

**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

**RÉPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi**

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

**FACULTÉ DE MÉDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO STOMATOLOGIE (FMPOS)
ANNÉE ACADÉMIQUE 2010 - 2011**

ANNEE ACADEMIQUE : 2011-2012

THESE N° _____/

**UTILISATION DES SERVICES DE SANTE DANS LA
COMMUNE URBAINE DE SAN ET DANS LA COMMUNE
RURALE DE N'TOROSSO (CERCLE DE SAN)**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le...../..... 2011

Devant

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

Par MONSIEUR SEKOU SIDIKI TRAORE

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

Membres du jury :

Président: Pr SEKOU FANTAMADY TRAORE

Membres: Dr ALY CISSE

Dr MOUSSA ABDRAMANE SAMAKE

Directeur de thèse : Pr SAMBA DIOP

DEDICACE

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

A mon père **Sidiki TRAORE**

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

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

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent :

Atout le personnel de santé dans le cercle de San, Ce travail est le fruit de votre soutien technique et moral. Retrouvez ici l'expression de toute ma profonde gratitude.

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

A ma mère Lafia Coulibaly

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

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

A ma fiancée Fatoumata Sékou Tawati et mon cher enfant

Il me manque de superlatif dans le vocabulaire français pour te remercier de tout cet amour et de toute cette affection que tu as toujours eu pour moi malgré les multiples difficultés que nous avons traversé ensemble.

Je prie le bon Dieu par qui tout est fait pour que notre amour soit éternel.

A tous et à toutes mes amis (es)

De peur d'en oublier, je préfère ne pas les citer comme le dit un adage, c'est pendant les moments les plus pénibles qu'on connaît ses vrais amis, vous m'avez aidé quotidiennement à oublier mes problèmes. Je vous dis simplement un grand Merci.

Que l'amitié qui nous lie soit toujours sincère.

A Cheick Oumar Traore et famille, je ne saurai vous remercier assez, tous mes respects.

A mes frères Diadié Traoré et Seybou

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

A mes petites sœurs

Soyons unis pour porter haut le nom de la famille. Ce travail n'est qu'un exemple, je pense que vous ferez mieux que moi. Sachez que je vous aime très fort.

A mes cousins et cousines

Veillez recevoir l'expression de ma profonde gratitude.

A mon oncle Souleymane Coulibaly et à sa famille à Sikasso pour votre soutien moral et matériel.

Retrouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A la famille feu Baba Daou à San, merci pour ton amabilité et ta disponibilité.

A la famille seydou Traore à Bamako pour sa disponibilité et son accueil, tous mes respects

A mes oncles et mes tantes

Merci infiniment pour votre soutien sans faille. Je suis reconnaissant

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

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

A tous ceux qui manifestent des sentiments à mon égard.

HOMMAGE AUX JURY

L'utilisation des services de santé dans la commune urbaine de San et dans la commune rurale de N'torosso.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

PROFESSEUR SEKOU FANTA MADY TRAORE

MAITRE DE CONFERENCE EN ENTHOMOLOGIE

PROFESSEUR DE BIOLOGIE A LA FMPOS

Homme de science réputé, c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre dévouement, votre esprit d'écoute et votre sens de l'humanisme font de vous un Maître admiré par tous.

Trouvez ici l'expression de notre gratitude.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

DOCTEUR AIY CISSE

Medecin directeur du CSCOM de Sogoninko

Cher Maitre, nous vous sommes infiniment reconnaissant d'accepter de siéger dans ce jury. Votre disponibilité, votre sens du travail bien fait font de vous un maitre de référence.

Cher Maitre , recevez, ici, l'expression de notre reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

DOCTEUR MOUSSA A SAMAKE

Médecin chef adjoint du cs réf de San.

Cher Maître,

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

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

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

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

PROFESSUER SAMBA DIOP

MAITRE DE CONFERENCE EN ANTHROPOLOGIE MEDICALE.

ENSEIGNANT CHERCHEUR EN ECOLOGIE

HUMAINE ,ANTHROPOLOGIE ET ETHIQUE PUBLIQUE/SOCIALE A
LA FMPOS.

RESPONSABLE DE LA SECTION SCIENCES HUMAINES ,SOCIALES
ET ETHIQUES DU SEREFO -centre VIH -TB et NAID.

Vous nous avez honoré en acceptant d'être le directeur de cette thèse.

Votre exigence du travail bien fait, votre rigueur mais surtout votre simplicité et votre accessibilité nous ont séduit. C'est l'occasion pour nous de vous dire merci, cher Maître, pour tout ce que nous avons appris auprès de vous. Que Dieu vous donne une longue vie.

Soyez assuré cher maître de notre gratitude et de notre profond respect.

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

ASACO : Association de santé communautaire
AG : Assemblée générale
CA : Conseil d'administration
CAM : Convention d'assistance mutuelle
CG : Conseil de gestion
CS : Centre de Santé
CSA : Centre de Santé d'arrondissement
CSAR : Centre de Santé d'arrondissement revitalisé
CScom : Centre de Santé Communautaire
CPN : Consultation prénatale
CSREF : Centre de Santé de Référence
DCI : Dénomination commune internationale
EDS : Enquête Démographique et de Santé
FENASCOM : Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
IB : Initiative de Bamako
Km : Kilomètre
MS : Ministère de la Santé
ONG : Organisation non gouvernementale
PDDSS : Plan décennal de développement socio- sanitaire
PMA : Paquet minimum d'activités
PRODESS : Programme de développement socio sanitaire
RGHP : Recensement Général de la Population et de l'Habitat
TS : Technicien de Santé
TSS : Technicien Supérieur de Santé

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I : Répartition des participants selon le sexe

TABLEAU II : Répartition des participants selon le niveau d'instruction

TABLEAU III : Répartition des participants selon la distance qui les sépare du centre de santé

TABLEAU IV : Répartition des participants selon le moyen d'accès au centre de santé

TABLEAU V : Répartition des participants selon la durée du trajet

TABLEAU VI : Répartition des participants selon la fréquentation du centre de santé

TABLEAU VII : Répartition des participants selon l'accès à l'information

TABLEAU VIII : Répartition des participants selon leurs plaintes à-propos du centre de santé

TABLEAU IX : Répartition des participants selon la satisfaction à l'accueil

TABLEAU X : Répartition des participants selon l'existence de centre de santé

TABLEAU XI : Répartition des participants selon leur association à la gestion du centre

TABLEAU XII : Répartition des participants selon leur fréquentation du centre en cas de maladie

TABLEAU XIII : Répartition des participants selon d'autre recours en dehors du centre de santé

TABLEAU XIV : Répartition des participants selon la fréquentation des enfants malades au centre de santé

TABLEAU XV : Répartition des participants selon les prestations

TABLEAU XVI : Répartition des participants selon le coût des médicaments

TABLEAU XVII : Répartition des participants selon le niveau de préoccupation à la santé des animaux par rapport à la leur

