

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

Université des Sciences, des Techniques
et des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

DER de Santé Publique et Spécialités

N° DERSP/FMOS/USTTB

Mémoire

Master en Santé Publique

Option Santé Communautaire

Année Universitaire 2016 - 2017

**FACTEURS DETERMINANTS DE LA FAIBLE UTILISATION DES SOINS
CURATIFS DU CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE LASSA EN
COMMUNE IV DU DISTRICT DE BAMAKO EN 2017**

Présenté et soutenu le

Par :

Dr Karamoko Dédéou Ibrahima SIMAGA

Président :

Membre :

Directeur : Pr Hamadoun SANGHO

Co-directeur :

Remerciements

- ✓ Je rends grâce à **DIEU le Tout Puissant** pour le souffle de vie, la santé et le courage, sans cela ce parcours aurait été impossible.
- ✓ **A ma famille** pour tout le soutien moral durant cette formation.
- ✓ **Au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique** pour avoir accepté de financer cette formation.
- ✓ **Au Professeur Hamadoun SANGHO, Directeur de ce travail**
Vos multiples occupations ne vous ont pas empêché d'apporter votre soutien à la conception de ce travail. Votre rigueur dans le travail et votre ponctualité nous ont permis d'accomplir cette mission. Soyez en remercié. Hommage respectueux.
- ✓ **A tous les enseignants du DERSP de la FMOS**
Nos remerciements.
- ✓ **Aux membres du Jury**
Pour tout l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail, je vous prie de bien accepter mes sincères remerciements.
- ✓ **Au Dr Mama SY KONAKE, Médecin chef du CSRéf de la commune IV**
Pour votre appui à l'élaboration de ce document et votre soutien tout au long de ma formation. Soyez en remercié.
- ✓ **Au Dr Kalifa KEITA, Directeur Régional de la Santé de Kidal**
Pour votre contribution et votre soutien tout au long de ma formation. Soyez en remercié.
- ✓ **Au Dr Cheik Abou Coulibaly Maitre Assistant au DERSP**
Pour votre appui à l'élaboration de ce document. Soyez en remercié.
- ✓ **Aux populations de l'aire de santé de Lassa en commune IV**
Pour votre disponibilité quant à la réalisation de ce travail.
- ✓ **A tout le personnel du CSCom ASACOLABASAD**
Pour votre soutien et accompagnement tout au long de cette étude.
- ✓ **A tous ceux qui nous ont aidés de près ou de loin dans la réalisation de ce travail,**
nous disons un grand merci.
- ✓ **À tous ceux qui m'ont apporté leur contribution de près ou de loin**
Ma profonde gratitude.
- ✓ **À tous mes amis de la 5^{ème} promotion de Master en Santé Publique du DERSP/FMOS**
Mes sincères amitiés.

Table des matières

1. INTRODUCTION-ENONCE DU PROBLEME	1
1.1. Introduction	1
1.2. Enoncé du problème	3
2. Questions et Hypothèses de recherche	6
2.1. Questions de recherche.....	6
2.2. Hypothèses de recherche	6
3. Objectifs de l'étude	6
3.1. Objectif général :	6
3.2. Objectifs spécifiques :	6
4. Revue de la littérature :	7
4.1. Définitions opératoires des concepts	7
4.2. Etat de la connaissance :	10
5. Méthodologie	13
5.1. Cadre de l'étude.....	13
5.2. Type d'étude.....	16
5.3. Période de l'étude.....	16
5.4. Population d'étude.....	16
5.5.Échantillonnage	16
5.5.1. Taille de l'échantillon :	16
5.5.2 Méthodes d'échantillonnage.....	17
5.5.3 Technique d'échantillonnage	17
5.6 Choix des variables	18
5.7. Techniques et outils de collecte des données	21
5.8 Déroulement de la collecte de données	21
5.9 Traitement et analyse des données	22
5.10 Considérations éthiques.....	22
6. RESULTATS.....	24
6.1 Aspect descriptif.....	24
6.1.1 Facteurs sociodémographiques des ménages	24
6.1.2 Facteurs socioculturels des ménages	26
6.1.3 Facteurs socioéconomiques des ménages	28

Facteurs déterminants de la faible utilisation des soins curatifs du CSCoM de Lassa en commune IV du district de Bamako

6.1.4 Facteurs liés à l'accessibilité géographique des ménages :	29
6.1.5 Comportement et perception des ménages face à la maladie et aux services des soins curatifs du CSCoM	30
6.1.6 Résultats des entretiens avec les agents de santé du CSCoM et les membres de l'ASACO :35	
6.2 Aspect analytique :	37
6.2.1 Analyse bi-variée :	37
6.2.2 Analyse multi variée	40
7. Discussion	42
7.1L'atteinte des objectifs	42
7-2 Qualité, validité et limites	42
7-3Comparaison de nos résultats avec ceux d'autres auteurs :	43
8. Conclusion	48
11. Annexes	i

Liste des tableaux

Tableau I : Cibles et taille de l'échantillon de l'étude.....	17
Tableau II : Technique d'échantillonnage en fonction des cibles à enquêter.....	18
Tableau III: Opérationnalisation des variables.....	19
Tableau IV: Cibles/sources, techniques et outils de collecte des données	21
Tableau V: Répartition des chefs des ménages selon la tranche d'âge et la taille des ménages dans l'aire de santé de Lassa en 2017.....	24
Tableau VI : Répartition des chefs des ménages enquêtés en fonction du statut d'adhésion au CSCCom, de la religion, de l'ethnie, et la confiance aux personnels soignant du CSCCom.....	26
Tableau VII: Répartition des chefs des ménages enquêtés en fonction du revenu mensuel et de moyen de déplacement.....	28
Tableau VIII: Répartition des chefs de ménage enquêtés en fonction de la distance CSCCom /Village et des obstacles naturels.	29
Tableau IX : Répartition des ménages en fonction de la connaissance du CSCCom	30
Tableau X: Utilisation de soins curatifs du CSCCom.....	30
Tableau XI : Ménages avec une personne tombée malades et gravité de la maladie	31
Tableau XII: Structures de recours aux soins par les personnes tombées malades	32
Tableau XIII: Raisons de non fréquentation évoquée.	32
Tableau XIV: L'accueil au CSCCom, temps d'attente avant consultation et la tarification des soins curatifs.....	33
Tableau XV: Satisfaction des soins, disponibilité du personnel soignant, des médicaments, et les modalités de paiement des soins.....	34
Tableau XVI: Suggestions pour l'amélioration de la fréquentation des soins curatifs du CSCCom.....	35
Tableau XVII : Fonctionnalité de l'ASACO au niveau du CSCCom de Lassa en 2017 durant les 3 dernières années.	36
Tableau XVIII: Relation entre l'utilisation des soins curatifs du CSCCom, et les facteurs sociodémographiques.	37
Tableau XIX: Relation entre l'utilisation des soins curatifs du CSCCom et les facteurs socioculturels.	38
Tableau XX: Relation entre l'utilisation des soins curatifs du CSCCom, et les facteurs socioéconomiques.	39
Tableau XXI: Relation entre l'utilisation des soins curatifs du CSCCom, et les facteurs géographiques.	40
Tableau XXII: Model final.....	40

Liste des figures

Figure 1: Cadre conceptuel des facteurs déterminants la faible utilisation des soins curatifs du CSCCom de Lassa 5

Figure 2: Carte sanitaire du district de la commune IV, source QGIS/Health Mapper 2017 13

Figure 3: Répartition des chefs des ménages selon le sexe dans l'aire de santé de Lassa en 2017. 25

Figure 4: Répartition des chefs des ménages selon le statut matrimonial dans l'aire de santé de Lassa en 2017. 25

Figure 5: Répartition des chefs des ménages selon le niveau d'instruction dans l'aire de santé de Lassa en 2017. 27

Figure 6: Répartition des chefs des ménages selon profession dans l'aire de santé de Lassa en 2017. 28

Figure 7: Model final du cadre conceptuel des facteurs déterminant la faible utilisation des soins curatifs du CSCCom de Lassa en 2017..... 41

Abréviations, Acronymes et Sigles

CSCom : Centre de Santé Communautaire

ASACO : Association de santé communautaire

ASACOLABASAD : Association de Santé Communautaire de Lassa

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMA : Paquet minimum d'activités

PDDSS : Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social

SLIS : Système Local d'Information Sanitaire

CAM : convention d'assistance mutuelle

DCI : dénomination commune internationale

AG: Assemblée générale

CA : Conseil d'administration

CG : Comité de gestion

FELASCOM : Fédération locale des associations de santé communautaire

FERASCOM : Fédération régionale des associations de santé communautaire

FENASCOM : Fédération nationale des associations de santé communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

DERSP : Département Enseignement et de Recherche en Santé Publique

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie

Résumé

Le seuil recommandé par l'OMS, est de 50% pour la fréquentation d'une structure de santé par la population de l'aire de santé. Le CSCCom de Lassa présentait une faible utilisation des soins curatifs à 10,24% en 2017.

L'objectif de cette recherche était d'étudier les facteurs déterminant la faible utilisation des soins curatifs du Centre de Santé Communautaire de Lassa en commune IV du district de Bamako en 2017.

Une étude transversale, descriptive et analytique a été menée. Selon la formule de Daniel Schwartz 160 chefs des ménages de Lassa ont été sélectionnés par sondage aléatoire simple, trois (3) membres du bureau d'ASACO (le Président, le trésorier, le secrétaire administratif) et les huit (8) agents de santé du CSCCom ont été interviewés. Les données ont été collectées à l'aide des questionnaires. Une analyse de régression logistique multi-variée a été faite pour les variables ayant obtenu une valeur $p < 0,05$ (association statistiquement significative) à l'analyse bi-variée en utilisant le logiciel SPSS 21.0.

L'utilisation des soins curatifs était de 36,9%. La régression logistique multi variée a montré que le manque de confiance aux personnels soignant ($p=0,000$), les chefs des ménages de sexe masculin ($p=0,000$), et le statut de non adhérent des chefs des ménages au CSCCom ($p=0,011$) étaient significativement associés à la faible utilisation des soins curatifs du CSCCom de Lassa.

Il est possible d'augmenter le taux d'utilisation des soins curatifs du CSCCom, si certaines mesures sont prises (la promotion des mécanismes de partage de risque par des mutuelles de santé, la promotion des activités génératrices de revenus).

Mots-clés: Soins curatifs, faible utilisation, CSCCom de Lassa.

Abstract

The threshold recommended by the WHO, is 50% for the attendance of a health structure by the population of the health area. Lassa CSCCom had a low use of curative care at 10.24% in 2017.

The objective of this research was to study the factors determining the low use of curative care of the Lassa Community Health Center in commune IV of the district of Bamako in 2017.

Across-sectional, descriptive and analytical study was conducted. According to Daniel Schwartz's formula 160 Lassa household heads were selected by simple random survey, three (3) members of the ASACO board (the President, the treasurer, the administrative secretary) and the eight (8) health workers from the CSCCom were interviewed. The data were collected using the questionnaires. A multivariate logistic regression analysis was performed for variables that obtained a p-value of 0.05 (statistically significant association) to the bi-varied analysis using SPSS 21.0 software.

The use of curative care was 36.9%. The multi-varied logistic regression showed that the lack of confidence in caregivers ($p = 0.000$), heads of male households ($p = 0.000$), and the non adherent status of household heads at CSCCom ($p = 0.011$) were significantly associated with the low use of curative care of Lassa CSCCom.

It is possible to increase the rate of use of curative care of the CSCCom, if certain measures are taken (the promotion of risk-sharing mechanisms by mutual health, the promotion of income-generating activities).

Keywords: Healing care, low use, Lassa CSCCom.

1. INTRODUCTION-ENONCE DU PROBLEME

1.1. Introduction

La jouissance d'un niveau très élevé de santé est l'un des droits fondamentaux de tout être vivant sans distinction de race, de religion, de tendance politique et des conditions sociales, telle une déclaration de la constitution de l'OMS[1].

Depuis plus de deux décennies, sous la direction des institutions internationales (Banque Mondiale, Organisation Mondiale de la Santé et le Programme des Nations Unies pour l'Enfance), les politiques de développement sanitaire en Afrique, ont évolué dans le sens de l'amélioration de la couverture des services de santé de base. Durant les années 1980 et au début des années 1990, le constat fait était que les politiques antérieures ont systématiquement favorisé les populations urbaines, pourtant minoritaires dans beaucoup des pays en développement. Ces politiques ont encouragé des stratégies coûteuses (soins hospitaliers, médicaments de marque) sur fonds publics alors que les ressources publiques se sont raréfiées avec la crise économique. Faisant le bilan de la stratégie des soins de santé primaires promue en 1978 (Conférence d'Alma Ata), lors de la conférence de l'OMS à Lusaka en 1985, les responsables de la région Afrique, avaient reconnu les insuffisances relatives aux politiques passées. A cette occasion, ils avaient mis l'accent sur le développement des services de santé en milieu rural avec un encadrement opérationnel (districts ou zones de santé et ou/régions sanitaires)[2].

