'en Zone industrielle (57,74% ; n=750) trouvait le prix du service choisi favorable.

Tableau XIII : Répartition des ménages suivant leur quartier en fonction de la perception de l'efficacité des soins reçus

Perception des soins	Missira	Zone industrielle	Total
Efficace	707 (94,27%)	744 (99,2%)	1451 (96,7%)
Non efficace	13 (1,73%)	5 (0,6%)	18 (1,2%)
Plus ou moins efficace	30 (4%)	1 (0,2%)	31 (2,1%)
Total	750 (100%)	750 (100%)	1500 (100%)

χ^2 calculé= 31,628 > χ^2 théorique au seuil de 5% et de 1%.

La majorité des ménages que ce soit à Missira (94,27% ; n=750) qu'en Zone industrielle (99,2% ; n=750) était satisfaite des soins reçus.

Tableau XIV: Répartition des ménages par quartier en fonction de leur appréhension du contact avec le personnel

Accueil	Missira	Zone industrielle	Total
Bon accueil	61 (8,2%)	539 (71,86%)	600 (40%)
Mauvais accueil	0 (0,0%)	17 (2,27%)	17 (1,1%)
Accueil plus ou moins bon	689 (91,8%)	194 (25,87%)	883(58,9%)
Total	750 (100%)	750 (100%)	1500(100%)

Pour les ménages de Missira (91,8% ; n=750), l'accueil du personnel soignant était plus ou moins bon ; contre ceux de la Zone industrielle (71,86% ; n=750) qui le jugeaient de bon.

Tableau XV : Répartition des ménages par quartier en fonction de leur appréciation sur les prix des soins et des consultations dans les services de santé

Prix	Missira	Zone industrielle	Total
Prix cher	15 (2%)	449 (59,87%)	464 (30,9%)
Prix accessible	735 (98%)	301 (40,13%)	1036 (69,1%)
Total	750 (100%)	750 (100%)	1500 (100%)

Pour les ménages de Missira (98% ; n=750), les coûts des soins et consultations étaient accessibles ; par contre ceux de la Zone industrielle (59,87% ; n=750) les trouvaient chers.

Tableau XVI : Répartition des ménages par quartier en fonction de leur satisfaction sur le service offert

Satisfaction	Missira	Zone industrielle	Total
Satisfait	674 (89,87%)	523 (69,7%)	1197 (79,8%)
Pas satisfait	6 (0,8%)	67 (9%)	73 (4,9%)
Plus ou moins satisfait	70 (9,33%)	160 (21,3%)	230 (15,3%)
Total	750 (100%)	750 (100%)	1500 (100%)

χ^2 calculé= 105,238 > χ^2 théorique au seuil de 5% et de 1%.

Les ménages de Missira (89,87% ; n=750) ont estimé leur satisfaction sur le service offert par les prestataires des soins de santé de même qu'en Zone industrielle (69,7% ; n=750).

Tableau XVII : Répartition des enfants recensés suivant leur quartier en fonction du sexe

Sexe	Missira	Zone industrielle	Total
Féminin	128 (51,2%)	131 (52,4%)	259 (51,8%)
Masculin	122(48,8%)	119 (47,6%)	241 (48,2%)
Total	250 (100%)	250 (100%)	500 (100%)

Le sexe ratio était de 1,075 en faveur du sexe féminin.

Tableau XVIII : Répartition des enfants suivant leur quartier respectif en fonction de leur âge

Age	Missira	Zone industrielle	Total
< 2 ans	55 (22%)	60 (24%)	115 (23%)
2 - 5 ans	154(61,6%)	151 (61,2%)	307 (61,4%)
➤ 5 ans	41 (16,4%)	37 (14,8%)	78 (15,6%)
Total	250 (100%)	250 (100%)	500 (100%)

x^2 calculé= 0,426 < x^2 théorique au seuil de 5% et de 1%.

Au sein des deux localités, les enfants de 2 à 5 ans étaient les plus concernés par les consultations médicales à proportions égales (61,6% et 61,2% ; n=250 pour les deux localités).

Tableau XIX : Répartition des femmes par quartier en fonction de l'âge

Age	Missira	Zone industrielle	Total
< 18 ans	16 (6,4%)	14 (5,6%)	30 (6%)
18 - 45 ans	227 (90,8%)	236 (94,4%)	463 (92,6%)
> 45 ans	7 (2,8%)	0 (0,0%)	7 (1,4%)
Total	250 (100%)	250 (100%)	500 (100%)

La tranche d'âge la plus représentée chez les femmes était celle allant de 18 à 45 ans, soit Missira (90,8% ; n=250) et la Zone industrielle (94,4% ; n=250).

Tableau XX : Répartition des prestataires par quartier en fonction du centre de santé où ils travaillent

Centre de santé	Missira	Autres	Total
CSCOM	0 (0,0%)	13 (100%)	13 (41,9%)
CSREF	16 (88,89%)	0 (0,0%)	16 (51,6%)
Clinique	2 (11,11%)	0 (0,0%)	2 (6,5%)
Total	18 (100%)	13 (100%)	31 (100%)

Autres = Bakaribougou, Quinzanbougou, Médina coura

La plupart des prestataires questionnés à Missira (88,89% ; n=18) travaillaient au CSREF tandis que pour les autres quartiers (100% ; n=13), ils exerçaient dans les CSCOM.