TABLES DES MATIERES

Tables des matières Pages

Chapitre I : Introduction But, hypothèse, questions de recherche.....	2
Chapitre II : objectifs de l'étude.....	4
1-Objectif principal.....	5
2-Objectifs spécifiques.....	5
Chapitre III: Cadre theorique.....	6
3.1. Revue de la littérature.....	7
3.2. Déterminants de l'utilisation des services dans les pays en développement.....	7
3.3 Modèle d'utilisation des services de santé.....	9
3.4 Situation sanitaire au Mali.....	11
3.5 Organisation de la gestion des soins.....	12
3.6 Indicateurs de santé.....	14
3.7 Historique de santé communautaire.....	16
3.8 Quelques définitions.....	17
3.9 Structure et organe de gestion de la santé communautaire.....	18
3.10 Processus de mise en place du CSCOM.....	19
3.11 Bref aperçu de situation socio sanitaire de San.....	22
3.12 Organisation du système de santé de San.....	23
Chapitre IV: Méthodologie de l'étude.....	24
4.1 Cadre et lieu de l'étude.....	25
4.2 Type et période d'étude.....	25
4.3 Echantillonnage.....	25
4.4 Critère d'inclusion.....	26
4.5 Critère de non inclusion.....	26
4.6 Technique de mesure des variables et de collecte des données.....	26
4.7 Déroulement de la collecte des données.....	26
4.8 Considérations éthiques.....	27
4.9 Analyse des données.....	27
Chapitre V : Résultats.....	28
Chapitre VI : Commentaires et Discussion.....	35
Chapitre VII : Conclusion et recommandations.....	42
Chapitre VIII : Références bibliographiques.....	45
Annexes.....	52

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Introduction :

Les soins de santé primaires abordables et accessibles sont primordiaux pour le développement humain, ainsi qu'un droit de base et d'importance clef pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Cependant une proportion importante de la population de l'Afrique de l'Ouest n'a pas accès aux soins de santé essentiels, soit parce que les services adéquats ne sont pas disponibles, soit ces services ne sont accessibles à la bourse des plus pauvres [26].

Le lancement de la stratégie des soins de santé primaire en 1978 à Alma-Ata en ex-URSS a permis, depuis lors, de situer le rôle fondamental que les individus et les communautés doivent jouer dans le cadre de la résolution de leurs propres problèmes de santé [9].

La mise en place de l'initiative de Bamako en 1987 lors de la 37^{ème} réunion de l'OMS a permis l'introduction du système de recouvrement des coûts dans les structures sanitaires publiques, la gestion conjointe des ressources générées par le personnel de la santé et la communauté ainsi que la décentralisation du secteur de la santé [11]. 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 [5] :

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

L'utilisation des services de santé de premier niveau en Afrique reste très faible malgré les efforts importants qui ont été consacrés depuis plus d'une décennie pour renforcer l'offre des soins [4]. Il en est de même pour le Mali avec seulement 44 % de la population qui a accès aux soins dans un rayon de 5 km en 2002 et 45 % en 2003 [2].

La présente étude s'inscrit dans l'optique de faire une évaluation sur l'utilisation des services de santé dans la commune de San et de N'torosso.

a) But de l'étude :

Améliorer l'offre des services pour la satisfaction des usagers des centres de santé dans la commune urbaine de San et celui de la commune rurale de N'torosso.

b) Hypothèse de recherche :

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

c) Questions de recherche :

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

CHAPITRE II

OBJECTIFS

I- Objectifs :

2.1 Objectif principal :

Etudier l'utilisation des services de santé dans la commune de San et de N'torosso.

2.2 Objectifs spécifiques :

- Décrire l'utilisation des services de santé par les populations de l'aire de santé de San et N'torosso.
- Décrire le niveau de qualification des prestataires de soins du centre de santé de San et N'torosso.
- Evaluer la perception de la population par rapport à l'accessibilité des soins perçus au niveau géographique, économique, temporel, organisationnel et socioculturel.
- Evaluer la satisfaction de la population par rapport à la qualité des soins reçus notamment au niveau de leur globalité, de leur continuité et de leur réactivité.

CHAPITRE III

CADRE THEORIQUE

Cadre théorique :

3.1 Revue de la littérature :

Les politiques de santé des pays africains au sud du Sahara ont connu de nombreuses réformes depuis trois décennies dont entre autres l'apparition d'un secteur privé communautaire à but non lucratif mais également privé à but lucratif (médecine, pharmacie, laboratoire, cabinets dentaires dès les années 1985 au Mali et dans les cinq années qui ont suivi au Burkina Faso, Sénégal et au Niger [5]. En même temps la plupart des politiques nationales de santé accompagnées par les partenaires au développement ont considérablement renforcé l'offre publique de soin de premier niveau [5]. Mais en dépit de cet accroissement substantiel de l'offre des soins, les taux d'utilisation des structures de soins sont restés faibles dans l'ensemble de ces pays et oscille en 2003 entre 0,10 et 0,30 contacts par personne et par an [5].

3.2 Déterminants de l'utilisation des services de santé dans les pays

en développement : Les déterminants de l'utilisation des structures de premier niveau peuvent se classer en trois grands groupes, les **déterminants financiers** (recouvrement des coûts, paiement direct des soins, niveau de revenu des ménages, prix et coût des soins, coût du transport, couverture maladie), les **déterminants liés à la qualité des soins** (qualité structurelle, disponibilité en médicament, processus de soins, relation soignant/soigné, qualité perçue, satisfaction des usagers) et les **déterminants socioculturels** [5]. 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) [5]. Dans une étude réalisée en 2005 par **Mushagalusa SALONGO** [22] 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 [17] 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 [17].

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 [17]. 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 Tomeler2001**) [17].

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 [23], 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** : sociodémographiques (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.
- **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.

3.3 Modèle d'utilisation des services de santé :

Le modèle de comportement de l'utilisation des services de santé (**Andersen 2001**) [23], constitue le cadre de référence de cette étude. Le modèle suggérait que l'utilisation des services de santé est fonction de la prédisposition des personnes à utiliser ces services, des éléments qui facilitent ou entravent cette utilisation et des besoins des personnes à recourir aux soins. L'unité de mesure était la famille.

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

- **L'émergence du besoin de santé.**
- **L'expression du besoin de service et le choix d'un prestataire.**

- **La concrétisation de ce besoin** qui se traduira par des comportements d'utilisation et de non utilisation. [23].

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 termes d'état de santé et de satisfaction des services [17].

Le modèle comporte donc quatre variables :

Les caractéristiques contextuelles, les caractéristiques individuelles, le comportement de santé et les résultats de santé [17].

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 de handicap) ou évalués justifiant l'utilisation des services de santé.

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

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.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS):

La qualité est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale

au meilleur coût pour un même résultat au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.

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

En outre, la qualité ne peut être 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. [14]

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 termes 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 [14].

3.4 Situation sanitaire

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. [2]. Dès lors, le principe de la gratuité des soins était remis en cause. Le début des années 1980 a vu les moyens consacrés par l'Etat à la santé s'amenuiser et leur mauvaise gestion a conduit à une baisse progressive de la qualité des prestations dans les structures sanitaires publiques [2]. 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 [2].

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 [20].

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 (**DNS**) 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 œuvre 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.

3.5 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 sa santé au gré des mutations successives de la population malienne. De 1966 à 1976, le premier plan décennal de développement des services de santé avait pour objectif de doter le pays d'un noyau de structures de soins au lendemain de l'indépendance en remplacement du système hérité de la colonisation basé sur la gratuité des soins et la lutte contre les grandes endémies. Ensuite, intervient le second plan décennal de développement sanitaire (1981- 1990), adopté après le lancement des soins de santé primaires, et visait les mêmes objectifs à savoir l'offre de soins de santé au niveau le plus périphérique avec un système de recouvrent 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 œuvre de l'expérience menée avec le financement de la Banque Mondiale dans les cercles de Kita, Kéniéba et Bafoulabé dans la région de Kayes d'où le nom de KBK.