En 1987, l'initiative de Bamako promouvait le principe de la participation communautaire au paiement des services (recouvrement des coûts) et à la gestion des structures. Ainsi, les pays qui, en ce moment avaient accepté d'appliquer les recommandations de Bamako étaient appuyés par les bailleurs pour améliorer la disponibilité de l'offre de soins à l'intention de toutes les populations urbaines et rurales. Malgré les progrès enregistrés en termes de couverture, le schéma de développement des services de santé selon les principes de Bamako s'est heurté dans la majorité des cas, à double problème : le taux de fréquentation des formations sanitaires revitalisées et les indicateurs de l'état de santé des populations concernées n'ont pas évolué comme on l'espérait[3].

Ainsi, il est prôné sur le plan mondial, le concept de couverture universelle en matière de santé dont le but est, de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé dont ils ont besoin, sans que cela n'entraîne pour les usagers de difficultés financières.

La couverture universelle en matière de santé a un impact direct sur la santé de la population. L'accès aux services de santé permet aux gens d'être plus productifs et de contribuer plus activement à la vie familiale et communautaire.

Pour qu'une communauté ou un pays parvienne à la couverture universelle en matière de santé, plusieurs facteurs doivent être réunis, à savoir :

- Un système de santé solide, efficace et bien géré qui réponde aux besoins de santé prioritaires au moyen de soins intégrés ;
- Des soins à un coût abordable, donc un système de financement des services de santé qui évite aux usagers de rencontrer des difficultés financières lorsqu'ils y font appel.
- L'accès aux médicaments et aux technologies essentiels pour diagnostiquer et traiter les problèmes médicaux ;
- Des effectifs suffisants de personnels de santé bien formés et motivés, pour dispenser les services et répondre aux besoins des patients, en se fondant sur les meilleures données factuelles disponibles[4].

Au Mali en 1990, l'adoption de la politique sectorielle de santé a été suivie par la création des structures légères de santé de premier niveau pour augmenter la couverture sanitaire et l'utilisation des services de santé et comprenant un dispensaire, une maternité et un dépôt de médicaments essentiels [5].

Les Centres de Santé Communautaire (CSCCom) furent ainsi créés. Ces CSCCom sont des formations sanitaires de premier niveau créées sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée au sein d'une Association de santé communautaire (ASACO). Ils ont vocation d'assurer le service public de santé au niveau de l'aire de santé pour répondre de façon efficace et efficiente aux problèmes de santé de cette population et la fourniture du paquet minimum d'activités (PMA). A cet effet, ils sont chargés:

- de fournir des prestations curatives telles que les soins courants aux malades, le dépistage et le traitement des endémies locales, les explorations paracliniques courantes ;
- d'assurer la disponibilité des médicaments essentiels en DCI ;
- d'initier et de développer des activités promotionnelles (hygiène, assainissement, développement communautaire, information, éducation et communication) ;
- de développer des activités de soins préventifs (vaccination, santé maternelle infantile, planning familial, éducation pour la santé) [6].

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

C'est à partir de 1989 que le premier centre de santé communautaire (CSCCom), géré, non plus par l'Etat, mais par la communauté à travers une association de santé communautaire (ASACO), est inauguré dans un quartier (Banconi) pauvre de Bamako, et qui s'est doté très rapidement d'une maternité, a conduit à une explosion de demandes émanant d'autres quartiers de Bamako [7].

La loi d'orientation sur la Santé en date du 22 juillet 2002 indique que l'extension de la couverture sanitaire est un objectif essentiel du PDDSS. C'est ainsi que dans le cadre de la mise en œuvre de la politique sectorielle érigée en Loi d'orientation, la carte sanitaire révisée (découpage du territoire national en aires de santé) prévoit 1 543 aires en 2015 dans le PDDSS des régions. Il est prévu dans chaque aire de santé, un Centre de Santé Communautaire créé et géré par une Association de Santé Communautaire (ASACO). En fin 2016, le Mali dispose de 1 296 CSCCom fonctionnels[8].

1.2. Enoncé du problème

Depuis plus de deux décennies, il a été observé à travers certaines régions du monde que la fréquentation des structures de santé est de plus en plus faible. Ceci peut se vérifier à travers un nombre important de constats :

Une étude d'IZANDENGERA ABINTEGENKE A. (2011) révèle que selon l'OMS le taux de fréquentation des structures sanitaires dans la plupart des villes asiatiques et africaines est relativement faible, posant ainsi un véritable problème de santé publique.

Les études évaluatives des programmes en Afrique subsaharienne effectuées par S.FALL et I.SECK(2009) ont montré que le faible accès et l'utilisation des structures de santé est redoutable. En zone rurale 70% des cas des maladies sont traitées à domicile contre 50% en milieu urbain. En 2010 les études sur le système des soins de santé menée par Dr

V.DEKYSER révèlent que le taux de fréquentation des districts sanitaires est très faible, 0,24% par an au MALI 0,34% au BURKINA-FASO ; 0,30% au BENIN, malgré la présence des infrastructures viables. Au Mali (2009), une étude a montré que l'utilisation des services de santé en fin 2003 est de 0,23 contact par habitant et plus faible dans la zone de Mopti qui est de 0,16 contact. Une étude menée par R. IKELLE (2007) sur la qualité de gestion et d'attractivité de l'hôpital de District de Bonassama à Douala révèle qu'entre 2002 et 2006 le taux de fréquentation oscillait entre 10 et 13%.

Selon APAD (2006) le taux de fréquentation des structures sanitaires s'élève à 0,3 contact par an et par habitant. Au vue de ces différentes informations relatives à la fréquentation des structures sanitaires, il est clair qu'au niveau mondial en général, africain en particulier et spécifiquement dans notre pays le Mali, bon nombre de structures de soin n'a jamais atteint le seuil recommandé par l'OMS, qui est de 50% pour la fréquentation d'une structure de santé par la population d'une aire de santé[9].

En 2009, l'association internationale de développement en sigle (IDA) qui est le fond de la banque mondiale pour les pauvres, l'un des principaux bailleurs d'aide au développement, finance des projets d'appui à la santé, à l'éducation, aux infrastructures, à l'agriculture, à l'économie et au renforcement institutionnel dans les 79 pays les plus pauvres de la planète ,dont 39 pays africains. Dans ses recherches, elle a trouvé que le taux d'utilisation des centres de santé a quasiment doublé, passant de 20% en 2005 à 39% en 2009.Nous remarquons que par ces résultats de 79 pays du monde dont le Haïti, Niger, Cote d'Ivoire, le taux d'utilisation des structures de santé n'avait jamais dépassé 50% jusqu'en 2009[10].

En 2013 une évolution positive de la proportion a été observée par rapport à la population ayant accès au Paquet Minimum d'Activité (PMA) : 58% de la population se trouvait à moins de 5Km d'une structure de santé offrant le PMA,87% était à moins de 15km [8].

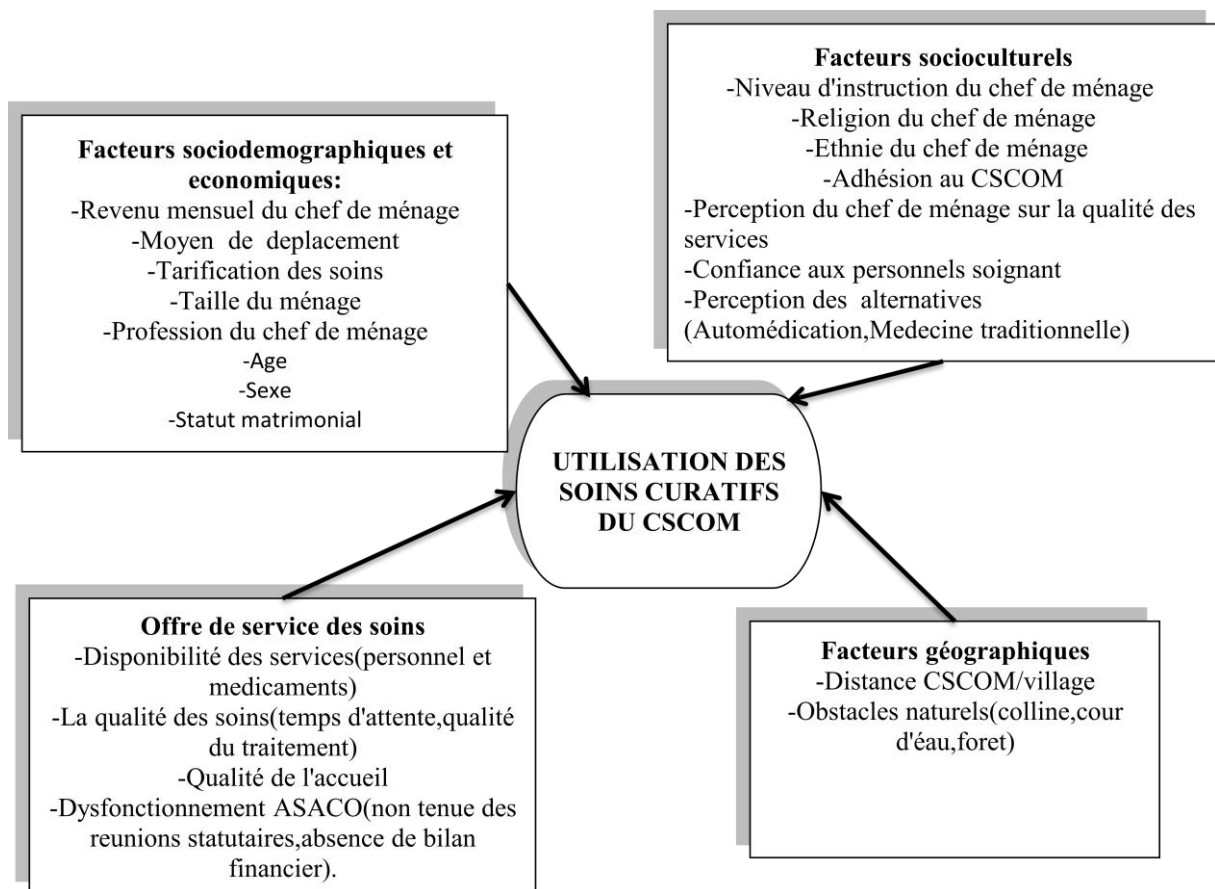
Si les réformes entreprises depuis le milieu des années 1980 (autorisation de la médecine privée, politique sectorielle, décentralisation, etc..) a contribué à l'accroissement substantiel de l'offre de soins au Mali, l'utilisation des services de santé, notamment des structures de soins de premier niveau, qui bien qu'ayant augmenté, reste faible. Elle est passée de 0,23 contact/personne/an à 0,41 entre 2003 et 2012-2013 tandis que la proportion d'accouchements assistés est passée de 42 % à 59 % sur la même période. Cette faible utilisation, a d'une part contribué à maintenir un état de santé déficient (les quotients de mortalité infantile et de mortalité infanto-juvénile sont très élevés, 56 et 95 pour 1000 naissances vivantes, le taux de mortalité maternelle est de 368 pour 100.000 naissances vivantes, et n'a pas, d'autre part permis d'atteindre les objectifs fixés en termes d'éducation sanitaire notamment en matière de nutrition, d'hygiène, de prévention et de planning familial moins de 9 % des femmes utilisent un moyen moderne de contraception[11] [12].

Les données du Système Local d'Information Sanitaire de la commune IV (SLIS) des années 2016 et 2017 montrent une nette régression des indicateurs d'utilisation des services des soins curatifs au niveau du CSCom de Lassa.

Ainsi de 2016 à 2017 le taux de consultation curative est passé de 1057 soit 17,14% à 650 soit 10,24%.

Au plan organisationnel l'ASACO du CSCom de Lassa n'est pas fonctionnel ce qui favorise la mauvaise gestion du CSCom sur le plan financier et rend difficile la gestion des ressources humaines.

Au regard de tout ce qui précède, une analyse poussée des différents facteurs déterminants la faible utilisation des soins curatifs du CSCom de Lassa s'avère importante, afin de déterminer les facteurs associés dans ce CSCom.