Tableau XXI : Répartition des prestataires suivant leur quartier en fonction de leur appréciation sur la réaction des usagers face à l'attente

Réaction	Missira	Autres	Total
Bonne	6 (33,33%)	6 (46,15%)	12 (38,7%)
Mauvaise	4 (22,23%)	3 (23,08%)	7 (22,6%)
Plus ou moins bonne	8 (44,44%)	4 (30,77%)	12 (38,7%)
Total	18 (100%)	13 (100%)	31 (100%)

Autres = Bakaribougou, Quinzanbougou, Médina coura

χ^2 calculé= 0,688 < χ^2 théorique au seuil de 5% et de 1%

44,44% des prestataires (n=18) pensaient que la réaction des usagers face à l'attente était plus ou moins bonne à Missira tandis que dans les

autres quartiers, la réaction des usagers était bonne selon les prestataires (46,15% ; n=13).

TABLEAU XXII : Répartition des prestataires par quartier en fonction de leur perception sur la suffisance des infrastructures mises à leur disposition

Suffisance des infrastructures	Missira	Autres	Total
OUI	1 (5,56%)	1 (7,7%)	2 (6,5%)
NON	8 (44,44%)	2 (15,38%)	10 (32,3%)
Plus ou moins	9 (50%)	10 (76,92%)	19 (61,3%)
Total	18 (100%)	13 (100%)	31 (100%)

Autres = Bakaribougou, Quinzambougou, Médina coura

χ^2 calculé= 2,922 < χ^2 théorique au seuil de 5% et de 1%.

Pour la plupart des avis des prestataires, soit 50% pour Missira (n=18) et 76,92% au niveau des autres quartiers (n=13), les infrastructures étaient jugées plus ou moins suffisantes.

Tableau XXIII : Répartition des prestataires suivant leur quartier en fonction de leur avis sur l'observance des patients

Perception de l'observance	Missira	Autres	Total
Bonne	17 (94,44%)	12 (92,31%)	29 (93,5%)
Mauvaise	1 (5,56%)	1 (7,69%)	16 (51,6%)
Total	18 (100%)	13 (100%)	31 (100%)

Autres = Bakaribougou, Quinzambougou, Médina coura

χ^2 calculé= 0,057 < χ^2 théorique au seuil de 5% et de 1

Pour la majorité des prestataires de Missira (94,44% ; n=18) comme dans les autres quartiers (92,31% ; n=13), l'observance aux traitements des patients était bonne.

Tableau XXIV : Répartition des prestataires par quartier en fonction de leur profil

Profil	Missira	Autres	Total
Médecin	5 (27,77%)	4 (30,77%)	11 (29%)
C E S	3 (16,67%)	0(0,0%)	3 (9,7%)
Interne	7 (38,89%)	0 (0,0%)	7 (22,6%)
Sage femme	2 (11,11%)	6(46,15%)	7 (25,84%)
Infirmier	1 (5,56%)	3 (23,08%)	4 (12,86%)
Total	18 (100%)	13 (100%)	31 (100%)

Autres = Bakaribougou, Quinzambougou, Médina coura

x^2 calculé= 12,633 > x^2 théorique au seuil de 5%

Parmi les prestataires questionnés à Missira les internes étaient plus nombreux (38,89% ; n=18) tandis qu'au niveau des autres quartiers, il s'agissait surtout des sages femmes (30,77% ; n=13).

Tableau XXV : Répartition des prestataires par quartier en fonction des efforts préconisés pour une amélioration de la qualité des services offerts

	Missira	Autres	Total
Aucun	7 (38,89%)	8 (61,5%)	15 (48,4%)
Mise dans de bonnes conditions	4 (22,22%)	3 (23,1%)	7 (22,6%)
Bonne sensibilisation de la population	2 (11,11%)	1 (7,7%)	3 (9,7%)
Amélioration de la qualité des prestations	1 (5,56%)	0 (0,0%)	1 (3,2%)
Motivation du personnel	2 (11,11%)	1 (7,7%)	3 (9,7%)
Recrutement du personnel qualifié	2 (11,11%)	0 (0,0%)	2 (6,5%)
Total	18 (100%)	13 (100%)	31 (100%)

Autres = Bakaribougou, Quinzambougou, Médina coura

A Missira, la plupart des prestataires (61,11% ; n=18) estimaient avoir besoin d'effort supplémentaire pour l'amélioration de la qualité des services, alors qu'au niveau des prestataires des autres quartiers, ils estimaient pour la plupart (61,5% ; n=13) n'avoir besoin d'aucun effort pour améliorer la qualité des services.

Tableau XXVI : Répartition des prestataires par quartier en fonction de la durée de leur permanence dans la semaine

Permanence	Missira	Autres	Total
Toute la semaine	18 (100%)	12 (92,31%)	30 (96,8%)
2 fois dans la semaine	0 (0,0%)	1 (7,69%)	1 (3,2%)
Total	18 (100%)	13 (100%)	31 (100%)

Autres = Bakaribougou, Quinzambougou, Médina coura

La plupart des prestataires aussi bien à Missira (100% ; n=18) que dans les autres quartiers (92,31% ; n=13) étaient de permanence pendant toute la semaine.