Tirant les leçons de ces différentes expériences, la 37^{ème} réunion de l'Organisation mondiale de la santé, tenue à Bamako en septembre 1987 adopte une nouvelle stratégie de revitalisation des soins de santé primaires, appelée « Initiative de Bamako »

C'est ainsi qu'en décembre 1990 [20], a été élaboré la déclaration de politique sectorielle de santé et population dont le but est « d'améliorer le niveau de santé de la population et plus particulièrement celui des femmes et des enfants.

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

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

Ainsi, en juin 1998, le gouvernement malien a adopté le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) allant de 1998 à 2007 et le premier programme quinquennal de ce plan à savoir le Programme de

Développement Sanitaire et Social (1998-2002). Ce programme quinquennal a pour but essentiel d'atténuer la dégradation persistante de l'état de santé de la population malienne, malgré les efforts importants déployés par l'état malien avec l'appui de ses partenaires. Les objectifs spécifiques visés sont :

- La réduction de la mortalité, notamment maternelle et infanto 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

3.6 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 [24].
- Taux de mortalité infantile : 113 pour mille [19].
- Taux de mortalité infanto-juvénile : 229 pour mille [19].
- Taux de mortalité maternelle : 582/100000 naissances vivantes [19].
- Taux brut de mortalité : 45,1 pour mille [25].
- Taux de couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois [18] :
 - BCG : 73%
 - DTCP1 : 76%

- DTCP3 : 52%
- Rougeole : 53%
- Nombre de cas de VIH/SIDA à la date du 31 Mars 2001 : 6639 [18],
- Nombre de cas de vers de Guinée [18] :
 - 1999 : 410 cas
 - 2000 : 290 cas
 - 2001 : 46 cas
- Environ 30% des enfants de moins de 3 ans souffrent de malnutrition chronique
- Et 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 [25]

- 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.

3.7 Historique de la santé communautaire :

Avant 1960 les soins de santé étaient gratuits et le secteur privé interdit.

En réalité la médecine curative était surtout accessible aux militaires, aux fonctionnaires ainsi qu'à leurs familles, aux étudiants et aux élèves. La prévention était surtout faite par des équipes mobiles (Service d'hygiène mobile 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 [25].

En effet, la politique de santé s'est officiellement articulée autour des soins de santé primaires, puis de l'Initiative de Bamako ». La stratégie des soins de santé primaires, définies en 1978 lors de la conférence d'Alma Ata, a été adoptée par le Mali en 1981 mais les projets des soins de santé primaires n'ayant pas donné les résultats escomptés, ils ont été relayés par ceux de l'Initiative de Bamako en 1987. Cette stratégie, proposée par le comité régional de l'OMS, visait la

redynamisation des soins de santé primaires en les réorganisant sur des bases économiques tenant compte du pouvoir d'achat de la population et de leur pleine participation dans la gestion des soins.

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

Cependant 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 » (7). Cette recherche sociale dans le quartier de Banconi avait conclu au besoin ressenti par les populations du quartier de Banconi de disposer de leur propre structure de soins, puisque l'Etat n'en a pas mis à leur portée. Elle a créé le premier centre de santé communautaire à Banconi en mars 1989; et les résultats jugés satisfaisants après une année d'activité ont favorisé le développement de ce nouveau type de formation sanitaire ayant conduit ainsi à sa généralisation à travers tout le pays, puis dans les autres pays africains.

3.8 Quelques définitions :

a) La Santé communautaire :

Selon ROCHON (Canada), elle est l'art et la science d'améliorer l'état de santé de la population, de prévenir la maladie et de promouvoir l'efficacité des

services de santé par la coordination des efforts communautaires (1). Le système de santé communautaire comprend deux entités distinctes, mais inter liées :

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

c) Le CSCom : le centre de santé communautaire ou CSCom est une formation sanitaire de premier niveau, créée sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée au sein d'une ASACO pour répondre de façon efficace à ses problèmes de santé. Cette définition nous amène à la notion d'aire de santé (1).

d) L'aire de santé :

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

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

CSCom/CSAR (1) :

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

e) Le Paquet minimum d'activité (PMA):

Le PMA correspond à l'offre d'activités intégrées de soins de santé : il comporte des activités préventives, curatives, et promotionnelles. Il s'agit entre autres de traitement des maladies courantes, consultations prénatales et postnatales avec accouchement et vaccination (11). Il s'agit d'un minimum d'offre de soins (plancher) que devrait normalement offrir un centre de santé communautaire et ne constitue nullement un plafond, mais bien au contraire.

3.9 Structure et organe de gestion de la santé communautaire :

L'Assemblée générale (AG) est l'instance suprême de prise de décision de l'ASACO. Elle est normalement composée de l'ensemble des adhérents de l'ASACO qui sont constitués par les représentants de l'ensemble des villages constituant l'aire de santé. L'assemblée générale met en place les organes de gestion de l'ASACO qui auront la charge de la gestion du centre de santé communautaire. Il s'agit du **conseil d'administration** (CA) qui compte habituellement entre 15 à 20 membres et le **comité de gestion** (CG) plus restreint limité le plus souvent à 5 à 7 membres. L'autorisation de création de l'ASACO émane de l'administration territoriale dont les pouvoirs sont actuellement

3.10 Processus de mise en place du centre de santé communautaire

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

L'élaboration d'une étude de faisabilité prenant en compte les prévisions de ressources mobilisées et mobilisables et les charges constitue le préalable à la création du CSCom. Une approche communautaire qui dégage la participation communautaire dans la création du CSCom est réalisée. La détermination et la

mobilisation de la quote part communautaire dans la réalisation du génie civile est une étape importante dans la construction du CSCom.

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

l'ASACO de mettre en place un CSCom dont le fonctionnement garantira à la population couverte l'offre d'un paquet minimum d'activités (PMA).

Le cadre de cette convention assistance mutuelle est défini par l'arrêté interministériel n 94-5092/MSSPA- MATS- MF du 21 Avril 1994 modifié par l'arrêté interministériel n 95-1262/MSSPA- MATS- MF du 13 juin

1995 fixant les conditions de création des CSCom et les modalités de gestion des services socio sanitaires de cercle, de commune, des CSCom.

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

Article3 « le CSCom est une formation sanitaire de premier niveau, crée sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée au sein d'une ASACO pour répondre de façon efficace à ses problèmes de santé »

Article 10 « l'ASACO doit signer une convention avec le ministère de la santé publique qui peut déléguer ce pouvoir à l'autorité administrative du lieu d'implantation du CSCom. Cette convention détermine de façon précise les engagements réciproques de l'Etat et de l'ASACO. Elle détermine de façon précise les domaines de compétence du CSCOM par rapport au centre de santé de référence ». L'ASACO peut être donc définie comme la structure dans laquelle la population d'une aire de santé donnée s'organise pour prendre en main la gestion de ses propres problèmes de santé.