Légende




-  Variable dépendante
-  Variables indépendantes
-  Liaison directe

Figure 1: Cadre conceptuel des facteurs déterminants la faible utilisation des soins curatifs du CSCom de Lassa

2. Questions et Hypothèses de recherche

2.1. Questions de recherche

- Quels sont les facteurs qui seraient à la base de la faible utilisation des soins curatifs du CSCCom de Lassa ?
- Comment les facteurs sociodémographiques influent-ils négativement sur les ménages pour ne pas utiliser les soins curatifs offerts par le CSCCom.

2.2. Hypothèses de recherche

- La faible utilisation des soins curatifs du CSCCom de Lassa est liée à la faible accessibilité géographique.
- La mauvaise perception de la qualité des soins curatifs au CSCCom de Lassa influence de façon négative sur l'utilisation des services.
- La faible utilisation des soins curatifs du CSCCom de Lassa est liée au faible revenu des ménages.

3. Objectifs de l'étude

3.1. Objectif général :

Etudier les facteurs déterminant la faible utilisation des soins curatifs du Centre de Santé Communautaire de Lassa en commune IV du district de Bamako en 2017.

3.2. Objectifs spécifiques :

- ✓ Décrire les caractéristiques socio démographiques, culturels et économiques des ménages de Lassa ;
- ✓ Analyser l'utilisation des soins curatifs du CSCCom de Lassa ;
- ✓ Déterminer le niveau de connaissances, attitudes et pratiques des ménages vis-à-vis de la maladie et la perception des ménages sur la qualité des services;
- ✓ Identifier les facteurs déterminant la faible utilisation des soins curatifs du CSCCom de Lassa en 2017.

4. Revue de la littérature :

4.1. Définitions opératoires des concepts

Facteur :

Le Dictionnaire Maloine de l'infirmière définit le mot facteur comme un élément jouant un rôle important dans le déclenchement ou l'évolution d'une réaction, d'une maladie ou d'un phénomène quelconque [13].

Selon le Dictionnaire Larousse, le facteur est un élément qui agit, qui influe [14].

Utilisation des soins curatifs du CSCom :

C'est le fait que la population se rend habituellement dans le CSCom afin de bénéficier de l'ensemble d'activités curatives [14].

District sanitaire:

c'est la circonscription sanitaire, qui constitue l'unité opérationnelle de planification conformément à la stratégie africaine de développement sanitaire. Il regroupe un certain nombre d'aires de santé.

Le district correspond au cercle ou à une commune urbaine au Mali.

Carte sanitaire:

c'est un document qui consacre le découpage du territoire national en aires de santé et sur la base duquel sont créés les établissements publics communautaires et privés de santé.

Aire de santé :

l'aire de santé est déterminée sur la base d'une population comprise entre 5000 et 10000 habitants vivants dans un rayon de 15 Km autour d'un CSCom /CSAR et ayant en commun des affinités d'ordre socio-anthropologique. Ces critères ont pour but de permettre au CSCom:

- une fréquentation suffisante pour le rendre viable financièrement,
- une accessibilité géographique dans un environnement où les moyens de transports font généralement défaut [15].

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 promouvoir l'efficacité des services de santé par la coordination des efforts communautaires [14].

Association de santé communautaire(ASACO):

c'est un regroupement d'usagers du service public de santé, pouvant être autorisé à créer et faire fonctionner un établissement de santé dénommé «Centre de santé communautaire».

Centre de Santé Communautaire(CSCCom):

c'est une formation sanitaire de premier niveau créée sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée au sein d'une association de santé communautaire. Il a vocation d'assurer le service public de santé au niveau de l'aire de santé pour répondre de façon efficace et efficiente aux problèmes de santé de cette population et la fourniture du paquet minimum d'activités (PMA).

Programme de Développement Sanitaire et Social(PRODESS) :

un document contenant l'ensemble des objectifs structurés en tâches à exécuter pour une période de 5 ans dans le cadre du Plan Décennal de développement sanitaire et social.

Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social(PDDSS) :

Un document contenant l'ensemble des orientations stratégiques envisagées dans le cadre de la mise en œuvre de la politique nationale de santé. Il est élaboré pour 10 ans.

Processus de mise en place du CSCCom :

La mise en place d'un CSCCom passe par le processus suivant : Constitution de l'ASACO :

il s'agit de l'élaboration du statut et du règlement intérieur et la reconnaissance de l'ASACO par le ministère de l'administration territoriale et des collectivités locales.

-Etude : l'étude du milieu, monographie des villages de l'aire c'est-à-dire le recensement de la population de l'aire.

-Approche communautaire, négociation (mise en place du CSCCom) :

Il s'agit de la visite d'information village par village, quartier par quartier, de la négociation de la carte (aire de santé), de la tenue d'assemblée générale des villages ou quartiers, et du choix du lieu d'implantation.

Elaboration du projet du CSCCom :

-engagement des différents partenaires (état et /ou ONG),

-Obtention de l'agrément,

-Signature de la CAM (convention d'assistance mutuelle) avec l'état.

Le cadre de cette convention assistance mutuelle est défini par l'arrêté interministériel n° 94-5092 / MSSPA- MATS- MF du 21 avril 1994 modifié depuis environ 5 ans par l'arrêté interministériel n°314 dont les articles 3 et 10 stipulent :

Article 3 : << le CSCCom est une formation sanitaire de 1er niveau, créé sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée au sein d'une ASACO pour répondre de façon efficace à ces 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 CSCCom.

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.

Pour l'ASACO :

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

Pour l'ETAT :

- Assurer la disponibilité d'un plateau technique de référence et 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 en gestion du personnel du CSCoM et 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'activité) ;
- Exercer une supervision technique périodique du CSCoM.

Fonctionnement et organes de gestion de l'ASACO :

Selon les textes régissant les ASACO, elles doivent être dotées de structures dirigeantes suivantes :

- Assemblée générale (AG) : elle est appelée aussi assemblée des membres adhérents. Elle représente l'ensemble des adhérents (villages, quartiers, familles ou individus) de l'aire de santé ;
- Le conseil d'administration (CA) : il est l'organe d'exécution des décisions de l'A.G :

-Le comité de gestion (CG) : il est l'organe qui s'occupe essentiellement de la gestion du comité de santé ;

-Le comité de surveillance (CS) : il est chargé de la surveillance des activités du CS.

Toute ASACO dotée de ces organes peut créer son centre de santé communautaire. Cette création doit se faire avec la pleine collaboration des autorités sanitaires tout en respectant la carte sanitaire.

Les ASACO se sont organisées en :

- Fédération locale des associations de santé communautaire (FELASCOM),
- Fédération régionale des associations de santé communautaire (FERASCOM)[15].

D'après la FENASCOM, le Mali compte en 2016 environ 1290 ASACO [8].

4.2. Etat de la connaissance :

Pour mieux comprendre les facteurs déterminants la faible utilisation des services des soins curatifs du CSCoM, nous avons parcouru différentes informations disponibles à travers diverses sources.

En 2009, Didier Rama nana & O. Barthes dans une étude sur le fonds d'achat des services de santé dans le Kasaï occidental (RDC), arrivent à comparer le système de financement des soins au Rwanda et la RDC, et terminant ils s'expriment en ces termes « On ne peut comparer le Rwanda et la RDC en ce qui concerne l'utilisation des services des santé à cause du système de financement basé sur les mutuelles de santé [16].

Dans une étude menée dans la commune de Gaba à Kinshasa par P. Kebela(2004) dans son article« santé pour tous : identification des facteurs explicatifs de l'accessibilité aux soins de santé » pour un échantillon de 289 ménages, il se révèle une interdépendance entre l'accessibilité et la religion, le revenu, la prise en charge des soins par les ménages.

Il continue en disant qu'il ya une relation entre le niveau d'instruction et l'accessibilité aux soins[17].

Selon D. Fountain et J.Coutejoie, la confiance a été citée parmi les autres éléments jouant beaucoup sur l'utilisation des structures de santé. Ils se prononcent de la manière suivante « par ailleurs des malades restent chez eux, ne viennent ni à l'hôpital ni au dispensaire parce que l'hôpital est trop loin ou cher ou encore par ce que on n'a pas confiance dans le traitement » Il convient à dire que, même si les structures des soins sont à la portée de la population, il sera difficile à cette dernière de les fréquenter si elle n'espère pas trouver guérison ou le rétablissement de sa santé. [18].

Une étude menée au Sénégal par SADIO&DIOP F sur l'utilisation et demande des soins de santé a pu révéler plusieurs facteurs qui jouent sur l'utilisation des structures de santé dont le coût des soins, le revenu insuffisant et la fréquentation excessive de la médecine naturelle « Parmi les 6331 individus de la zone de santé rurale ayant déclaré être tombés malades durant le mois précédent le passage de l'enquêteur, 50% n'ont pas cherché les soins au moment opportun compte tenu de la pauvreté, le secteur sanitaire moderne y compris les établissements sanitaires tertiaires de la santé publique servent essentiellement les couches aisées des populations rurales et la majorité de la population se dirige principalement vers les tradipraticiens. Le revenu journalier joue un grand rôle dans l'entrée du secteur moderne car une augmentation du revenu de 100% augmente la probabilité d'entrer à temps dans le secteur moderne[19].

P .Mushagalusa Salongo dans son étude des déterminants de l'utilisation des services de santé dans la ZS de Kadutu, Il ressort de celle-ci que «le motif principal de choix d'une structure des soins, c'est la qualité tandis que les raisons financières constituent le principal motif de renoncement aux soins [20].

L'enquête menée en 2005 par CIF/SANTE Nord Kivu sur l'accessibilité aux soins de santé dans la province du Nord Kivu, révèle que la santé constitue un problème prioritaire de la population: 44% des ménages ont vendu un bien de valeur pour recourir aux soins. [21].

Une étude menée au Tchad par Dr Itama et Mbainadjina sur l'étude socio économique sur les coûts et accessibilité des populations aux soins de santé révèle que 61 % de la population font recours aux structures de santé lorsqu'ils sont malades, 20% vont chez les tradi-praticiens et 19% font recours à l'automédication [22].

Au Cameroun, il a été constaté que 80% de la population revêt un profil de consommation de pauvre. Cela entraîne une faible capacité de recours aux soins et donc des dépenses de santé effectifs très faibles. La décision de se faire consulter dès l'apparition de la maladie est largement tributaire des moyens financiers disponibles. Le manque d'argent a constitué pour l'automédication moderne et l'abstention la raison fondamentale de la décision thérapeutique[23].

Au Mali, le personnel soignant ayant soumis en réunion de « concertation locale » le problème de sous fréquentation des centres de santé par les malades, une analyse des raisons de cet état a été conduite via une série d'animations avec les populations de l'aire de santé concernée. Ces séances ont fait ressortir différents aspects :

-Le problème de l'accessibilité financière au centre de soins du fait des faibles revenus de la population, particulièrement à certaines périodes de l'année,

- L'inexistence de la notion d'épargne de santé,
- L'absence de liquidité financière,
- Le fait de ne pas donner la priorité aux dépenses de santé par rapport aux autres types de dépenses (on ne dépense pas de l'argent pour se faire soigner quand on est malade)

La plupart des malades se rendent ainsi au centre de santé uniquement les jours de foire, car c'est le moment propice pour se procurer de l'argent liquide en vendant quelques biens. Cela explique qu'il n'est pas rare de voir les parents des patients se présenter d'abord au centre pour faire estimer le coût des soins avant de se rendre au marché pour vendre bétail, grains, poissons et autres produits pouvant couvrir le montant de la dépense. Les personnes qui n'ont aucun moyen, ou presque, soit se retournent vers les tradithérapeutes, soit vers les vendeurs ambulants des médicaments, ou tout simplement restent à la maison [24].

5. Méthodologie

5.1. Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée dans l'aire de santé de Lassa en commune IV du district de Bamako.

Description du district sanitaire :

Le district sanitaire de la commune IV est l'un des six districts sanitaires de Bamako.

Situation géographique:

La commune IV du district de Bamako couvre une superficie de 37,68 Km² soit 14,11% de la superficie du district, il est limité :

- au nord et à l'est par la commune III ;
- au sud par le nid du fleuve Niger et la commune III ;
- à l'ouest par le cercle de Kati.