Tableau XXVII : Répartition des prestataires par quartier en fonction de leur apport de suggestion en vue d'améliorer le taux d'utilisation des services de santé par la population

Suggestions	Missira	Autres	Total
Non	8 (44,44%)	3 (23,08%)	11 (35,5%)
Oui	10 (55,56%)	10 (76,92%)	20 (64,5%)
Total	18 (100%)	13 (100%)	31 (100%)

Autres =Quinzambougou, Bakaribougou, Médina coura

x^2 calculé= 3,152 < x^2 théorique au seuil de 5% et de 1%.

La plupart des prestataires avaient tous des suggestions pour améliorer le taux d'utilisation des services de santé par la population, soit 55,56% à Missira (n=18) et 76,92% au niveau des prestataires questionnés dans les autres quartiers (n=13).

Commentaires et discussion

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Les limites de notre étude :

Au terme de notre étude rétrospective, comparative et analytique qui s'est déroulée du 1^{er} Mars au 31 Juin au sein des localités de Missira et de la Zone industrielle, nous avons pu questionner 500 ménages comportant chacun un chef de famille, un enfant et une femme en âge de procréer ; ainsi que 31 prestataires de soins exerçant au niveau de la commune II de Bamako. Notons toutefois que lors de notre échantillonnage, nous avons été confrontés à des difficultés pour la plupart liées à la non disponibilité des prestataires de soins surtout au niveau des structures privées. Ajouté à cela, notons la réticence de certaines jeunes femmes en âge de procréer face aux questionnaires.

Par rapport à l'identité de la population

Les chefs de ménages, les femmes en âge de procréer et les enfants étaient tous nombreux avec des proportions identiques respectivement de 32,6% des cas. Le fait que nous ayons enregistré des proportions identiques pour ces trois catégories sociales sous étude s'explique par le caractère très composite de nos ménages : soit un chef de ménage pour une ou plusieurs femmes et un ou plusieurs enfants sans compter les proches et les parents vivant dans le ménage. Il est à noter que nous n'avons pas eu de ménages sans enfants dans les deux quartiers. Quant aux prestataires de soins ils étaient en proportion très faible (2,02% des cas) car au cours de nos enquêtes nous nous sommes heurtés à la non disponibilité de certains ; surtout dans le CSREF de Missira et au refus d'autres de se soumettre aux questionnaires surtout dans les cliniques et services de santé privés des deux quartiers.

Par rapport aux chefs de ménages sur leur profession

Parmi les chefs de ménages de Missira, les opérateurs économiques étaient les plus nombreux soit 42,4% sur 250 chefs de ménage questionnés ; alors qu'en Zone industrielle c'étaient la classe des ouvriers/artisans soit 72% pour également 250 chefs de ménage questionnés. Ceci préfigure du niveau de revenus des ménages et de leur niveau d'instruction au sein des deux quartiers. Mais il est à noter que ces constats sont marqués par une différence significative car $x^2_{calculé} = 123,131 > x^2_{théorique}$ au seuil de 5% et de 1%.

Par rapport à l'utilisation ou non des services de santé suivant le nombre de personnes vivant dans le ménage

Aussi bien à Missira qu'en Zone industrielle les ménages dont tous les membres sont tous utilisateurs des services de santé étaient les plus représentés soit respectivement 77,6% et 69,2% (n=250 pour chacun des quartiers). Mais, il est à remarquer que le taux à Missira est supérieur à celui de la Zone industrielle. Mariko B. [19] trouva elle, un taux d'utilisation plus élevé soit 90,2% des cas. Ici, la différence n'est pas significative puisque $x^2_{calculé} = 4,646 < x^2_{théorique}$ au seuil de 5% et de 1%.

Par rapport à la perception de la gravité de la maladie comme décision de recours aux services de santé par les ménages

A Missira, 93,9% de la population estiment recourir aux services de santé même si la maladie n'est pas grave ; tandis qu'en Zone industrielle, la plupart des ménages soit 71,7% de la population estiment y recourir qu'en cas de maladie grave. En réalité, le comportement des individus face à la maladie ne peut être négligé et la première réaction devant les premiers signes est l'observation. Le fait

de penser que la consommation du bien de santé n'est pas une priorité d'une part et de l'autre les possibilités financières limitées influencent beaucoup la décision de recours aux soins en cas de maladie non gravissime [16]. En témoigne la différence significative $\chi^2_{\text{calculé}} = 945,932 > \chi^2_{\text{théorique}}$ au seuil de 5% et de 1%.

Par rapport aux motifs de consultation

Les consultations pour une maladie quelconque étaient plus élevées dans les deux quartiers ; soit 53,47% à Missira et 53,07% en Zone industrielle de la population étudiée avec une différence significative $\chi^2_{\text{calculé}} = 13,155 > \chi^2_{\text{théorique}}$ au seuil de 5% mais elle n'est pas significative au seuil de 1%.

Par rapport à la répartition des ménages selon la nature des prestations reçues

A Missira, les antipaludiques représentaient la proportion la plus élevée de prestations reçues par les ménages durant ces 4 derniers mois, soit 33,73% de la population. Mais force est de constater que les prestations ici offertes sont très variées ; ce qui témoigne d'un bon indice en matière d'amélioration du pronostic de fréquentation des services de santé par la population de Missira. Alors qu'en Zone industrielle, nous avons 34% de la population qui affirment n'avoir reçu aucune prestation durant ces trois derniers mois pour cause qu'ils attendent toujours que la maladie s'aggrave d'une part, ou trouvant les prix chers et le déplacement long voire fatigant d'autre part.