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

- **Pour l'ASACO:**

- Assurer à la place de l'Etat, un service public minimum le paquet minimum d'activité ;
- Participer au coût de construction et de réhabilitation du CSCom ;
- Assurer les dépenses de fonctionnement du CSCom, l'entretien de l'infrastructure ;
- Fournir au service socio sanitaire des rapports sur la gestion et les activités du centre ainsi que les statistiques sanitaires ;
- Déclarer officiellement le personnel ;
- Assurer le renouvellement démocratique du bureau de l'ASACO ;
- Tenir régulièrement le conseil de gestion de l'aire de santé et participer aux conseils de gestion du service socio sanitaire de cercle et de commune.

- **Pour l'Etat :**

- Assurer la disponibilité d'un plateau technique de référence et de médicaments essentiels en DCI (dénomination commune internationale) ;
- Contribuer au financement de la construction réhabilitation du CSCom ;

- Equiper ou compléter l'équipement ;
- Renouveler le gros matériel médical ;
- Mettre en place le stock initial de médicaments essentiels en DCI ;
- Assurer la formation initiale en gestion du personnel du CSCom et des membres du bureau de l'ASACO ;
- Assurer la formation technique du personnel
- Assurer l'approvisionnement en vaccins et médicaments spécifiques pour le PMA (paquet minimum d'activités) ;
- Exercer une supervision technique périodique du CSCom.

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

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

Le premier texte, qui demeure le texte de base, comporte 5 chapitres dont deux concernent directement les CSCom .

Ces chapitres posent les principes de création, de fonctionnement et de financement d'un centre de santé communautaire (CSCom) défini comme une formation sanitaire de premier niveau créée sur la base de l'engagement d'une population organisée en association de santé communautaire pour répondre de façon efficace et efficiente à ses problème de santé.

3.11 Bref aperçu de la situation socio sanitaire de San :

- **La morbidité et la mortalité :**

La situation sanitaire et sociale dans le cercle de San caractérisée par une morbidité/ mortalité élevée. Les indicateurs de santé de la mère et de l'enfant en particulier, témoignent d'une situation sanitaire préoccupante :

- La mortalité maternelle élevée avec les besoins obstétricaux non couverts à 36%.
- Le nombre de malades séropositifs pris en charge a passé de 42 cas en 2003 et 51 cas en 2004.
- Les taux d'accouchements assistés (49,30%) et de prévalence contraceptive (1,19%) restent faibles par rapport au nombre des CScoms fonctionnels.
- Les principales causes de consultation dans les formations sanitaires du cercle sont : le paludisme 24 712 cas notifiés dans les structures sanitaires soit 31% des consultations en 2004, les infections respiratoires aiguës 12 203 cas notifiés dans les structures sanitaires soit 15,3% des consultations en 2004). La malnutrition chez les enfants (757 cas notifiés dans les structures sanitaires soit 1,00% en 2004) constitue un problème prioritaire de santé dans le cercle.(21)
 - Il existe par ailleurs de nombreux interdits surtout en ce qui concerne l'alimentation de l'enfant et de la femme enceinte qui pourrait être un handicap pour l'équilibre nutritionnel. Selon les résultats d'une enquête effectuée en 2002 ans le district sanitaire de San par World Vision :
 - 85% des mères ne pratiquent pas l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois.
 - 60% des mères se lavent les mains avec de l'eau et du savon avant de donner à manger à l'enfant ;
 - 63% des mères utilisent des latrines propres.

3.12 Organisation du système de sante dans le cercle de SAN :

- **Description sommaire de la pyramide sanitaire :**

Le cercle de San est couvert par un système de santé à deux échelons conformément à la politique nationale de santé : les CSCOM au niveau des aires de santé et un CSREF au chef lieu de cercle.

Le précédent PDSC 2000-2004 prévoyait 26 aires de santé toutes fonctionnelles.

Les CSCOM sont dirigés pour la plupart par une équipe comprenant un Infirmier (TSS, TS ou ATS), une matrone et un gérant de dépôt de médicaments essentiels. Chaque CSCOM fonctionne sous l'autorité d'un conseil d'administration et d'un comité de gestion composé par les représentants des différents villages de l'aire de santé.

Le CSRéf constitue le deuxième échelon de la pyramide sanitaire. Il est chargé de gérer en plus des activités menées par le premier niveau, la planification, la coordination des activités, la formation continue et la supervision du personnel.
(21)

Ce 2ème niveau est dirigé par un médecin chef à la tête d'une équipe composée de cinq médecins, quatre assistants médicaux, cinq sages femmes, deux techniciens sanitaires et deux techniciens spécialisés en ophtalmologie.

CHAPITRE IV

DEMARCHE METHODOLOGIE

II- Demarche méthodologique

4.1 Cadre et lieu d'étude

L'étude a été réalisée dans la commune urbaine de San et la commune rurale de N'torosso pour comprendre l'utilisation des services de santé par les populations

Le cercle de San comptait en 2005, 309449 habitants (RGPH en 1998).

Répartis entre 26 communes dont 25 communes rurales (Baramandougou, Dah, Diakourouna, kava, Roubila, Fion, djeguéna, Diéli, Kaniegue, Kaaba, Kassowla, N'goa, Nimana, Niasso, N'Torosso, Ouolon, Siéla, Somo, Sourountouna, Sy, Téné, Teneni, Tourakolomba, Waki) et la commune urbaine (San).

La densité moyenne est de 37,71 habitants / km² et un taux d'accroissement naturel de la population à 2% en moyenne par an.

Les ethnies rencontrées sont : les Bambaras, les Bobos, les Meniankas, les peulhs et les Bozos.

La commune rurale de N'torosso située à 26 Km de San compte 10408 habitants repartis entre 17 villages.

4.2 Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive, et exhaustive ayant intéressé les sujets de 18ans ou plus des deux sexes présents le jour de l'enquête.

4.3 Echantillonnage :

La stratification et sélection aléatoire sur EPI table d'une aire de santé en fonction de la distance au CSREF du cercle de San nous a permis de prendre la commune rurale de N'torosso. La taille de l'échantillon était

de 504 ménages dont 252 pour la commune urbaine de San et 252 pour la commune rurale de N'torosso.

La répartition des ménages en fonction des sites dans les deux communes a été faite de façon aléatoire.

4.4 Critères d'inclusion :

- Être âgé de 18ans ou plus.
- Résidants dans les sites d'étude.
- Présents le jour de l'enquête
- Ayant donné le consentement verbal.

4.5 Critères de non inclusion :

- Personnes ne pouvant pas répondre aux questions à cause de déficit ou handicaps.
- Age inférieur à 18ans.
- Personnes ne résidant pas dans les sites d'étude.
- Refus du consentement verbal.
- Personnes absentes.

4.6 Techniques de mesure des variables et de collecte des données :

La collecte des données a été faite à partir d'un questionnaire individuel sur l'utilisation des services de santé portant surtout sur:

- L'existence d'un centre de santé dans le site.
- L'accessibilité des centres par la population.
- Le coût des prestations.
- La fréquentation des centres par la population.

- La satisfaction de la population par rapport à la qualité du service offert par les centres.

4.7 Déroulement de la collecte des données :

L'enquête auprès des ménages a eu lieu entre le mois de juillet-septembre 2008.

Dans l'ensemble les enquêtes ont fait preuve de disponibilité et ont répondu clairement aux questions. Cependant nous avons eu quelques difficultés surtout dans la commune rurale de N'torosso où la population n'était disponible que les vendredis à cause des travaux champêtres.

Malgré cette difficulté notre étude s'est déroulée dans les bonnes conditions.