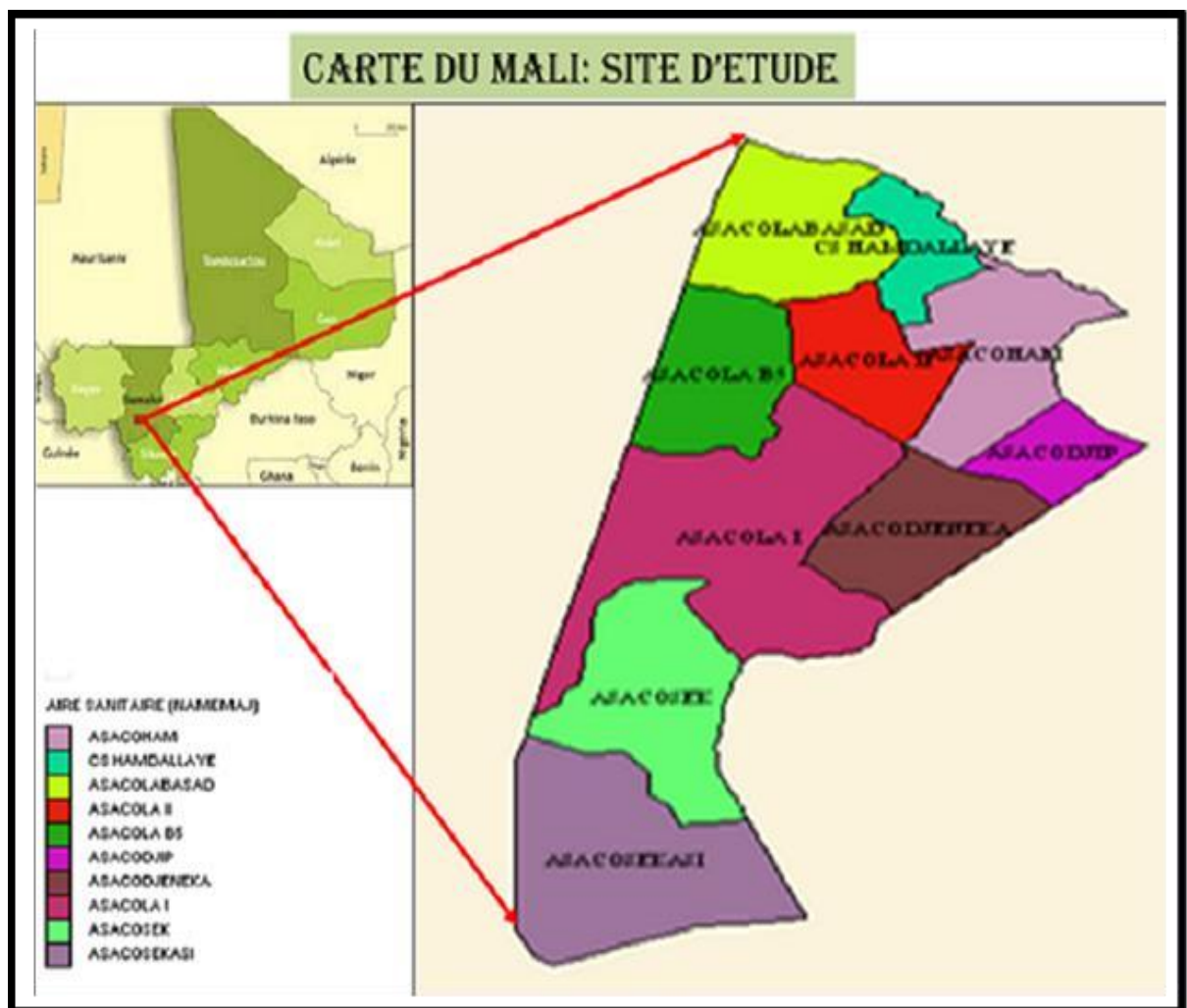


Figure 2: Carte sanitaire du district de la commune IV, source QGIS/Health Mapper 2017

Le relief

La commune IV repose sur le socle granitique et schisteux du précambrien, recouvert par une couverture sédimentaire de grès. Elle est entièrement située dans un vaste ensemble morphologique du plateau Mandingue. Le relief est dominé par quelques collines qui se situent dans sa partie Ouest et Nord, notamment le Lassa koulou, le koulouni yèlèko et le koko koulou qui sont des formations gréseuses constituant les dernières marches des Mandingues, et la vallée du Niger (Sibiribougou, Kalabambougou, Sebenikoro). Ces collines constituent des contraintes naturelles pour l'accessibilité de certains quartiers comme Lassa.

Le climat

La commune IV est située entre les isohyètes 700 à 1300mm. Le relief est peu marqué pour influencer la circulation de la basse atmosphère. Le climat est de type soudanien marqué par l'alternance d'une saison pluvieuse appelée hivernage avec une pluviométrie comprise entre 800 et 1200mm/an, et saison sèche.

Une saison des pluies qui s'étend sur 5 mois de Juin à Octobre, et une saison sèche répartie en deux périodes : une période froide (de Novembre à Janvier) et celle chaude (de Février à Mai). La saison sèche limite la prolifération des anophèles par réduction du nombre de gîtes.

Hydrographie

La commune est traversée au sud par le fleuve Niger, au centre par la rivière Woyowayanko. La rivière de Farako ou Diafaranako tire sa source des collines de Lassa pour aboutir au fleuve Niger. Il y a également le Souroutoumba de Sibiribougou.

Situation démographique

L'histoire de commune IV se confond presque à celle de la ville de Bamako. La commune IV est constituée de huit (08) quartiers qui sont des entités distinctes les unes des autres par leur mode de peuplement et par certain mode de vie.

À l'origine, le peuplement de la commune a commencé à Lassa situé au Nord-Est de la commune IV. Il fut fondé vers le XVIII siècle par les Camara originaires de Siby.

Sibiribougou, fondé vers le XIX siècle par Sibiri Camara en provenance de Siby en compagnie d'autres transfuges.

Kalabambougou situé au bord du fleuve Niger fut fondé vers 1860 par les Camara en provenance de Koursalé pour échapper aux exactions d'Almamy Samory Touré.

Talko a été fondé vers 1860 par Mariko Traoré venu de Sanakoroba.

Vers le XIX siècle que fut fondé Djikoroni-Para par Laye Diakité en demande de l'hospitalité au Niaré famille fondatrice de Bamako. Sebenikoro, crée vers 1910 par des fugitifs originaires du Beledougou dont Fodeba Sangaré, Moriba et Diallo auxquels les familles Touré et Niaré ont accordé l'hospitalité.

Hamdallaye a été créé vers 1948 par Edmond Louveau, Gouverneur du Soudan français dans la mise en œuvre de sa politique de désengagement des quartiers du centre -ville de Bamako. Lafiabougou a été créé en 1961 par les autorités de la 1ère République du Mali, ceux refoulés du Congo-Zaïre et les habitants de Bamako restés sans habitats.

Ces quartiers sont administrés par des autorités coutumières qui sont les chefs de quartiers. Ceux-ci sont soit nommés par l'autorité administrative régionale sur proposition des notables du quartier, guidés eux même par le coefficient de valeur du candidat, soit simplement désignés par ces mêmes notables ou élus par les populations. Ils sont assistés dans leurs tâches par des conseillers qu'ils nomment après consultations des populations.

Les conseillers sont choisis suivant les aires géographiques. Ainsi certains quartiers sont divisés en secteurs et /ou comprennent des zones spontanées dont la prolifération croit à un rythme galopant. Cette prolifération des quartiers spontanés met en péril le développement de la commune, puisque ces zones ne sont pas équipées pour répondre aux besoins des populations, besoins que l'administration communale et les différents partenaires au développement essaient facilement de satisfaire.

Situation sanitaire :

Le district sanitaire de la commune IV de Bamako compte 10 aires de santé dont 9 fonctionnelles et un centre de santé de référence.

Les structures de santé :

La commune IV comprend Un (1) centre de santé de référence situé à Lafiabougou qui couvre neuf (9) centres de santé communautaires et une maternité : ASACOSEK, ASACOSEKASI, ASACODJENEKA, ASACODJIP, ASACOLA 1, ASACOLA 2, ASACOLAB 5, ASACOHAM, ASACOLABASAD et la maternité d'Hamdallaye.

5.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique.

5.3. Période de l'étude

Cette étude s'est déroulée entre octobre 2017 et mars 2018.

5.4. Population d'étude

La population était constituée :

- ✓ les chefs des ménages de Lassa
- ✓ les agents de santé du CSCCom
- ✓ les membres d'ASACO

Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude :

- ✓ les chefs de ménage résidant dans l'aire de santé depuis au moins 6 mois et présents au moment de l'étude.
- ✓ Les agents de santé ayant fait au moins 6 mois dans le centre de santé et présent au moment de l'étude ;
- ✓ les membres du bureau de l'ASACO présents au moment de l'étude ;

Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans l'étude :

Les personnes éligibles absentes pendant la période de collecte des données ou ayant refusées de participer à l'enquête.

5.5.Échantillonnage

5.5.1. Taille de l'échantillon :

La taille minimale de l'échantillon des ménages a été calculée à partir de la formule de Daniel

Schwartz :
$$n = \frac{z^2 \times p \times q}{i^2}$$

p = proportion des personnes ayant utilisé les services des soins curatifs du CSCCom est de **10,24%** en 2017 (source : SIS CSREF CIV).

q = 1- P proportion des personnes n'ayant pas utilise les services des soins curatifs du CSCCom.

z² = Coefficient qui correspond à l'intervalle de confiance. Sa valeur est de 1,96 quand l'IC est 95%.

i² = La marge d'erreur, sa valeur est de 5% ou 0,05 quand l'IC est de 95%.

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,10 \times 0,9}{(0,05)^2} = 138,29$$

Dans le but de palier au risque de non-réponses, qui peut subvenir dans des études pareilles, et pour ne pas tomber en dessous de la taille minimale qui garantit la précision dans l'estimation des paramètres, nous avons estimé à 15% le taux de non-réponses on aura :

$$15\% = \frac{138,29 \times 15}{100} = 20,74$$

$$n = 138,29 + 20,74 = 159,03 \cong 160$$

Au total nous avons enquêté 160 chefs de ménage pour cette étude.

Tableau I : Cibles et taille de l'échantillon de l'étude

Cibles	Effectifs
Chefs des ménages	160
Agents de santé du CSCom	08
Membres d'ASACO	03
Total	171

5.5.2 Méthodes d'échantillonnage

La méthode a été probabiliste et non probabiliste.

- ✓ Choix des chefs des ménages

La méthode probabiliste a été utilisée pour le choix des chefs des ménages

- ✓ Choix des membres de l'ASACO et les agents de santé du CSCom

La méthode non probabiliste a été utilisée pour le choix des agents de santé et les membres de l'ASACO.

5.5.3 Technique d'échantillonnage

-Pour le choix des chefs des ménages, nous avons adopté un sondage aléatoire simple. Le ménage du chef du quartier a été choisi comme repère et à partir de ce repère, nous avons déterminé une direction au hasard en lançant un stylo en l'air et nous avons commencé l'enquête à partir de la direction indiquée par la pointe du stylo. Ainsi de proche en proche, nous avons parcouru l'aire de santé jusqu'à atteindre le chiffre escompté.

-Pour les agents de santé nous avons pris la liste exhaustive du personnel(les huit agents de santé du CSCCom).

-Pour les membres du bureau de l'ASACO (le Président, le trésorier, le secrétaire administratif) un choix raisonné nous a permis de les sélectionner pour l'entrevue.

Tableau II : Technique d'échantillonnage en fonction des cibles à enquêter

Cibles	Techniques d'échantillonnage
Chefs des ménages	Sondage aléatoire simple
Agents de santé	Choix exhaustif
Membres d'ASACO	Choix raisonné

5.6 Choix des variables

Variable dépendante :

Utilisation des soins curatifs du CSCCom.