Ces différents résultats sont caractérisés par une différence significative $\chi^2_{\text{calculé}} = 241,465 > \chi^2_{\text{théorique}}$ au seuil de 5% et de 1%.

Par rapport aux services de santé utilisés par les ménages de chaque quartier

La plupart des ménages enquêtés que ce soit de Missira qu'en Zone industrielle, utilise les CSCOM comme service de santé usuel, soit respectueusement 52,53% et 67,6% de leur population. Nos résultats sont similaires à ceux de Kanta K. [17] qui elle trouva 50,2% des cas. Il est également à remarquer que les CSREF ne sont pas à négliger vue que durant les enquêtes la plupart des femmes en âge de procréer préfèrent aller au CSREF pour leur consultation gynécologique surtout dans les ménages de Missira. Ici également la différence est significative $\chi^2_{calculé} = 85,139 > \chi^2$ théorique au seuil de 5% et de 1%.

Par rapport à la perception de l'efficacité des soins reçus

La quasi-totalité des populations des deux quartiers trouvent que les soins qui leurs sont prodigués dans les différentes structures utilisées sont efficaces ; soit 94,27% à Missira et 99,2% en Zone industrielle. Selon Kanté N. et al [16] dans une étude à Koulikoro, 55,6% de la population de la région trouvait les soins efficaces. La différence est significative $\chi^2_{calculé} = 31,628 > \chi^2$ théorique au seuil de 5% et de 1%.

Par rapport à l'appréciation des prix de soins + consultations

A Missira, nous remarquons que la quasi-totalité des ménages trouvent les prix accessibles, soit 98% de la population étudiée. Tandis qu'en Zone industrielle la plupart des ménages, soit 59,87% de la population étudiée, trouvent les prix chers. Ceci s'explique surtout par le fait que les niveaux de vie des chefs de famille des deux quartiers comme le démontre le tableau VI sur les professions, est plus bas en Zone industrielle qu'à Missira. Selon toujours Kanté N. et al [16] dans

l'étude à Koulikoro, 55,6% des cas étudiés trouvaient les prix abordables.

Par rapport à la qualité de l'accueil du personnel soignant

Nous remarquons qu'à Missira, selon l'avis de la plupart des ménages, soit 91,8% des cas, l'accueil par le personnel soignant était plus ou moins bon. Mais pour les ménages de la Zone industrielle, soit 71,86% du total des cas, l'accueil par le personnel soignant est bon. Dans l'étude de Kanta K. [17], 73,7% des usagers du CSCOM déclaraient que le médecin soignant leur a manifesté beaucoup d'attention et de considération.

Par rapport à la satisfaction des usagers par rapport aux soins reçus

Les ménages des deux quartiers ont déclaré être satisfaits des soins reçus, soit 89,87%% des ménages à Missira contre 69,7% des ménages de la Zone industrielle avec une différence significative χ^2 calculé= 105,238 > χ^2 théorique au seuil de 5% et de 1%. Ces résultats sont similaires à ceux de Kanta K. [17] qui rapporta 75% de satisfaction des usagers. De façon générale, la satisfaction des usagers se rapporte à la perception qu'ils ont des soins qui leur sont délivrés.

Par rapport à l'âge des enfants

A Missira tout comme en Zone industrielle, on a remarqué que les enfants âgés de 2 à 5 ans étaient les plus représentés dans l'échantillon, soit respectivement 61,6% et 61,2% des cas étudiés avec une différence non significative χ^2 calculé= 0,426 < χ^2 théorique au seuil de 5% et de 1%. Kanta K. trouva une proportion de 9,7% pour

des enfants âgés de 15 à 19 ans [17]. On en retient alors que la plupart des ménages des deux quartiers envoient leurs enfants au centre de santé lorsque ceux-ci sont dans la tranche d'âge comprise entre 2 à 5 ans.

Par rapport à l'âge des femmes en âge de procréer

Nous remarquons qu'ici également aussi bien à Missira qu'en Zone industrielle la tranche d'âge la plus observée parmi les femmes en âge de procréer est celle de 18 à 45 ans ; soit respectivement 90,8% contre 94,4% des cas étudiés, avec une différence significative χ^2 calculé = 7,308 > χ^2 théorique au seuil de 5% et une différence non significative au seuil de 1%.

Par rapport au sexe des enfants

Sur le sexe chez les enfants, le sexe ratio était de 1,075 en faveur du sexe féminin. Kanta K. au cours de son étude trouva un ratio égal à 2,46 en faveur du sexe féminin [17].

Par rapport au profil du prestataire

On remarque qu'à Missira le taux d'internes est supérieur aux autres profils de prestataires questionnés, soit 38,89% du total des prestataires. Tant qu'aux autres quartiers : Quinzambougou, Bakaribougou et Médina coura, on remarque qu'ici le profil est axé sur les sages femmes, puisqu'il ne s'agit que de CSCOM ; soit 46,15% des prestataires questionnés. Toutes ces remarques sont caractérisées par une différence significative χ^2 calculé = 12,633 > χ^2 théorique au seuil de 5% et une différence non significative au seuil de 1%.