4.8 Considérations éthiques :

La déontologie et l'éthique ont été respectées durant toute la période de l'enquête. L'approbation des chefs de village et des autorités administratives a été obtenue avant le début de notre étude.

Le consentement verbal de tous les participants a été obtenu pour leur inclusion dans l'étude. Tous les aspects de l'étude ont été expliqués aux différentes populations ayant participé.

4.9 Analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées à partir du logiciel SPSS 14.0.

L'utilisation des services de santé dans la commune urbaine de San et dans la commune rurale de N'torosso.

CHAPITRE V

RESULTATS

III- Résultats :

Tableau I : Répartition des participants selon le sexe.

	Masculin	Féminin	Total
Effectif	322	182	504
Pourcentage	63,9	36,1	100

L'analyse de ce tableau nous a montré que le sexe masculin avait la plus grande proportion avec 63,9%.

Tableau II : La répartition des participants selon le niveau d'instruction.

	Instruit	Non-instruit	Total
Effectif	177	325	502
Pourcentage	35,26	64,74	100

Il ressort de l'analyse de ce tableau que 64,74% des participants n'étaient pas instruits.

Tableau III : Répartition des participants selon la distance qui les sépare du centre de santé.

	< 1 km	1 km	5 km	Total
Effectif	315	63	126	504
Pourcentage	62,5	12,5	25	100

Les résultats de ce tableau nous ont permis d'observer que seulement 25% des participants étaient à une distance de 5 km du centre de santé, et 62,5% se trouvaient à moins 1 km.

Tableau I V: Répartition des participants selon leurs moyens d'accès au centre de santé.

	Pieds	Dos d'ânes	Motocyclettes	Auto	Total
Effectif	176	35	281	12	504
Pourcentage	34,9	6,9	55,8	2,4	100

Les moyens d'accès les plus utilisés par les participants de notre étude étaient les motocyclettes et les pieds avec respectivement 55,8% et 34,9%.

Tableau V : Répartition des participants selon la durée du trajet.

	< 30 mn	30 mn	Total
Effectif	456	48	504

L'utilisation des services de santé dans la commune urbaine de San et dans la commune rurale de N'torosso.

Pourcentage	90,5	9,5	100
-------------	------	-----	-----

Les résultats de ce tableau nous a montré que 90,5% de participants étaient à moins de 30 mn du centre de santé.

Tableau VI : Répartition des participants selon leur fréquentation du centre de santé.

	<1 fois	1 fois	3 fois	>3 fois	Total
Effectif	10	10	150	334	504
Pourcentage	2	2	29,8	66,3	100

Nous avons observé au cours de notre étude que 66,3% des participants avaient fréquenté à plus de 3 fois le centre de santé par an et seulement 2% avaient une fréquentation inférieure ou égale 1 fois.

Tableau VII: Répartition des participants selon leur accès à l'information.

	Oui	Non	Total
--	-----	-----	-------

L'utilisation des services de santé dans la commune urbaine de San et dans la commune rurale de N'torosso.

Effectif	502	1	503
Pourcentage	99,8	0,2	100

Il ressort de l'analyse de ce tableau que 99,8% des participants avaient accès à l'information (radios et télévisions) et que seulement 0,2% en n'avaient pas

Tableau VIII: La répartition des participants selon leurs plaintes à propos

	Accueil	Communi cation	Prix des prestations	La prise en charge	Aucu nes	Total
Effectif	31	15	113	05	380	504
pourcentage	6,2	3	14,5	1	75,4	100

du centre de santé.

Dans notre étude, 75,4% des nos participants n'avaient aucune plainte par rapport au centre de santé.

Tableau IX : La répartition des participants selon la satisfaction à l'accueil

	Oui	Non	Total
--	------------	------------	--------------

L'utilisation des services de santé dans la commune urbaine de San et dans la commune rurale de N'torosso.

Effectif	458	46	504
Pourcentage	90,8	9,2	100

Notre étude a trouvé que 90,8% des participants ont eu une satisfaction par rapport à l'accueil.

Tableau X: Répartition des participants selon l'existence d'un centre de santé.

	Oui	Non	Total
Effectif	315	189	504
Pourcentage	62,5	37,5	100

L'analyse de ce tableau montre que 62,5% des participants sont dans une zone où il existe un centre de santé

Tableau XI : Répartition des participants selon leur association à la gestion du centre de santé.

	Oui	Non	Total
--	-----	-----	-------

L'utilisation des services de santé dans la commune urbaine de San et dans la commune rurale de N'torosso.

Effectif	313	191	504
Pourcentage	62,1	37,9	100

Il ressort de ce résultat que 62,1% des participants pensaient que la population était impliquée dans la gestion du centre de santé.

Tableau XII : Répartition des participants selon leur fréquentation du centre en cas de maladie.

	Oui	Non	Total
Effectif	486	18	504
Pourcentage	96,4	3,6	100

Notre étude a montré que 96,4% des participants fréquentaient le centre en cas de maladies

Tableau XIII : Répartition des participants selon d'autre recourt en dehors du centre de santé.

	Oui	Non	Total
Effectif	148	356	504
Pourcentage	29,4	70,5	100

L'analyse de ce tableau a montré que 70,5% des participants n'avaient pas d'autre recours en dehors du centre de santé.

Tableau X IV : Répartition des participants selon la fréquentation des enfants malades au centre.

	Oui	Non	Total
Effectif	503	1	504
Pourcentage	99,8	0,2	100

L'observation de ce tableau nous a permis que de constater que 99,8% des participants emmenaient les enfants au centre de santé en cas de maladies, et seulement 0,2% cherchaient d'autres recours.

Tableau XV : Répartition des participants selon la prestation

	Abordable	Non-abordable	Total
Effectif	410	94	504
Pourcentage	81.3	19.7	100

L'observation de ce tableau nous a permis que de constater que 81.3% des participants trouvait que la prestation était abordable

Tableau XVI : Répartition des participants selon le cout des médicaments

	Abordable	Non-abordable	Total
Effectif	419	85	504
Pourcentage	83,1	16,9	100

Il ressort de l'analyse de ces données que 83,1% trouvait le coût des médicaments abordable.

Tableau XVII: Répartition des participants selon le niveau de préoccupation à la santé des animaux à la leur.

	Moins que la vôtre	Autant que la vôtre	Pus que la vôtre	Total
Effectif	308	188	8	504
Pourcentage	61,1	37,3	1,6	100

Il ressort de notre enquête que 61,1% des participants se préoccupaient moins de la santé des animaux que la leur, mais seulement 1,6% étaient plus préoccupés par la santé de leurs animaux.

CHAPITRE VI

COMMENTAIRES ET

L'utilisation des services de santé dans la commune urbaine de San et dans la commune rurale de N'torosso.

IV- Commentaires et discussion

Sur le plan de la méthodologie

Notre enquête s'est déroulée auprès de 504 ménages de la commune urbaine de San et celle rurale de N'torosso allant du 1^{er} juillet au 30 septembre 2008 soit 3 mois.

Pour les besoins de l'étude était considéré comme ménage, un homme avec une ou plusieurs femmes plus les enfants. Ces ménages ont été choisis de façon aléatoire pour recueillir les informations nécessaires à l'étude. Le questionnaire pouvait être répondu par toute personne (femme, homme ou enfant) membre du ménage et âgé de 18 ans et plus. L'échantillon a été équitablement reparti entre les communes de San et N'torosso à savoir 252 ménages par localité. Au niveau de N'torosso le recueil d'information a concerné ledit village et environnant tandis qu'à San il a concerné seulement la ville.