Variables indépendantes :

Il s'agissait des variables pouvant influencées la variable dépendante :

✓ Facteurs socioculturels :

Niveau d'instruction du chef de ménage

Religion du chef de ménage

Ethnie du chef de ménage

Statut d'adhésion au CSCCom

Confiance aux personnels soignant

Perception de la qualité des services (qualité de l'accueil, temps d'attente, disponibilité des médicaments, satisfaction ou pas des soins reçus, disponibilité du personnel,)

✓ Facteurs sociodémographiques:

Age du chef de ménage

Sexe du chef de ménage

Statut matrimonial du chef de ménage

Taille du ménage

✓ Facteurs socioéconomiques:

Revenu mensuel du ménage

Profession du chef de ménage

Tarifcation des soins

Moyens de déplacement dans le ménage

✓ Facteurs géographiques:

Distance résidence/ CSCoM

Obstacles naturels

Tableau III: Opérationnalisation des variables

Variables	Définition Opérationnelle	Modalités
Variable dépendante		
Utilisation des soins curatifs	Utilisation des soins curatifs du CSCoM par les ménages au cours des 12 derniers mois pour bénéficier d'une prise en charge	1=Oui 2=Non
Variables indépendantes		
Niveau d'instruction du chef de ménage	Le plus haut niveau d'études atteint par le chef de ménage :	1=N'a jamais étudié (e) 2=Niveau primaire 3=Niveau secondaire 4=Niveau supérieur
Religion du chef de ménage	Religion pratiquée par le chef de ménage	1= Musulmane 2=Chrétienne 3=Autres
Ethnie du chef de ménage	Appartenance a un groupe d'ethnie	1=Bambara 2=Malinké 3=Sarakolé 4=Bozo 5=Dogon 6=Peulh 7=Autres
Statut d'adhésion au CSCoM	C'est le fait d'être membre adhérent du CSCoM	1=Oui 2=Non
Confiance aux	C'est la confiance de la population aux agents de santé du CSCoM	1=Oui 2=Non

Facteurs déterminants de la faible utilisation des soins curatifs du CSCoM de Lassa en commune IV du district de Bamako

personnels soignant		
Perception de la qualité des services	La perception qu'a le chef de ménage de la qualité des services par rapport à : Accueil,	1= Satisfait 2=Non satisfait
	Temps d'attente,	1=Moins de 15 minutes 2=15-30 minutes
	Disponibilité du personnel soignant	1= Oui 2=Non
	Disponibilité des médicaments	1= Oui 2=Non
	Satisfaction ou pas des soins reçus	1= Satisfait 2=Non satisfait
Age du chef de ménage	C'est l'âge révolu du chef de ménage au moment de l'enquête	Ordinale 1=15-24 ans 2=25-34 ans 3=35-44 ans 4=45 ans et plus
Sexe du chef de ménage	Masculin ou féminin	1=Masculin 2=Féminin
Statut matrimonial du chef de ménage	Situation affective du chef de ménage au moment de l'enquête	1=Marié (e) 2=Célibataire 3= Divorcé (e) 4= Veuf (ve)
Taille du ménage	Nombre de personnes qui habitent sous le toit du chef de ménage et sous sa responsabilité.	1=1-5 personnes 2=6 personnes et plus
Revenu du ménage	Existence de revenu mensuel régulier pour le chef de ménage	1=Oui 2=Non
Profession du chef de ménage	Activité professionnelle du chef de ménage au moment de l'enquête	1=Fonctionnaire 2=Commerçant 3=Cultivateur

		4=Chômeur 5=Ménagère 6=Autres à préciser
Tarification des soins	Cout de la dernière visite au CSCCom (consultation et médicaments)	1=Abordable 2=Cher
Moyen de déplacement	Existence de moyen de déplacement dans le ménage	1=Oui 2=Non
Distance CSCCom /village	Distance entre la résidence du ménage et le CSCCom	1=0 à 5 Km 2=6 Km et plus
Obstacles	Obstacle pour atteindre le CSCCom	1=Colline 2=Autres

5.7. Techniques et outils de collecte des données

Le tableau ci-dessous résume les techniques et outils de collecte des données utilisés dans l'étude.

Tableau IV: Cibles/sources, techniques et outils de collecte des données

Cibles/sources	Techniques	Outils
Chef de ménage	Enquête par questionnaire	Questionnaire
Agents de santé du CSCCom	Enquête par questionnaire	Questionnaire
Membres de l'ASACO	Enquête par questionnaire	Questionnaire

Les outils de collecte ont été confectionnés et ensuite testés dans l'aire de santé de ASACODJIP en commune IV du district de Bamako.

5.8 Déroulement de la collecte de données

La collecte des données s'est déroulée du 20 au 30 janvier 2018 dans l'aire de santé de Lassa en commune IV du district de Bamako et a consisté à l'administration des questionnaires aux différentes cibles.

La collecte des données a été effectuée par 05 enquêteurs de niveau d'instruction supérieur et secondaire qui ont été supervisés régulièrement par nous-mêmes.

Ces enquêteurs, tous agents de santé ont été formés pendant une journée.

5.9 Traitement et analyse des données

Le traitement des données a été à la fois manuel et informatisé.

Les étapes suivantes ont été suivies :

- ✓ la vérification des données et la correction des éventuelles erreurs d'enregistrement sur les fiches de collecte de données ;
- ✓ le codage des données ;
- ✓ la création d'un masque de saisie avec le logiciel SPSS version 21.0 for Windows pour analyse.
- ✓ la saisie, le traitement de texte, des tableaux et des figures ont été effectués à l'aide des logiciels Word et Excel.
- ✓ le dépouillement manuel des données qualitatives.

L'analyse des données a porté sur deux aspects :

Aspect descriptif :

Nous avons utilisé les proportions et moyennes avec écart type pour les variables quantitatives ; les données qualitatives ont fait l'objet d'analyse de contenu.

Aspect analytique :

Analyse bi-variée

Nous avons fait un croisement entre la variable dépendante « utilisation des soins curatifs » avec chacune des variables indépendantes pour rechercher une association.

Le test de Chi² de Pearson a été utilisé pour vérifier l'association avec un seuil de signification de 0,05.

Analyse multi-variée

Toutes les variables dont le seuil de signification a été inférieur à 5%, ont été mises dans un modèle global.

Par le système de retrait pas à pas, nous avons éliminé les variables qui n'ont pas été significatives (P-value inférieur à 5%), pour retenir un modèle final.

5.10 Considérations éthiques

Nous avons jugé nécessaire d'obtenir le consentement des personnes cibles de l'enquête.

Pour y parvenir nous avons demandé une autorisation auprès des autorités politiques et traditionnelles de la commune de commune IV pour mener l'enquête dans le CSCCom et les villages ou quartiers qui ont été retenus.

Le consentement libre et éclairé signé des participants a été sollicité dans le cadre de l'entretien après une explication claire du contenu du protocole et du but de l'étude.

Nous avons expliqué clairement que le refus de toute personne de participer à l'enquête n'entraînait aucune conséquence fâcheuse pour elle ou un des siens.

La confidentialité a été assurée en ce qui concerne les renseignements obtenus en respectant l'anonymat.

Les avantages de l'étude :

Cette étude doit permettre d'identifier et de mieux comprendre les facteurs déterminants la faible utilisation des soins curatifs du CSCCom et de proposer des solutions permettant d'agir sur ces facteurs déterminants pour la santé des populations.

Les inconvénients de l'étude :

La perte de temps pour les sujets inclus dans l'étude qui a été occasionnée par la participation à l'enquête.

Plan de diffusion des résultats:

Il est prévu de

- faire une restitution locale avec les autorités administrative, politique et traditionnelle, le Médecin chef, le personnel du CSCCom et les membres de l'ASACO
- déposer une copie du mémoire au niveau du CSCCom de Lassa ;
- fournir une copie du mémoire au niveau du DERSP ;
- utiliser les résultats pour la rédaction d'article pour des publications dans des revus scientifiques.

6. RESULTATS

6.1 Aspect descriptif

6.1.1 Facteurs sociodémographiques des ménages

L'ensemble de la population vivant dans les 160 ménages enquêtés s'élevait à 1098 personnes. La moyenne des personnes dans les ménages était de 6,8 avec un écart type de 2,35 personnes.

L'âge moyen des chefs des ménages était de 43,2 avec un écart type de 11,8 ans.

Les ménages qui étaient dirigés par les hommes représentaient 78,8%, tandis que ceux dirigés par les femmes étaient de 21,2% ; les chefs des ménages mariés ont représentés 76,3% des enquêtés.

✓ Tanches d'âge et la taille des ménages :

Tableau V: Répartition des chefs des ménages selon la tranche d'âge et la taille des ménages dans l'aire de santé de Lassa en 2017.

Caractéristiques sociodémographiques	Effectifs (n=160)	Pourcentages %
Tranches d'âge des chefs des ménages		
15-24 ans	7	4
25-34 ans	27	17
35-44 ans	53	33
45 ans et plus	73	46
Taille des ménages		
2-5 personne (s)	33	20,6
6 personnes et plus	127	79,4

Les chefs des ménages de la tranche d'âge de 45 ans et plus représentaient 46 % des enquêtés.

Les ménages avec une taille de 6 personnes et plus représentaient 79,4% des enquêtés.

✓ Sexe des chefs des ménages :

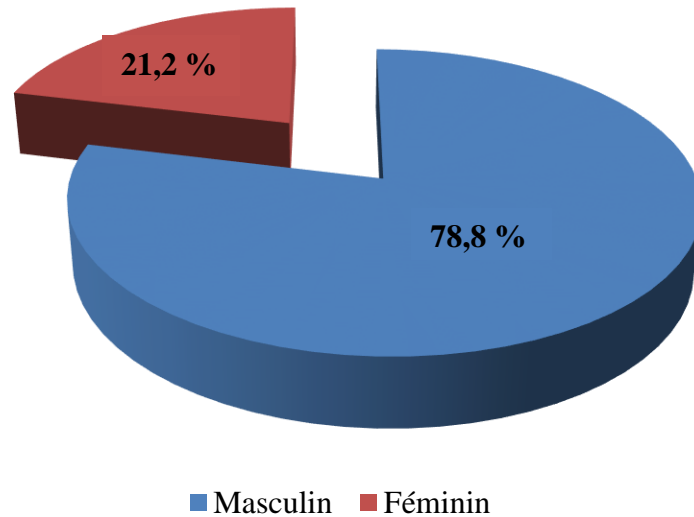


Figure 3: Répartition des chefs des ménages selon le sexe dans l'aire de santé de Lassa en 2017.

Les chefs des ménages de sexe masculin représentaient 78,8% ; seulement 21,2% étaient de sexe féminin.

✓ Statut matrimonial des chefs des ménages

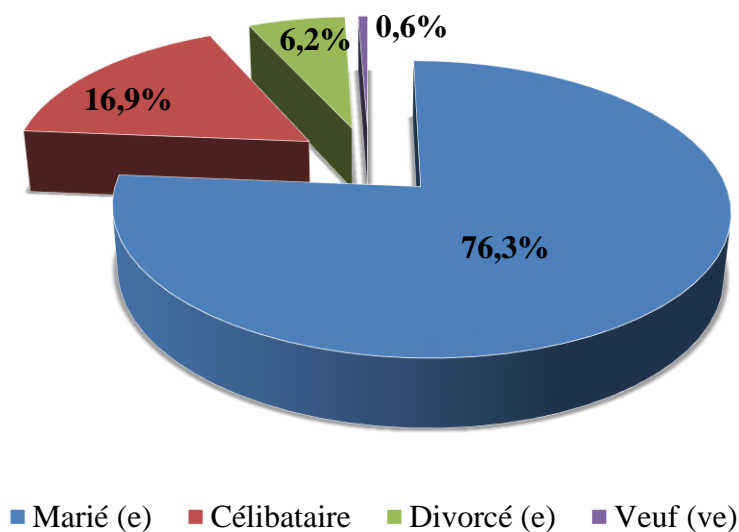


Figure 4: Répartition des chefs des ménages selon le statut matrimonial dans l'aire de santé de Lassa en 2017.

76,3% des chefs des ménages étaient mariés, 16,9% célibataires, 6,2% divorcés et 0,6 étaient des veufs.

6.1.2 Facteurs socioculturels des ménages

- ✓ **Religion, l'ethnie, le statut d'adhésion au CSCoM des chefs des ménages et la confiance aux personnels soignant**

Tableau VI : Répartition des chefs des ménages enquêtés en fonction du statut d'adhésion au CSCoM, de la religion, de l'ethnie, et la confiance aux personnels soignant du CSCoM.

Caractéristiques socioculturels	Effectifs (n=160)	Pourcentages %
Adhérant au CSCoM		
Oui	11	6,9
Non	149	93,1
Religion des chefs des ménages		
Musulmane	114	71,3
Chrétienne	34	21,3
Autres	12	7,4
Ethnie des chefs des ménages		
Bambara	52	32,5
Malinké	58	36,2
Sarakolé	24	15
Bozo	10	6,3
Dogon	9	5,6
Peulh	4	2,5
Autres	3	1,9
Confiance aux personnels soignant		
Oui	70	43,8
Non	90	56,2

Seulement 6,9 % des chefs des ménages avaient la carte de membre d'adhérant du CSCoM, et 93,1 % n'étaient pas membre adhérent du CSCoM.

Les musulmans représentaient 71,3% ; suivie des chrétiens 21,3% et des autres 7,4%.

Les Malinkés ont été l'ethnie la plus fréquente avec (36,2%) suivie des Bambaras (32,5%) et des Sarakolés (15%).

Plus de la moitié soit 56,2% des chefs des ménages n'avaient pas confiance aux personnels soignant du CSCCom.