Par rapport à l'avis des prestataires sur la réaction des usagers face à l'attente

Nous remarquons que 44,44% des prestataires pensent que la réaction des usagers est plus ou moins bonne à Missira tandis que dans les autres quartiers la réaction des usagers est bonne selon les prestataires soit 46,15% des cas. Ces hypothèses sont caractérisés par une différence non significative χ^2 calculé= 0,688 < χ^2 théorique au seuil de 5% et de 1%. Dans l'étude de Kanta K., 91% des usagers trouvaient l'attente acceptable selon les prestataires [17]. De façon générale, la réactivité des usagers aux soins se mesure à l'accueil par les prestataires ainsi que leur considération et compassion envers les usagers.

Par rapport à la suffisance des infrastructures ou pas selon l'avis des prestataires

Pour la plupart des avis, soit 50% du total des cas de prestataires questionnés pour Missira et 76,92% pour les quartiers : Quinzambougou, Bakaribougou, Médina coura ; les infrastructures étaient jugées plus ou moins suffisantes (équipements et qualité confondus) par les prestataires avec une différence non significative χ^2 calculé= 2,922 < χ^2 théorique au seuil de 5% et de 1%.

Par rapport à l'observance des patients après consultation et prescription

Pour la majorité des prestataires que ce soit à Missira comme dans les autres quartiers soit respectivement 94,44% et 92,31% des cas, l'observance des patients était bonne avec une différence non significative χ^2 calculé= 0,057 < χ^2 théorique au seuil de 5% et de 1%. Ceci peut être considéré comme un indicateur d'espoir sur l'augmentation du taux l'utilisation des services de santé puisque plus les ménages suivront les conseils et thérapies, plus ils auront confiance aux prestataires ce qui entraînera une hausse du taux d'utilisation.

Par rapport aux suggestions et attentes selon les prestataires pour améliorer l'utilisation des services par les usagers

Pour la majorité des prestataires que ce soit à Missira comme dans les autres quartiers soit respectivement 53,56% contre 76,92% des prestataires questionnés, plusieurs suggestions furent énoncées pour une amélioration de l'utilisation des services de santé par les usagers avec une différence non significative χ^2 calculé= 3,152 < χ^2 théorique au seuil de 5% et de 1%. Il s'agit : d'une bonne sensibilisation de la population, une amélioration de la qualité des prestations, une motivation du personnel en augmentant par exemple les salaires, un recrutement de personnels qualifiés, un meilleur équipement des centres et enfin un bon accueil des patients.

Conclusions

CONCLUSION

La présente étude sur l'utilisation des services de santé par la population au sein de la commune II du district de Bamako, bien qu'elle ne soit pas une première, a l'avantage de poser concrètement des pistes de réflexions pouvant découler sur l'appréciation de la qualité des soins au niveau des CSCOM, CSREF et clinique de la dite commune et sur l'idée que fait la population des services de santé. Il s'agissait au fait d'une étude comparative entre deux quartiers de la dite commune : Missira et la Zone industrielle.

Au vue de nos différentes enquêtes, il est à retenir que la commune II est caractérisée par une diversité de réflexions de chaque ménage. C'est ainsi que nous remarquons qu'à Missira, quartier populaire dont le niveau de vie est relativement élevé vu que la plupart des chefs de ménage sont des opérateurs économiques ; le taux d'utilisation des services de santé en particulier les CSCOM et le CSREF (surtout par les femmes en âge de procréer et leurs enfants) par les membres des ménages est élevé. Les soins qui y sont reçus ces derniers mois sont pour la plupart des antipaludiques d'où raison est de croire qu'il s'agit d'une zone à forte expansion paludique. Les habitants, malgré leur modeste condition de vie essaient d'envoyer leurs enfants le plus souvent âgés de 2 à 5 ans au centre de santé en présence d'une maladie quelconque ; trouvant également le coût des services accessibles. Quant à la Zone industrielle, quartier beaucoup plus éloigné, il en ressort que le niveau de vie et d'instruction relativement bas, a pour conséquence un faible taux de fréquentation des services de santé de niveau I. ici, les services de santé sont le plus souvent utilisés en cas de gravité de la maladie. Ajouté à cela, il est à noter le manque de sensibilisation et d'information puisqu'il n'y a pas de services de santé communautaires ; d'où obligations aux populations

du quartier de se référer aux CSCOM des alentours ou au CSREF de Missira ; en témoignent de nombreux ménages de la Zone industrielle. Cette obligation ajoutée aux conditions de vie, sont des facteurs obligeant les populations de la Zone industrielle à demander des aides quelconques surtout financiers à l'Etat afin d'améliorer leur taux d'utilisation des services de santé, vu qu'ils considèrent que les prix des soins et du transport reviennent chers.