Le CS Réf situé au Nord-est de la ville est le fruit d'une transformation de dispensaire colonial en 1945 il a donc évolué en Assistance médicale et l'hôpital secondaire par le décret N° 189 PG-RM du 20 octobre 1977. Avec l'avènement de la politique sectoriel de la santé il devient Cs réf par l'application des recommandations des cadres conceptuels. [21] Il recouvre 29 Cscoms dont deux dans le district sanitaire. Les locaux étaient vieux. Il disposait des unités comme : la médecine, la chirurgie, la pédiatrie, la maternité, la radiographie, l'ophtalmologie, l'odontologie ; le bloc opératoire, le laboratoire et la pharmacie. Les consultations étaient effectuées par les médecins dans les 4 premières unités sus citées .La garde dans ces unités étaient assurées par les

infirmiers. Contrairement, à la maternité l'équipe de garde comportait soit une sage-femme et une matrone soit une obstétricienne et une matrone. Les activités de consultation prénatale et post natale étaient absentes. La vaccination s'effectuait uniquement les lundis. Chaque médecin était chargé d'un programme de santé qui lui fait un point focal. Ils assuraient la formation, la prise en charge et la supervision des programmes qui leurs étaient confiés. Les médecins appuyaient les services de gardes de façon hebdomadaire et étaient sollicités en cas de besoin. Les autres unités n'assuraient pas de garde mais étaient également sollicités en cas de besoin. Le centre disposait de 2 ambulances dont un en bon état qui assurait la référence et l'évacuation vers le centre de santé de référence. Il assurait la supervision intégrée tous les 3 mois. Quant au centre de santé communautaire les locaux étaient en bon état avec suffisamment de salle pour répondre au besoin du centre.

Le Directeur Technique du Centre (DTC) était un médecin contrairement au CScom central qui était dirigé par une sage-femme et un infirmier d'état dirigeait le CScom de N'torosso. Les consultations étaient effectuées par les DTC excepté le CScom central qui était effectuée par un autre infirmier d'état du centre. Les CScoms est dotés d'un paquet minimum d'activité leurs permettant d'assurés les activités de prévention, de promotion et d'immunisation dans les aires de santé. Les activités de CPN s'effectuaient tous les jours ouvrables dans les CScom de Lafiabougou et le CScom Central. Contrairement au CScom de N'torosso ou les CPN ne se faisaient que les mardis et les vendredis. Les CPN étaient effectué par les sages femmes, les obstétriciennes et les

matrones. La garde était assurée dans la maternité par les sages femmes, les obstétriciennes et les matrones. Les activités d'immunisation et de promotion étaient viables dans les CScom et les vaccins étaient disponibles et bien conservés. Les séances d'IEC se faisaient chaque semaine. Les médicaments essentiels étaient disponibles.

Les CScom de Lafiabougou et de N'torosso étaient dotés d'ambulance qui assuraient l'évacuation des cas dépassant le plateau technique vers le centre de santé de référence. Contrairement au CScom central qui se servait de l'ambulance du CS réf. La CPN centrée était viable dans les CScom et se faisait de façon mensuelle.

Sur le plan Socio démographique :

Dans l'échantillon le sexe masculin a représenté 63,9% contre 36,1% pour les femmes. Quant à la scolarisation seulement 35,26% des enquêtés étaient instruits. Ce taux d'alphabétisation concorde à la moyenne nationale chez les sujets de 15 ans et plus qui était de 26,2% (24). Une étude menée par Coulibaly L (8) à Banamba portant uniquement sur les femmes avait trouvé un taux d'analphabétisme s'élevant jusqu'à 89,1%.

Parmi les enquêtés 62,5% se trouvaient à moins d'un Km du centre de santé. Cette distance est parfaitement acceptable même en cas d'urgence car praticable même à pied. Une enquête pareille menée à DAOUDABOUGOU montrait que 73,9% des ménages n'étaient pas loin de leur centre de santé [12].

Par contre une des raisons de non fréquentation du centre pourrait s'expliquer par un problème financier à cause du niveau de vie assez faible des ménages.

Selon les moyens de déplacement utilisés pour accéder au centre de santé plus de la moitié de notre échantillon ont emprunté une motocyclette soit 55,8%. Par contre à SEGUE selon une étude menée par KANTA K en 2007[15] trouvait que 67,5% de sa population d'étude venaient au centre de santé à pied. Cette différence s'expliquerait par la pullulation des motos et leur bas prix devenant systématiquement le moyen de déplacement le plus utilisé au Mali.

Quant au temps écoulé pour accéder au CSCom nos résultats concordent avec ceux de KANTA K où 84,6% mettaient seulement 5 à 10 minutes en route. Dans la présente étude 90,5% faisaient moins de 30 mn en route.

La grande majorité se trouve à moins d'un Km du centre dans notre étude.

Par rapport à l'accueil :

La qualité de l'accueil est déterminante .Le personnel doit recevoir les usagers dans la bonne humeur et le respect. L'accueil dans les centres a été évalué en recueillant l'opinion des enquêtés sur la qualité de la communication avec le personnel de santé et leur disponibilité. Elle avait un impact sur l'utilisation des services. Dans notre étude 90,8% étaient satisfaites de l'accueil. Ce résultat concorde avec celui de DIALLO K (10) dans son étude sur la faible fréquentation du CSCom qui était de 89%. Dans l'étude de COULIBALY L, l'accueil a été jugé bon dans toutes les formations sanitaires.

Financement des soins :

La barrière principale de l'accès aux soins est l'obstacle financier (8), mais 83,1% des usagers trouvait le montant des frais de médicament abordable et 81,3% pour la prestation, dans l'étude de KANTA K sur l'utilisation des services de sante et perception de la qualité des soins (15), 39,6% des usagers trouvaient le montant des frais de médicament élevé. Par contre dans l'étude de KANTE N et al (16) sur la qualité des soins dans la région de Koulikoro, 55,6%des gens trouvaient le cout abordable alors que dans l'étude de El Moctar (13) sur l'utilisation des services en milieu nomade 46% des enquêtes déplorait la cherté du service au niveau du centre. Des évidences se multipliaient pour montrer les impacts positifs de l'annulation des frais des soins de santé, bien qu'il y ait plusieurs préalables pour assurer sa réussite.

Des interventions au Burundi par Médecins Sans Frontières permettant un changement depuis une politique de frais, supposés être abordables, vers une nouvelle politique de gratuité de la prise en charge des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans, a doublé le nombre d'accouchements dans des centres de santé ciblés par MSF et a augmenté de 40% l'utilisation des services par les enfants de moins de cinq ans (24) Le cout est donc un facteur non négligeable pour une bonne fréquentation des services de santés.

Fréquentation des services :

Il ressort de notre étude que 66,3% de l'échantillon avaient une fréquentation supérieure à 3 fois et 29,8% à 3 fois par an.

Ces résultats concordent dans sa globalité avec celui de KANTA K dans son étude sur l'utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins (15), dont 97,6 % des femmes de ménage ont déclaré avoir fréquenté le CSCOM.

A Kafouziela Bamba BZ (6) a trouvé 91,9% ont déclaré avoir fréquenté le centre.

A Banamba, Coulibaly L (8) a trouvé que 89% des femmes fréquentaient un CSCOM.