✓ **Niveau d'instruction des chefs des ménages :**

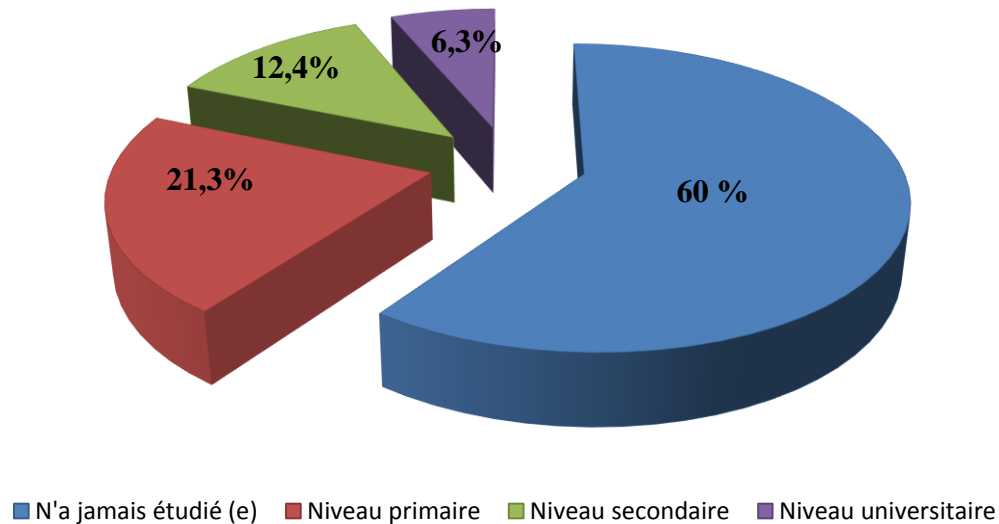


Figure 5: Répartition des chefs des ménages selon le niveau d'instruction dans l'aire de santé de Lassa en 2017.

Plus de la moitié, 60% des chefs des ménages n'avaient jamais étudié ; 21,3% avaient le niveau primaire ; 12,4% avaient le niveau secondaire et seulement 6,3% avaient le niveau supérieur.

6.1.3 Facteurs socioéconomiques des ménages

✓ **Revenu mensuel et existence de moyens de déplacement**

Tableau VII: Répartition des chefs des ménages enquêtés en fonction du revenu mensuel et de moyen de déplacement.

Variables	Effectifs (n=160)	Pourcentages %
Revenu mensuel régulier		
Oui	26	16,2
Non	134	83,8
Moyen de déplacement		
Sans moyen de déplacement	84	52,5
Avec moyen de déplacement	76	47,5

83,8% des chefs de ménage n'avaient pas de revenu mensuel régulier ; et 52,5% étaient sans moyen de déplacement.

✓ **Profession des chefs des ménages :**

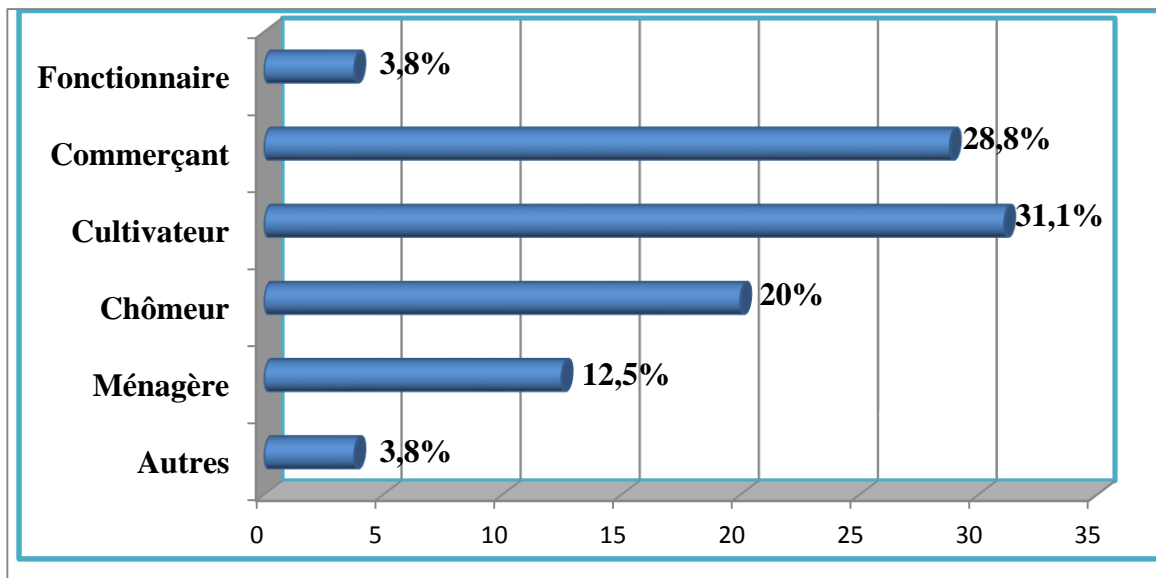


Figure 6: Répartition des chefs des ménages selon profession dans l'aire de santé de Lassa en 2017.

Facteurs déterminants de la faible utilisation des soins curatifs du CSCCom de Lassa en commune IV du district de Bamako

Les chefs des ménages cultivateurs représentaient 31,1%, commerçants 28,8%, chômeurs 20%, ménagères 12,5%, seulement 3,8% pour les fonctionnaires et autres 3,8%.

6.1.4 Facteurs liés à l'accessibilité géographique des ménages :

Tableau VIII: Répartition des chefs de ménage enquêtés en fonction de la distance CSCCom /Village et des obstacles naturels.

Variables	Effectifs (n=160)	Pourcentages %
Distance CSCCom /village		
0-5 Km	160	100
6 Km et plus	0	0
Existence de colline		
Oui	84	52,5
Non	76	47,5

A Lassa 100% des ménages vivaient dans un rayon de 5 km du CSCCom, et 52,5 parlaient d'existence de colline comme obstacle naturel entre leur résidence et le CSCCom.

6.1.5 Comportement et perception des ménages face à la maladie et aux services des soins curatifs du CSCCom

6.1.5.1 Connaissance du CSCCom :

Tableau IX : Répartition des ménages en fonction de la connaissance du CSCCom

Utilisation des soins curatifs	Effectifs (n=160)	Pourcentages %
Oui	160	100
Non	0	0

Tous les ménages enquêtés (160 ménages) soit 100% connaissent le CSCCom de Lassa en 2017.

6.1.5.2 Utilisation des soins curatifs parmi les ménages connaissant le CSCCom

Tableau X: Utilisation de soins curatifs du CSCCom

Utilisation des soins curatifs	Effectifs (n=160)	Pourcentages %
Oui	59	36,9
Non	101	63,1

Plus du tiers soit 36,9% de ménages parmi ceux qui connaissent le CSCCom l'ont déjà fréquenté et 2/3 soit 63,1% n'ont par contre jamais fréquenté le CSCCom.

6.1.5.3 Nombre de ménages ayant eu au moins un malade durant les 06 derniers mois précédant l'enquête et état du malade.

Tableau XI : Ménages avec une personne tombée malades et gravité de la maladie

Etat de santé et gravité de la maladie	Effectifs	Pourcentages %
Etat de santé n=160		
Bonne santé	43	26,7
Malades	117	73,3
Gravité de la maladie n=117		
Moins grave	81	71,6
Grave	36	28,4

Au regard de ce tableau, 73,3% des ménages enquêtés ont déclaré avoir eu au moins un cas de maladie dans le ménage, dans les 6 mois ayant précédés l'enquête. Dans l'ensemble, 28,4% de personnes tombées malades ont considéré leur état comme étant grave, tandis que 71,6% considèrent leur état comme étant moins grave.

6.1.5.4 Structures des soins où les malades se font soignés.

Tableau XII: Structures de recours aux soins par les personnes tombées malades

Recours en cas de maladie	Effectifs (n=117)	Pourcentages %
CSCCom de Lassa	12	10,2
Autres structures de santé	32	27,3
Automédication	38	32,5
Tradipraticiens	35	30

Ce tableau indique que sur les 117 personnes qui ont déclarés avoir été malades les 6 derniers mois, 32,5 % ont eu recours à l'automédication ; 30% aux tradipraticiens ; et 27,3% à d'autres structure de santé. Ceux qui ont eu recours au CSCCom ne sont qu'à 10,2%.

6.1.5.5 Raison de non fréquentation des soins curatifs du CSCCom :

Tableau XIII: Raisons de non fréquentation évoquée.

Raisons évoquées	Effectifs (n=160)	Pourcentages %
Manque d'argent	55	34,4
Manque de confiance aux personnel du	44	27,5
Autres structures de santé hors Lassa	39	24,4
Maladie pas assez grave	17	10,6
Manque de transport	3	1,9
Autres Raisons	2	1,2

Parmi les ménages enquêtés, 34,4% ont évoqués le manque d'argent comme raison de non fréquentation du CSCCom ; 27,5% ont évoqués le manque de confiance aux personnels du CSCCom ; 24,4 % ont évoqués la fréquentation d'autres structures de santé hors de Lassa ; et 10,6% ont évoqués la non gravité de la maladie. 1,9 % ont évoqués le manque de transport et 1,2% ont évoqués d'autres raisons.

6.1.5.6 La perception de l'accueil, le temps d'attente et la tarification par les ménages :

Tableau XIV: L'accueil au CSCom, temps d'attente avant consultation et la tarification des soins curatifs.

Variables	Effectifs (n=59)	Pourcentages %
Satisfaction à l'accueil		
Satisfait	26	44,0
Non satisfait	33	56,0
Durée du temps d'attente		
Moins de 15 minutes	41	69,5
15 à 30 minutes	18	30,5
Tarification des soins curatifs		
Abordable	9	15
Cher	50	85

Signalons que l'accueil a été jugé non satisfaisant dans 56,0 % des cas ; concernant la durée du temps d'attente avant la consultation, 69,5 % des ménages enquêtés avaient passés moins de 15 minutes pour être reçus ; quant à la tarification, la quasi-totalité des ménages, soit 85% l'avaient qualifiée cher.

6.1.5.7 La satisfaction des soins reçus, la disponibilité du personnel soignant, la disponibilité des médicaments, et la modalité de paiement des soins

Tableau XV: Satisfaction des soins, disponibilité du personnel soignant, des médicaments, et les modalités de paiement des soins.

Variables	Effectifs (n=59)	Pourcentages %
Satisfaction des soins		
Oui tout à fait satisfait	41	69,4
Non pas satisfait	18	30,6
Disponibilité du personnel soignant		
Oui	28	45,4
Non	31	54,6
Disponibilité des médicaments		
Oui	11	18,6
Non	31	81,4
Modalité de paiement des soins médicaux		
Direct	54	91,5
Crédit	5	8,5
Employeur	0	0

Les ménages ayant déjà fréquenté le CSCoM étaient satisfait des soins reçus à 69,4%, et le personnel soignant n'était pas disponible pour 54,6 % des ménages.

Les médicaments ont été jugé non disponibles par 81,4% des ménages.

Par rapport aux modalités de paiement des soins médicaux, 91,1% des ménages payent directement les soins et 8,5% font le paiement par crédit.

6.1.5.8 Les suggestions pour améliorer la fréquentation des soins curatifs du CSCoM :

Tableau XVI: Suggestions pour l'amélioration de la fréquentation des soins curatifs du CSCoM.

Suggestion des ménages	Effectifs (n=160)	Pourcentages %
Diminuer le prix de la tarification	57	35,6
Améliorer l'accueil des malades	49	30,6
Augmenter le personnel qualifié	19	11,8
Prise en charge des indigents	8	5
Rendre Disponibles les médicaments	27	17

Au regard de ce tableau, 35,6% des ménages souhaitaient que le prix des actes de soins curatifs soit diminué; 30,6% ont suggéré l'amélioration de l'accueil des malades ; 11,8 % ont proposé d'augmenter le nombre de personnel qualifié ; 5% ont parlé de la prise en charge des indigents et 17 % ont suggéré l'approvisionnement régulier du CSCoM en médicaments.

6.1.6 Résultats des entretiens avec les agents de santé du CSCoM et les membres de l'ASACO :

-Agents de santé :

Les entretiens ont porté sur la relation entre l'ASACO et le personnel technique, les raisons de la faible utilisation des soins curatifs, et les propositions de solutions.

Les difficultés signalées par le personnel de santé ont été entre autres :

- l'ASACO ne connaît même pas son rôle et ne consulte pas le personnel
- La rupture des médicaments du dépôt par mauvaise gestion de l'ASACO (ils ne prennent pas en compte les fiches de stock du dépôt).
- Démotivation du personnel soignant
- Absence de mobilisation sociale par l'ASACO
- Insuffisance de matériel médical
- L'ignorance et la grande mobilité de la population de Lassa.