Quant aux services de santé ; sur le plan qualité, le paquet minimum d'activités est bien assuré bien que même si dans sa globalité certains soins ne sont pas assurés aux quotidiens comme le prévoit la politique nationale de santé. Il s'agit de la planification familiale et l'éducation sanitaire. La permanence des soins est par contre bien assurée même si pour certains usagers, le temps d'attente paraît long. Plus de la moitié des usagers trouvent l'accueil plus ou moins bon et la plupart sont satisfaits des soins reçus. Pour la qualité technique, bien que nous ayons abordé ce plan de façon superficielle, celle-ci se traduit par un personnel plus ou moins qualifié et disponible dont le nombre est pratiquement le même dans les CSCOM visités. Les locaux sont disponibles et l'équipement technique est plus ou moins au-delà des besoins du PMA actuellement offert. Au vue de toutes ces remarques, les prestataires suggèrent alors pour une meilleure amélioration de la qualité des soins et une augmentation du taux d'utilisation de la population plusieurs idées dont les plus importantes sont : une bonne sensibilisation de la population, l'amélioration de la qualité des prestations en recrutant des personnels qualifiés et disponibles, une motivation du personnel en augmentant par exemple les salaires, une augmentation du personnel pour une meilleure prise en charge des usagers , un meilleur équipement des centres permettant de réaliser les gestes médicaux et chirurgicaux justes et précis, un bon accueil et une disponibilité totale vis-à-vis des patients, et enfin une aide

financière quelconque permettant d'amortir le prix des soins et / ou consultations.

Au total, le point sensible de notre étude se penche surtout dans le cadre d'une amélioration du taux d'utilisation des services de santé par les habitants de la Zone industrielle ; puisque à part les cliniques privées dont les prix sont relativement chers, nous n'y trouvons aucun autre service de santé communautaire ; d'où risque de forte mortalité puisqu'il faut attendre une gravité du mal pour essayer de se rendre dans un service de santé de niveau I présent dans les quartiers les plus proches. Cette remarque nous interpelle pour que nous essayons de trouver des approches de solutions afin de résoudre ce problème.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS:

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

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

Au plan opérationnel

À l'endroit des autorités sanitaires et partenaires financiers :

- Améliorer le taux de scolarisation de la population.
- Appuyer la création d'une mutuelle de santé pour améliorer l'utilisation des services de santé, facteur d'amélioration de la qualité de l'offre de soins et de lutte contre la pauvreté.
- Equiper les centres de santé communautaire.
- Construire un bloc de maternité à part pour renforcer la qualité de l'offre de soins dans un contexte de confidentialité plus affirmé au niveau des CSCOM.
- Recycler le personnel de santé à travers la formation continue et la formation en gestion administrative et financière.
- Essayer de mettre en place un projet de construction de CSCOM pour le quartier de la Zone industrielle.

À l'endroit du personnel de santé :

- Informer et sensibiliser les populations sur l'importance de la consultation prénatale, les accouchements au CSCOM, la vaccination, la planification familiale, les examens et bilans généraux surtout au niveau des ménages de la Zone industrielle.
- Afficher les prix des médicaments essentiels, des prestations, et les horaires de services afin de fixer les patients.

- Assurer une meilleure gestion des médicaments et vaccins pour éviter les ruptures.
- Améliorer la qualité de l'accueil notamment au niveau de la maternité.
- Assurer la globalité des soins à travers la pratique systématique de l'examen clinique dans son ensemble pour tous les patients et en évitant les occasions manquées dans le domaine de la santé de la reproduction.

À l'endroit des responsables des centres de santé de niveau I de la commune II de Bamako :

- Obtenir l'agrément pour le CSCOM au niveau de la Zone industrielle ; si possible ouvrir une pétition.
- Améliorer les conditions de travail du personnel de santé.
- Organiser des tournées de sensibilisation dans l'ensemble des quartiers de la commune II du district surtout en Zone industrielle afin d'améliorer la fréquentation du CSCOM.
- Améliorer la performance technique des agents de santé à travers des séances de formation au sein des CSCOM et CSREF.

À l'endroit des ménages :

Informer et sensibiliser votre entourage de l'importance de l'utilisation des services de santé (CSCOM, CSREF, clinique, centre hospitalier) et de l'inconvénient de l'automédication traditionnelle ou personnelle, de « pharmacie 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:

- Quels sont les déterminants de la sous fréquentation ayant une implication dans la qualité des soins ?
- Quels sont les principaux déterminants de la qualité technique des soins au niveau des formations sanitaires nationales : quels modèles ?
- Les CSCOM peuvent-ils offrir des services de qualité tout en assurant leur capacité de recouvrement des coûts ?

Références bibliographiques

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Annuaire statistiques du système d'information sanitaire DNSP de 1992 à 2000 et rapports d'activités du centre national des immunisations
- 2- Audibert M., De Roodenbeke E.,
Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : analyse de la situation et perspectives, 2005, p 13-14,20, 27-28,49-51,73
- 3- Audibert M., De Roodenbeke Es, Mathonnat J.,
Utilisation des services de santé en Afrique : «l'approche communautaire en termes d'offre de soins est – elle une réponse? » Développement durable et santé dans les pays du sud ; Paris Lyon, Décembre 2004.
- 4- Dagnoko A.,
Connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de soins aux enfants malades dans le centre de santé de référence de la commune II, IV, V du district de Bamako, thèse médecine Bamako 2006
- 5- Diakité B.D., Diarra T., Traoré S.,
recours aux soins et consommation médicale dans le quartier de Bankoni ; in J.Brunet-Jailhy(ed), se soigner au Mali, Paris,Karthala/ORSTOM, 153-175.2005
- 6- Direction nationale de la santé, ministère de la santé Mali 2002 : utilisation des services de santé de niveau1 au Mali ; Annuaire SLIS2002.
- 7- Dongmo Djoutsop R L.,
Etude de la qualité des consultations curatives et prénatales au centre de santé communautaire de l'Hyppodrome en commune II du district de Bamako, thèse de médecine Bamako FMPOS, 2005 ; 63p.