Ces résultats de notre étude nous ont permis de savoir que la majorité de notre échantillon n'utilisaient que la médecine moderne, soit 70,5% qui n'avaient pas d'autres recours en dehors des centres. Ce résultat s'oppose à celui de KANTA K (15) qui dans son étude a montré que seulement 9% de la population de SEGUE consultaient un guérisseur traditionnel et 61% utilisaient l'automédication traditionnelle et de COULIBALY L (8) qui avait trouvé que 64% de la population de Banamba avaient recours à l'automédication traditionnelle. Malgré une forte fréquentation des services de santé l'automédication traditionnelle demeure aussi un facteur de sous fréquentation des centres.

L'utilisation des services de santé dans la commune urbaine de San et dans la commune rurale de N'torosso.

CHAPITRE VII

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

V- Conclusion et Recommandation :

■ Conclusion :

La présente étude sur l'utilisation des services de santé, bien qu'elle ne soit pas la première au Mali, demeure la toute première dans le cercle de SAN. Elle a permis davantage de poser concrètement des pistes de réflexion sur l'utilisation des services de santé.

Dans cette étude nous avons abordé principalement l'utilisation des services en s'intéressant sur le niveau de fréquentation des services par les usagers, leur perception en terme de satisfaction des soins perçus et de leurs couts.

Bien que nous l'ayons abordé de façon superficielle celle-ci se traduit par une fonctionnalité et une disponibilité des centres malgré l'absence des consultations pré et post natales dans le centre de santé de référence. Les activités de promotion et d'immunisation et d'éducation sanitaire étaient assurées dans tous les CScoms de l'étude.

Les centres avaient du personnel qualifié qui contribuait à l'amélioration de la qualité des soins. Plus de la moitié de l'échantillon étaient satisfaites des soins perçus avec un niveau de fréquentation des centres à 64% de plus de trois fois par an.

Quand au cout des soins elle a été abordable par une forte majorité de l'échantillon. Malgré cette fréquentation des services de santé considérable par les populations, le taux de recours à d'autres moyens en dehors du centre était de 29,5%. La plus part de la

population était en moins d'un kilomètre du centre et utilisait en grande partie les motocyclettes pour accéder au centre.

■ **Recommandation :**

Au terme de cette étude, les principales recommandations relatives à l'utilisation des services de santé par les populations de la commune urbaine de SAN et de la commune rurale N'torosso sont les suivantes :

1- A l'endroit des autorités sanitaires et des partenaires financiers :

- Procéder a la rénovation du centre de santé de référence,
- Doter le CScom Central d'ambulance pour rehausser la qualité de la référence évacuation ;

2- A l'endroit des centres de santé :

- Instaurer la consultation pré et post natales dans le centre de santé de référence.
- Instaurer la politique de pharmacie de nuit pour rendre plus abordable le coût des soins dans les centres.

3- A l'endroit du personnel de santé :

- Pérenniser la qualité de l'accueil jugé satisfaisant par la population.

4- A l'endroit de la communauté :

- Renforcer et pérenniser davantage leur adhésion à la politique sectorielle de la santé.

CHAPITRE VIII

REFERENCES

VIII RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. AG IKNANE A et al

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

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

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

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

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

4. AUDIBERT M, ROODENBEKE E.

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

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

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

6. BAMBA B Z

Etude sur les raisons de la faible fréquentation du CScom de KAFOUZERELA par les FAP dans le centre de Sikasso. Mémoire, assistant médical, Bamako ; décembre 2002

7. Claude P, Diarra T.

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

8. COULIBALY L.

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

9. DIALLO I.

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

10. DIALLO K

La faible fréquentation du CScom de Sabougou. Mémoire assistant médical, Bamako 2002. 36P.

11. DONGMO DJOUTSOP RL.

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

12. DOUMBIA AKA

Problématique de l'utilisation des services de santé communautaire du quartier de Daoudabougou. Commune V du district de Bamako, thèse médecine. 2007

13. EL MOCTAR M;

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

14. FOURNIER P, HADDAD S

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

15. KANTA K

Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par la population de l'aire de santé de SEGUE. Thèse médecine, 2007

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

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

17. 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.

18. MS,

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

19. MS,

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

20. Ministère de la santé

Secrétariat permanent du PRODESS, CPS Santé, 2002

21. PDS santé 2005-2009 de SAN

22. SALONGO PACIFIQUE M

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

23. SISSOKO H,

Aspects reliés à l'utilisation des accoucheuses traditionnelles au Mali, Maître es sciences, santé communautaire, mai 2000

24. Synthèse, rapport de suivi des objectifs du Millénaire pour le développement Mali ; novembre 2007

L'utilisation des services de santé dans la commune urbaine de San et dans la commune rurale de N'torosso.

25. TRAORE M,

Généralité sur le Mali, INRSP, Aldo Campana, 2001 ; EDS III.

26. Wcaro 3O_UNICEF : MSF, Bruxelles, James et al avril 2006 Impact et défis de l'annulation des frais d'utilisation.

ANNEXES

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : SEKOU SIDIKI

Titre de la thèse : Utilisation des services de santé dans la commune urbaine de San et la commune rurale de N'torosso.

Année universitaire : 2010-2011

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

Secteurs d'intérêt : Santé publique.

Résumé : L'étude transversale et exhaustive que nous avons effectuée de juillet à septembre 2008 dans la commune urbaine de San et la commune rurale de N'torosso nous a permis de déterminer l'utilisation des services de santé en terme de fréquentation, d'accessibilité et le cout des soins. Son objectif général est de comprendre l'utilisation des services de santé dans les deux communes. L'analyse des résultats à montré que les centres étaient bien fréquentés et accessibles. Les trajets étaient courts donc faisable à pieds dans temps inferieur à une demi-heure. Cependant le taux de scolarisation demeure faible.

L'utilisation des services de santé dans la commune urbaine de San et dans la commune rurale de N'torosso.

Mots clés : Utilisation des services, fréquentation, accessibilité, coût des soins, commune urbaine, commune rurale, San et N'Torosso.

Questionnaire

EVALUATION DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SOINS

1. Fiche N° :...

2. Date :.....

3. âge : 4. Sexe :.....