Comme solution il faut :

- Former l'ASACO sur la gestion du centre et les activités de mobilisation sociale,
- Sensibiliser la population de Lassa,
- Rendre disponible les cartes de membre à un cout abordable.

-Membres de l'ASACO :

Tableau XVII : Fonctionnalité de l'ASACO au niveau du CSCCom de Lassa en 2017 durant les 3 dernières années.

Réunions statutaires avec procès verbal	Nombre	Réalisation %
Conseil d'administration	Aucun	0
Comité de gestion	Aucun	0
Bilan comptable et financier annuel	Jamais fait	0
Poste de responsabilité pour les femmes	4	19,04

L'ASACO était quasi inexistante, quatre (04) femmes étaient membres du conseil d'administration pour un bureau de 21 membres.

Les réunions statutaires n'étaient pas tenues.

Les entretiens ont porté sur les raisons de la faible utilisation des services des soins curatifs, l'état des relations avec le personnel, la tenue des réunions statutaires, et la mobilisation sociale.

Les difficultés signalées par les membres d'ASACO ont été entre autres :

- Insuffisance des ressources financières pour la mobilisation sociale, et la confection des cartes de membres ;
- Absence de partenaire ;
- Le mauvais accueil du personnel soignant ;
- La démotivation de certains membres d'ASACO, car c'est du bénévolat.

6.2 Aspect analytique :

6.2.1 Analyse bi-variée :

✓ Facteurs sociodémographiques

Tableau XVIII: Relation entre l'utilisation des soins curatifs du CSCom, et les facteurs sociodémographiques.

VARIABLES	UTILISATION DES SOINS CURATIFS		OR	IC 95%	P- VALUE
	OUI	NON			
	%	%			
Age du chef de ménage			0,865	[0,455-1,646]	0,659
18-43 ans n=85	35,3%	64,7%			
44 et plus n=75	38,7%	61,3%			
Statut matrimonial			0,532	[0,237-1,193]	0,122
Marié (e) n=122	40,2%	59,8%			
Non Marié (e) n=38	26,3%	73,7%			
Sexe du chef de ménage			0,133	[0,056-0,314]	0,000
Masculin n=126	27,0%	73,0%			
Féminin n=34	73,5%	26,5%			
Taille ménage			3,471	[1,570-7,676]	0,002
1-5 personnes n=33	60,6%	39,4%			
6 personnes et plus n=127	30,7%	69,3%			

Le sexe masculin du chef de ménage et la taille du ménage (6 personnes et plus) ont été statistiquement associées à l'utilisation des soins curatifs du CSCom avec un $p < 0,05$.

✓ **Facteurs socioculturels**

Tableau XIX: Relation entre l'utilisation des soins curatifs du CSCom et les facteurs socioculturels

VARIABLES	UTILISATION DES SOINS CURATIFS		OR	IC 95%	P- VALUE
	OUI	NON			
	%	%			
Adhérent au CSCom			20,408	[2,540-163,986]	0,000
Oui n=11	90,9%	9,1%			
Non n=149	32,9%	67,1%			
Confiance aux personnels soignant			34,254	[13,389-87,631]	0,000
Oui n=70	74,3%	25,7%			
Non n=90	7,8%	92,2%			
Croyance Religieuse			0,595	[0,296-1,197]	0,144
Musulmane n=114	33,3%	66,7%			
Non musulmane n=46	45,7%	54,3%			
Niveau d'instruction			1,070	[0,555-2,063]	0,841
Instruit n=64	35,9%	64,1%			
Non instruit n=96	37,5%	62,5%			

Le statut de non adhérent au CSCom, et le manque de confiance aux personnels soignant ont été statistiquement associés à l'utilisation des soins curatifs du CSCom avec un $p < 0,05$.

✓ **Facteurs socioéconomiques**

Tableau XX: Relation entre l'utilisation des soins curatifs du CSCoM, et les facteurs socioéconomiques.

VARIABLES	UTILISATION DES SOINS CURATIFS		OR	IC 95%	P- VALUE
	OUI	NON			
	%	%			
Revenu mensuel régulier			5,104	[2,054-12,683]	0,000
Oui n=26	69,20%	30,80%			
Non n=134	30,60%	69,40%			
Moyen de déplacement			1,535	[0,805-2,929]	0,192
Sans moyen de déplacement n=84	32,1%	67,9%			
Avec moyen de déplacement n=76	42,1%	57,9%			
Profession			0,839	[0,426-1,653]	0,612
Avec activité rémunératrice n=107	35,5%	64,5%			
Sans activité rémunératrice n=53	39,6%	60,4%			

L'absence de revenu mensuel régulier a été statistiquement associée à l'utilisation des soins curatifs du CSCoM avec un $p < 0,000$.

✓ **Facteurs géographiques**

Tableau XXI: Relation entre l'utilisation des soins curatifs du CSCoM, et les facteurs géographiques.

VARIABLES	UTILISATION DES SOINS CURATIFS		OR	IC 95%	P- VALUE
	OUI	NON			
	%	%			
Distance CSCoM /village			-	-	-
0-5 km n= 160	36,9%	63,1%			
6 km et plus n=0	0	0			
Existence de colline			0,726	[0,381-1,382]	0,329
Oui n=84	33,3%	66,7%			
Non n=76	40,8%	59,2%			

Les facteurs géographiques n'ont pas de relation statistiquement significative avec l'utilisation des soins curatifs du CSCoM.

6.2.2 Analyse multi variée

Tableau XXII: Model final

VARIABLES	OR	IC 95%	P-VALUE
Le manque de confiance aux personnels soignant	0,025	[0,008-0,078]	0,000
Les chefs des ménages de sexe masculin	10,640	[2,832-39,978]	0,000
Le statut de non adhérent	0,030	[0,002-0,442]	0,011
L'absence de revenu mensuel	0,259	[0,065-,034]	0,056
La grande taille du ménage	0,492	[0,136-1,777]	0,279

Certains facteurs associés à la faible utilisation des soins curatifs dans l'analyse bi-variée à savoir la grande taille des ménages et l'absence de revenu mensuel des chefs des ménages ont été exclus du modèle final de régression statistique.

En effet, nous avons retenu comme facteurs déterminant statistiquement associés à la faible utilisation des soins curatifs du CSCoM de Lassa en commune IV du district de

Bamako en 2017 : le manque de confiance aux personnels soignant du CSCom, le sexe masculin des chefs des ménages et le statut de non adhérent des chefs des ménages au CSCom.

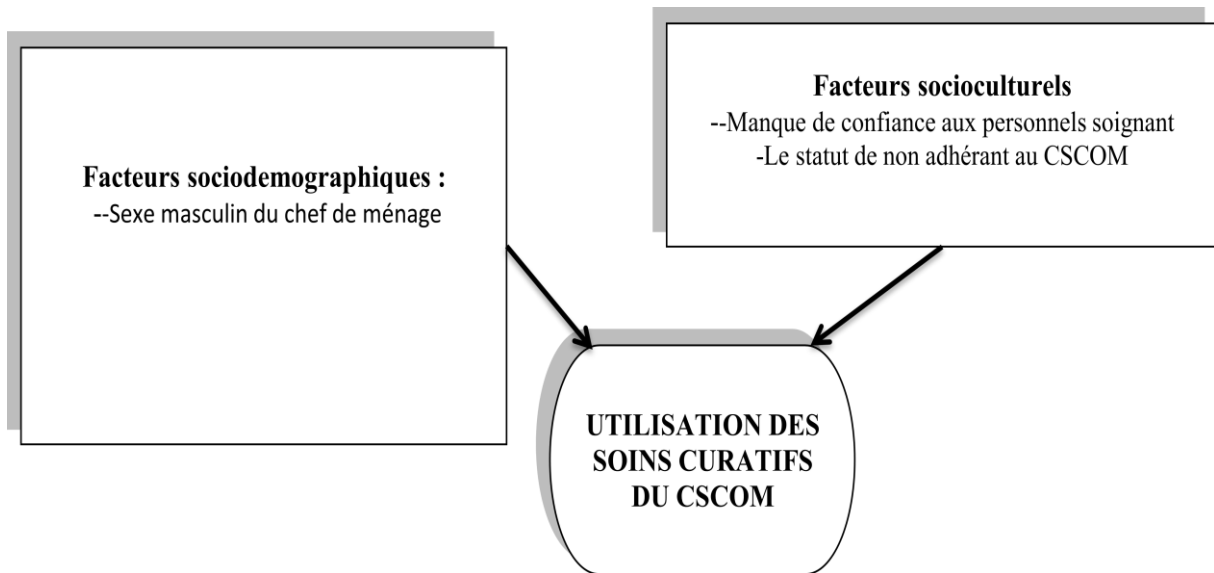


Figure 7: Model final du cadre conceptuel des facteurs déterminant la faible utilisation des soins curatifs du CSCom de Lassa en 2017.

7. Discussion

La discussion des résultats de notre étude s'articule autour des points suivants :

- ✓ l'atteinte des objectifs;
- ✓ la qualité et la validité des résultats obtenus;
- ✓ la comparaison de nos résultats avec ceux d'autres auteurs;

7.1 L'atteinte des objectifs

L'étude avait pour objectifs d'étudier les facteurs déterminant la faible utilisation des soins curatifs du Centre de Santé Communautaire de Lassa en commune IV du district de Bamako en 2017. Les méthodes et les techniques utilisées étaient en adéquation avec l'étude. La combinaison des différentes techniques a permis d'apprécier la faible utilisation des soins curatifs et d'identifier les facteurs et leurs forces d'association. Au regard des résultats, nous pouvons considérer que l'objectif a été atteint.

7-2 Qualité, validité et limites

L'échantillon des chefs de ménage qui constituait notre population d'étude a été obtenue par la méthode probabiliste avec la technique d'enquête par questionnaire.

Afin de minimiser les éventuels biais d'information, les enquêteurs avaient été choisis selon leur niveau d'instruction et la maîtrise de la langue du milieu (étudiants stagiaires) et formés à l'administration correcte des outils de collecte des données

Les agents de santé et les membres du bureau d'ASACO ont été recrutés de façon exhaustive et par choix raisonné. Les outils de collecte utilisés nous ont permis d'avoir le maximum d'informations auprès des chefs de ménage sur la faible utilisation des soins curatifs du CSCCom, ce qui pourrait garantir la validité de l'étude.

Deux types d'analyses statistiques ont été faites:

-Une analyse bi-variée avec les tests statistiques de χ^2 de Pearson.

Pour ce test le seuil de signification utilisé était de 5%.

-Une analyse multi-variée sous forme de régression logistique avec le modèle d'ajustement pas à pas.

En somme tous les tests utilisés sont conformes au type d'étude et aux variables retenues et garantissent la qualité des analyses.

7-3 Comparaison de nos résultats avec ceux d'autres auteurs :

De l'utilisation des soins curatifs

La couverture universelle en matière de santé a un impact direct sur la santé de la population. L'accès aux services de santé permet aux gens d'être plus productifs et de contribuer plus activement à la vie familiale et communautaire.

Dans cette étude, la proportion de la faible utilisation des soins curatifs était de 36,9% par les ménage de l'aire de santé de Lassa en commune IV du district de Bamako en 2017. Ce résultat est inférieur à l'étude sur les facteurs déterminants la faible utilisation par le ménage du service curatif dans la zone de santé de Pweto, province du Katanga, République Démocratique du Congo en 2013, qui a trouvé que la proportion de la faible utilisation des services curatifs était de 53,3% [25]. Cette différence pourrait s'expliquer par le contexte de pauvreté dans la zone de Lassa et la non fonctionnalité d'une mutuelle de santé dans cette zone. Selon les normes de l'**OMS(2000)**, le seuil recommandé est de 50% pour la fréquentation d'une structure de santé par la population d'une aire de santé [9].

Des facteurs sociodémographiques des ménages

L'âge moyen trouvé dans cette étude est de 43,26 ans avec un écart type de 11,81.

Près de 46% des personnes enquêtées avaient plus de 45 ans ; ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que l'enquête a été menée dans une population à majorité adulte.

A ce qui concerne le sexe des chefs de ménages, 21,2% des ménages sont dirigés par des femmes, contre 78,8% par des hommes. Ce résultat contraste avec celui de Kanta au Mali qui a trouvé (71 % de femmes et 29 % d'hommes) [26]., mais, cadre avec celui de Kadutu (11%) et de Dhara au Sénégal (10,77%). Ceci peut s'expliquer par la culture du milieu qui valorise plus les femmes au foyer que celle qui vivent seules avec les enfants ; l'homme est le chef de ménage [27]. [20].