8- Elli R.P.(2000), Chawla M. ; the impact of financing and quality changes on health care demand in Niger , Health policy and planning, 15 ,1 :76-84.

9- Elté J. (1999)

Qu'attendre du savoir des malades sur leur maladie ? in J-Brunet-Jailly(ed), Santé en capitales, la dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines, Abidjan, CEDA, p277-300.

10- Enquêtes démographiques et de santé du Mali, 2001, CPS-santé, DNSI, ORC-macro ; juin 2002.

11- Enquête démographique et de santé du Mali : indicateurs de santé ministère de la santé, cellule de planification et de statistiques, direction nationale de la statistique et de l'informatique, P 450(2006).

12- Fomba D.,

Hypertension artérielle et grossesse dans le service de gynéco obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako, thèse médecine Bamako 2006

13- Fournier P, Haddad S.,

Dimension de la qualité des services de santé en Afrique au sud du Sahara, in Brunet- Jailly, J(ed), Innover dans les systèmes de santé : Expérience d'Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala, 1997, p275-278, p435.

14- Jaffré Y., Sardan O. (2003),

Une médecine inhospitalière, Paris, APAD, Karthala, p.462.

15- Kadjoke M., A. G.Ikane A., Kanté 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, p118.

16- Kanté N., Soumaré N'diaye-Niangalia

Qualité des soins dans les centres de santé communautaire de la région de Koulikoro (république du Mali) ; INRSP, mai 1997, p6.

17- 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 de médecine Bamako FMPOS, 2007.

18- Mairie de la commune II du district de BAMAKO : la commune II du district de Bamako ; situation géographique et présentation (2008)

19- Mariko B.,

Evaluation de l'association de santé communautaire de Daoudabougou, thèse de médecine, Bamako FMPOS, 2005.

20- Maricko M. (2003),

Accès aux soins de qualité : résultats d'une étude empirique menée à Bamako (Mali), in M.Andibert ; J.Mathonnat, E. de Roodenbeke(eds), le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faibles revenus ; 41-58.

21- Masmar, W. Khoury, H.Nassif,

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

22- Ministère de la santé, secrétariat permanent du PRODESS, CPS santé 2002.

23- Nyonator F., Kutzin J.,

Health for some ? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana, in Audibert M. , Mathonnat J., de Roodenbeke E. (eds) ; le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu, Paris, Karthala, 97-118.

24- Organisation mondiale de la santé «utilisation des structures de soins en Afrique » rapports annuels 1987-2004.

25- Sissoko H.,

Aspects liés à l'utilisation des accoucheuses traditionnelles au Mali, maître en sciences santé communautaire, mai 2000.

26- Touré L. (2002),

Recherche socio-anthropologique sur la politique communautaire et son acceptabilité par la population dans la zone sanitaire de S élingué, rapport final ; médecins sans frontières Luxembourg ; MSF/L.

27- Traoré M.,

Qualité de la consultation médicale en commune V, VI du district de Bamako ; thèse de médecine fmpos, 2001.

28- Vangenderhuysen C. Kader L.A., de Groof D., Nayama M. (1999), La mortalité maternelle à Niamey pour une analyse globale ; in J. Brunet Jaily(ed), santé en capitales, la dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines, Abidjan CEDA, 29-46.

Annexes

FICHE D'ENQUETE A L'ADRESSE DES PRESTATAIRES DE SOINS

Identification du prestataire

1. N° d'enquête :
2. Quartier :
3. Centre de santé :
4. Profil du prestataire :
 - Médecin
 - CES
 - Interne
 - Sage-femme
 - Infirmier

Organisation du travail

5. Quand est-ce que vous êtes de permanence ?
6. Quand est-ce que vous êtes de garde ?
7. Comment réagissent les usagers face à l'attente ?
 - Bien
 - Mal
 - Bof
8. Y a-t-il des aides quelconques pour faciliter les paiements des soins ?
 - Oui
 - Non
9. Avez-vous des suggestions pour améliorer l'organisation du travail ?
 - Oui
 - Non

Si oui, lesquelles ?

Motivation du personnel soignant

10. Est-ce que les infrastructures mises à votre disposition (matériels, bâtiments, salles, eau, toilettes) vous semblent suffisantes pour le service ?

- Oui
- Non
- Plus ou moins

11. Y a-t-il un bon suivi du traitement prescrit par les usagers du service ?

- Oui
- Non

12. Avez-vous des attentes à mentionner ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles ?

Merci de nous avoir accordé une partie de votre temps.

- Centre hospitalier

13. Les prix des consultations vous sont-ils favorables dans le service de votre choix ?

- Oui
- Non

14. Les soins qui vous sont prodigués sont-ils efficaces ?

- Oui
- Non

15. Comment trouvez-vous le contact avec le personnel ?

- Bien
- Mal
- plus ou moins

16. Comment trouvez-vous le prix des consultations et des soins ?

- Cher
- Accessible

17. Etes-vous globalement satisfaits du service offert ?

- Oui
- Non

Merci de nous avoir accordé une partie de votre temps.