5. Il y a-t-il un centre de santé ici ? /___/ 1=Oui ; 2=Non

6. Si oui, lequel :.....

7. Si non, souhaitez-vous en avoir : /___/ 1=Oui ; 2=Non

8. Avez-vous fait une demande à ce propos? /___/ 1=Oui ; 2= Non

9. Si oui, avez vous été consulté avant la mise en place du centre de santé ? /___/

1= Oui ; 2=Non

10. Etes- vous associés à la gestion du centre de santé ? /___/ 1=Oui ; 2=Non

11. A quelle distance se trouve le centre de santé du lieu de résidence ? /___/

1=1 km ;2=5 km ;3=10 km ; 4=15 km ;5=+ de 15 km

12. Avec quel moyen de déplacement partez-vous au centre de santé ? /___/

1=A pied ;2=A dos de chameau ;3=A dos d'âne ; 4=A motocyclette ;5=Par automobile

13. Combien de temps vous faut-il ainsi pour arriver au centre de santé? /___/

1=30 mn ; 2=1 heure ; 3=3 heures ; 4=5 heures ; 5=10 heures ; 6= de 10 heures

14. Combien de fois par an partez-vous en consultation au centre de santé ? /___/

1=moins d'une fois ; 2=1 fois ; 3=3 fois ; 4=+ de 3 fois

15. Allez-vous au centre de santé chaque fois que vous-êtes malade ? /___/

1=Oui ; 2= Non

16. Avez-vous confiance en la médecine moderne ? /___/ 1=Oui ; 2=Non

17. Etes vous prêts à payer pour les soins de santé ? /___/ 1= Oui ; 2=Non

18. Le prix des prestations est-il abordable ? /___/ 1= Oui ; 2=Non

19. Les médicaments sont-ils abordables ? /___/ 1= Oui ; 2= Non

20. Si les soins étaient gratuits iriez vous chaque fois que vous êtes malade ? /___/

1= Oui ; 2=Non

21. Si les soins étaient gratuits iriez vous, même quand vous n'êtes pas malade? /___/

1=Oui ; 2=Non

22. Avez-vous d'autres recours en dehors du centre de santé ? /___/ 1= Oui ; 2=Non

23. Quels sont les autres recours ? /___/

1= Le marabout ; 2=Le guérisseur ; 3= Autres (Préciser).....

L'utilisation des services de santé dans la commune urbaine de San et dans la commune rurale de N'torosso.

24. Avez-vous accès à l'information (radio, tv, journaux....) ? /___/ 1= Oui ; 2=Non

25. avez-vous déjà été à l'école ? /___/ 1=Oui; 2=Non

26. Qu'est ce qui ne vous plait pas au centre de santé ? /___/ 1= L'accueil ; 2 = La communication avec les agents de santé 3= Le prix des prestations 4=La prise en charge ; 5=Autres (Préciser).....

27. Etes vous satisfaits des soins que vous recevez ? /___/ 1= Oui ; 2=Non

28. Existe-il des maladies pour lesquelles vous n'allez jamais au centre de santé ?/___/

1=Oui ; 2= Non

29. Si oui, lesquelles :.....

30. Existe-il des maladies pour lesquelles vous allez toujours ? /___/ 1= Oui ; 2=Non

31. Si oui, lesquelles :.....

32. Toutes les couches de la population ont-elles accès au centre de santé ? /___/

1=Oui ; 2=Non

33. Si non, quelles sont celles qui n'y ont pas accès ?.....

34. Partez-vous au centre de santé quand votre enfant est malade ? /___/ 1= Oui ; 2=Non

35. Partez-vous au centre de santé quand vous êtes malade ? /___/ 1= Oui ; 2=Non

36. Avez-vous peur des agents de santé ? /___/ 1=Oui ; 2=Non

37. Si oui, Pourquoi ?

38. Si non pourquoi.....

39. La santé de vos animaux vous préoccupe-t-elle ? /___/ 1=Oui ; 2=Non

40. Si oui, comment? /___/

1=moins que la votre ; 2=autant que la votre ; 3=plus que la votre

41. Est-ce vous qui rejetez le centre de santé ? /___/ 1= Oui ; 2=Non

42. Est-ce le centre de santé qui vous rejètes ? /___/ 1=Oui ; 2=Non

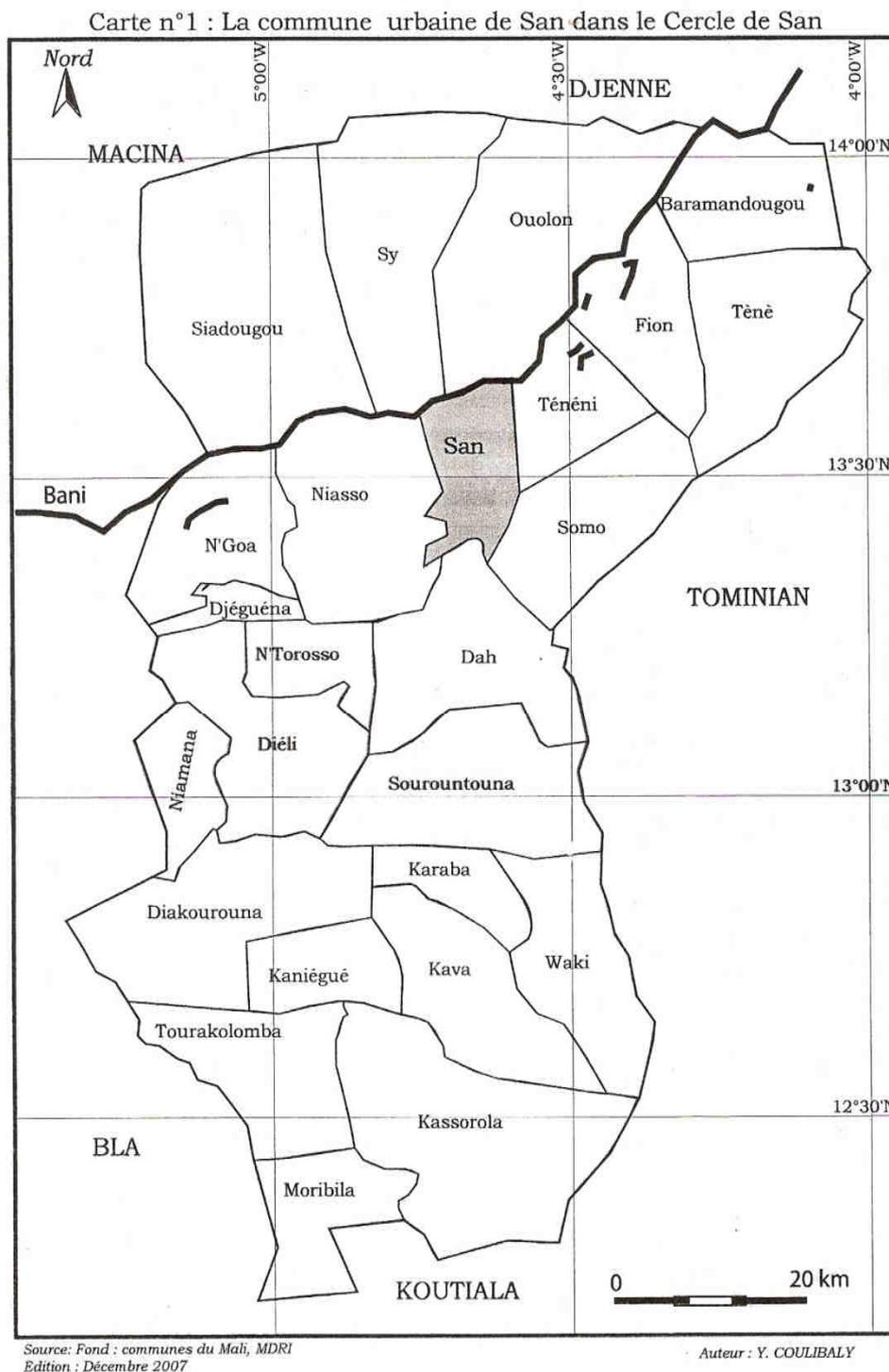


Figure 1 : carte géographique du cercle de SAN

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des **Maîtres** de cette Faculté, de mes chers **condisciples**, devant l'effigie **d'Hippocrate**, je promets et **je jure**, au nom de l'**Etre Suprême** 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 dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce 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, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le secret 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 en vers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

JE LE JURE !

L'utilisation des services de santé dans la commune urbaine de San et dans la commune rurale de N'torosso.