FICHE D'ENQUÊTE A L'ENDROIT DES FEMMES EN ÂGE DE PROCREER

1. N° d'enquête :

2. Quartier :

3. Concession :

4. N° ménage :

5. Age :

6. Antécédents gynéco-obstétricaux :

7. Quels sont les motifs de fréquentation des services de santé ?

8. Faut-il attendre que la maladie se complique avant toute consultation ?

- Oui
- Non

9. Quelles sont les maladies dont vous avez souffert au cours de ces 3 derniers mois ?

10. Quels sont les soins qui vous ont été délivrés par le personnel soignant par rapport à ces maladies dont vous avez souffert au cours de ces 3 derniers mois et dont vous venez de parler ?

11. Quel service de santé utilisez-vous ?

- CSCOM
- Clinique
- CSREF
- Centre hospitalier

12. Les prix des consultations vous sont-ils favorables dans le service de votre choix ?

- Oui
- Non

13. Les soins qui vous sont prodigués sont-ils efficaces ?

- Oui
- Non

14. Comment trouvez-vous le contact avec le personnel soignant

- Bien
- Mal
- Plus ou moins bien

15. Comment trouvez-vous le prix des consultations et des soins ?

Cher

Accessible

16. Etes-vous satisfait du service offert ?

Oui

Non

17. Que proposez-vous pour l'amélioration des prestations ?

Merci de nous avoir accordé une partie de votre temps.

FICHE D'ENQUETE DE L'ENFANT MALADE
(A administrer au parent ayant la charge de l'enfant)

N° d'enquête :

Quartier :

Concession :

N° ménage :

5. Age :

6. Sexe : féminin

masculin

7. Quels sont les motifs de fréquentation des services de santé ?

8. Attendez-vous que la maladie s'amplifie avant toute consultation ?

Oui

Non

9. Quelles sont les maladies dont votre enfant a souffert au cours de ces 30 derniers jours ?

10. Quels sont les soins dont il a bénéficié de la part du personnel soignant par rapport à ces maladies dont vous venez de parler ?

11. Quel service de santé utilisez-vous ?

CSCOM

Clinique

CSREF

Centre hospitalier

12. Les prix des consultations vous sont-ils favorables dans le service de votre choix ?

Oui

Non

13. Les soins qui vous sont prodigués sont-ils efficaces ?

Oui

Non

14. Comment trouvez-vous le contact avec le personnel soignant
- Bien
- Mal
- Plus ou moins bien
15. Comment trouvez-vous le prix des consultations et des soins ?
- Cher
- Accessible
16. Etes-vous satisfait du service offert ?
- Oui
- Non

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : **ZOUMENOU**

Prénom : **Alcibiade Modeste G. S.**

Titre : 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.

Année universitaire : 2007-2008

Pays d'origine : Bénin

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

Secteur d'intérêt : Médecine

Résumé : Il s'agit d'une étude rétrospective et comparative qui s'est déroulée au sein de la commune II du district de Bamako dans les quartiers de Missira et de la Zone industrielle. Cette étude était portée sur l'utilisation des services de santé par la population de la dite commune et avait comme objectifs spécifiques : l'identification de la nature des services offerts dans la commune II du district de Bamako, l'identification des déterminants d'utilisation des services dans la dite commune et la détermination du taux de satisfaction des usagers de service.

La taille de notre échantillon était de 1531 cas ; soit 250 chefs de ménage, 250 femmes, 250 enfants pour chacun des deux quartiers et 31 prestataires de soins.

A Missira, la plupart des chefs de ménages sont des opérateurs économiques à 42,4% de la population ; le recours aux services de santé pour 93,4% des ménages étudiés ne dépendait pas de la gravité de la maladie ; les antipaludiques représentaient les prestations les plus reçues durant ces quatre derniers mois ; 98% de la population

trouvait les prix des soins accessibles ; 91,8% était plus ou moins satisfait de l'accueil reçu dans les différents services et enfin 89,87% des ménages était satisfait des soins reçus.

A la Zone industrielle, la plupart des chefs de ménages (72% des cas) était des ouvriers ou artisans ; le recours aux services de santé pour 71,7% de la population étudiée était fonction de la gravité de la maladie ; 34% de la population estime n'avoir reçu aucune prestation ces quatre derniers mois ; 59,87% des ménages trouvait les prix des soins chers même si 71,86% des ménages jugeait l'accueil reçu aux services de santé de bon ; 69,7% des ménages ont déclaré être satisfaits des soins reçus dans les différentes structures sanitaires.

Quant aux services de santé, il est à noter la non présence de CSCOM (service de santé le plus utilisé dans les deux quartiers) au sein de la Zone industrielle. La permanence des soins ainsi que le paquet minimum d'activités sont bien assurés. Les prestataires soit 44,44% à Missira et 46,15% dans les quartiers les plus proches de la Zone industrielle trouvent la réaction des usagers face à l'attente de plus ou moins bonne. La majorité d'entre eux trouve l'observance des patients bonne ; soit 94,44% des prestataires questionnés au CSREF de missira contre 92,31% des autres services de santé étudiés au niveau des quartiers les plus proches de la Zone industrielle. Aussi, la plupart d'entre eux ont eu des suggestions pour une nette amélioration de l'utilisation des services de santé

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 !