Pour l'état civil, la majorité est mariée, soit 76,3%. Ce résultat est similaire à celui de l'étude de Rubavu au Rwanda [28] dont, 72,7% étaient mariés, et de Ongoiba au Mali 75,4% étaient mariés [29]; ce résultat nous amène à dire que la population d'étude était à majorité adulte et mariée.

Dans cette étude, 79,4% de ménages ont plus de 6 personnes ; Ce résultat cadre avec celui de l'EDSM V 2012-2013 (avec une moyenne de 5,7 personnes, les ménages maliens sont de grande taille.) [12].

Le sexe masculin du chef de ménage ($p=0,000$; $OR=0,133$; $IC95\% [0,056-0,314]$) et la taille du ménage de 6 personnes et plus ($p= 0,002$; $OR= 3,471$; $IC95\% [1,570-7,676]$) ont été statistiquement associées à l'utilisation des soins curatifs du CSCom de Lassa en 2017.

En effet les ménage qui ont une taille de 6 personnes et plus ont 3 fois plus de risque de ne pas utiliser les soins curatifs du CSCCom.

Vicky Ilunga dans son étude des facteurs explicatifs de la faible utilisation des services des soins dans la zone de santé de Lemba a trouvé aussi qu'il ya relation entre la taille du ménage et la faible utilisation des services[30].

Des facteurs socioculturels des ménages

Concernant le niveau d'instruction, il est presque inexistant car 60 % des chefs des ménages n'avaient aucun niveau d'instruction, 21,3% du niveau primaire, et, 12,4% étaient du niveau secondaire, seul 6,3% du niveau supérieur, cadre avec l'étude de Coulibaly L, sur la sous fréquentation des CSCCom, 89,1% des femmes de Banamba, et 85,1 % des femmes de Doïla sont analphabètes[31], ceci explique que le taux de scolarisation est très faible à Lassa.

Seuls 6,9% des personnes enquêtées possédaient la carte de membre de l'ASACO.

Le manque d'information a été la raison de non possession de la carte d'adhésion dans 93,1% des cas. Ces résultats sont conformes à ceux d'ONGOIBA [29] qui a trouvé que le taux d'adhérent de la population enquêtée était de 6,3%. Ces résultats sont statistiquement différents du résultat de MARIKO [32] qui a trouvé que 64,8% des personnes enquêtées savaient que le centre était communautaire ($P < 0,01$) ; ceci pourrait s'expliquer par une bonne activité de sensibilisation à l'égard de la population d'étude.

La religion musulmane est la plus pratiquée par les chefs des ménages à 71,3%, suivi de la religion chrétienne à 21,3% et 7,4% pour les autres. Ce résultat cadre avec l'EDSM V 2013-2014, religion musulmane 94,5 %, et chrétienne 3,8 %.

Les malinkés étaient l'ethnie la plus représentée avec 36,2 % suivi des bambaras 32,5%. Ce résultat contraste dans la succession avec l'EDSM V 2013-2014, Bambaras 36,5%,Peulh 15,5%, Sarakolé 8,8 %,et Malinké 8%. Ceci pourrait s'expliquer par la prédominance de l'ethnie malinké à Lassa.

Près de 56,2% des chefs de ménage n'avaient pas confiance aux personnels soignant du CSCCom. Ce résultat cadre avec l'étude de IZANDENGERA ABINTEGENKE A. (2011) 48,48% des chefs de ménage n'avaient pas confiance aux personnels soignant[1].

Le fait de ne pas être membre adhérent du CSCCom ($p=0,000$;OR=20,408 ;IC95% [2,540-163,986] ,le manque de confiance aux personnels soignant ($p=0,000$;OR=34,254 ; IC95% [13,389-87,631], ont été statistiquement associées à l'utilisation des soins curatifs du CSCCom de Lassa en 2017.

Les ménages qui ne sont pas membre adhérent du CSCCom ont 20 fois plus de risque de ne pas utiliser les soins curatifs du CSCCom.

Ceux qui n'ont pas confiance aux personnels soignant ont 34 fois plus de risque de ne pas utiliser les soins curatifs du CSCCom.

Des facteurs socioéconomiques des ménages

Concernant l'occupation des chefs des ménages, 31,1% étaient des cultivateurs, 28,8% étaient des commerçants, 20% étaient des chômeurs, 12,5% étaient des ménagères et les fonctionnaires et autres représentaient chacun 3,8%.

Selon le résultat de cette étude 83,8% des chefs de ménage n'avaient pas de revenu mensuel régulier, et 52,5% étaient sans moyen de déplacement.

Il s'avère que les ménages ont un niveau socio-économique bas en se basant sur l'absence de revenu mensuel régulier.

L'absence de revenu mensuel régulier a été statistiquement significatif ($p=0,000$; $OR=5,104$; $IC95\%$ [2,054-12,683]), en effet les ménages qui n'ont pas de revenu mensuel régulier ont 5 fois plus de risque de ne pas utiliser les soins curatifs du CSCCom.

Ces résultats corroborent avec ceux de la littérature ainsi :

Selon l'OMS, la pauvreté conduit à une grave insuffisance d'utilisation des services de santé[33].

L'enquête menée en 2005 par CIF/SANTE Nord Kivu sur l'accessibilité aux soins de santé dans la province du Nord Kivu, révèle que la santé constitue un problème prioritaire de la population: 44% des ménages ont vendu un bien de valeur pour recourir aux soins[21].

Des facteurs liés à l'accessibilité géographique des ménages

Pour cette étude 100% des ménages vivaient dans un rayon de 5 km du CSCCom, plus de la moitié soit 52,5% parlaient d'existence de colline comme obstacle naturel sachant que notre lieu d'étude se trouve sur la colline.

Les facteurs géographiques n'ont pas de relation statistiquement significative avec l'utilisation des soins curatifs du CSCCom.

Ces résultats sont conformes à ceux de MARIKO [32] qui a trouvé que 96% des personnes enquêtées interrogées ont entendu parler de leur centre ($P : 0,16$).

BERTHE [34] qui a trouvé que la proximité du domicile était le critère fondamental de choix du centre estimé à 30% ($P : 0,54$). Ces résultats sont statistiquement différents du résultat de COULIBALY [31] qui a trouvé un taux de fréquentation des femmes à 89% à Banamba et 69% à Dioila ($P < 0,01$) ; cette différence pourrait s'expliquer par une bonne activité de sensibilisation des activités du centre dans la population de sa zone d'influence. EL MOCTAR [35] qui a trouvé que 36,3% des interrogés disaient être en dehors de l'aire de

santé, soit plus 15 Km de la structure de santé la plus proche (P : 0,03) ; cette différence pourrait s'expliquer par la rareté du centre de santé dans sa zone d'étude.

Comportement et perception des ménages face à la maladie et à l'offre des services du CSCCom:

Signalons que 73,2% des ménages ont eu au moins un membre du ménage malade dans les 06 mois avant l'enquête, dont 28,4% ont été qualifié de grave contre 71,6% moins grave.

Par ordre d'importance, les structures auxquelles les ménages ont eu recours pour les soins sont : l'automédication 32,5% des ménages ; 30% ont eu recours aux tradipraticiens ; 27,3% à d'autres structures de santé. Ceux qui ont eu recours au CSCCom ne sont qu'à 10,2%. Il s'observe des similitudes et des écarts avec d'autres études :

dans l'étude de Kadutu, 32,2% avaient consultés le CS public, 27,1% dans les structures privées, 16,4% à l'HGR, automédication pour 16,4%, tradipraticiens à 6% et les groupes de prière à 6%. L'automédication avec traitement traditionnel et le traitement par un tradipraticien trouvés dans l'étude de la zone de santé de Ngaba qui paraissent faibles (1,3% et 0,6%), le nombre important des ménages qui avaient consultés les centres par rapport à cette étude, pourrait être dus au niveau d'instruction élevé en milieu urbain qu'en milieu rural et au nombre élevé des structures privées en milieu urbain.

Bien que le CSCCom soit le premier niveau de contact avec la population, il n'a été fréquenté que par 10,2% des ménages ayant eu des malades. 36,3% des ménages évoquent des raisons financières, 27,5% évoquent le manque de confiance aux personnels soignant, 24,4% fréquentent d'autres structures hors de Lassa, 10,6% pensent que la maladie n'est pas assez grave et 1,2% pour d'autres raisons. Ce résultat corrobore avec les études menées en Côte d'Ivoire, au Burkina-Faso et à Kisantu en RD Congo sur l'accessibilité aux services de santé, citent les obstacles financiers comme principal facteur limitant l'accessibilité et l'étude de Kisantu ajoute le problème d'accessibilité géographique [36] [37] [38].

En ce qui concerne la perception de l'offre des services du CSCCom, 56% des ménages pensent que l'accueil n'était pas satisfaisant ; 69,5% trouvent que le temps d'attente est acceptable (moins de 15 minutes) ; 85% ont déclaré que le tarif était cher.

La satisfaction aux soins quant à elle, 69,4% des ménages ont déclaré être satisfait des soins reçus CSCCom, pour 54,4% le personnel soignant n'était pas disponible et 81,4% déclaraient que les médicaments n'étaient pas disponibles.

Les soins étaient payés directement par les ménages dans 91,5% des cas.

Dans l'étude menée en Côte d'Ivoire, 25,1% des patients déclaraient ne pas être satisfait et évoquaient le mauvais accueil, mauvaise réputation, attente trop longue et manque de propreté et au Rwanda, dans le territoire de Rubavu 17,1% ont été peu ou pas satisfaits. [28]. [38].

Du model final

Le model final a retenu le sexe masculin ($p=0,000$; $OR=10,640$; $IC_{95\%} [2,832-39,978]$), le manque de confiance aux personnels du CSCCom ($p=0,000$; $OR=0,025$; $IC_{95\%} [0,008-0,078]$), et le statut de non adhérent au CSCCom ($p=0,011$; $OR=0,030$; $IC_{95\%} [0,002-0,442]$). Il ressort de ce model que les chefs des ménages de sexe masculin ont 10,64 fois plus de risque de ne pas utiliser les soins curatifs du CSCCom, les chefs des ménages qui n'ont pas confiance aux personnels soignant et qui ne sont pas membre adhérent du CSCCom ont aussi le risque de ne pas utiliser les soins curatifs. Nos résultats rejoignent l'étude de Clotide MAGNE que les répondants de sexe féminin soit 41,88% fréquentent plus l'hôpital que les habitants de sexe masculin (15,51%)[39]. Ceci se justifie par le fait que ce sont les femmes qui sont plus vulnérables aux maladies et sollicitent plus souvent les services de santé, mais, différent de l'étude de Pweto [25] qui avait établi l'association avec l'occupation du chef de ménage.

8. Conclusion

L'étude avait pour objectif d'étudier les facteurs déterminant la faible utilisation des soins curatifs du Centre de Santé Communautaire de Lassa en commune IV du district de Bamako en 2017, a permis de conclure que le taux d'utilisation des soins curatifs est de 36,9%.

L'offre des services des soins curatifs du CSCCom éprouve des difficultés à induire la demande à Lassa, par le dysfonctionnement de l'ASACO, la mauvaise qualité des relations entre l'ASACO et le CSCCom, et la démotivation du personnel qui influencent la qualité des soins. Il est possible d'augmenter le taux d'utilisation des soins curatifs du CSCCom, si certaines mesures sont prises (la promotion des mécanismes de partage de risque par des mutuelles de santé, la promotion des activités génératrices de revenus).

Au terme de notre étude, ce taux a été associé au manque de confiance aux personnels soignant du CSCCom; le sexe masculin du chef de ménage ; et le statut de non adhérent du chef de ménage au CSCCom.

Une intervention qui voudrait améliorer l'utilisation des soins curatifs de Lassa devra d'abord s'appesantir sur ces facteurs.

9. Recommandations

Après analyse, à l'issue des résultats obtenus et des conclusions tirées, nous formulons quelques recommandations:

Au Centre de Santé de Référence:

- Former les ASACO pour remplir leur rôle : être le lien entre leur CSCom et la communauté qu'elles sont censées représenter ;
- Renforcer la capacité des ASACO à gérer ou à comprendre la gestion, en assurant des formations adaptées notamment en langues locales.
- Lutter contre la vente illicite des médicaments.

A la Mairie :

- Dynamiser les organes de l'ASACO
- Mettre en place un personnel qualifié

A l'ASACO :

- Stimuler la demande en informant et sensibilisant la population sur les services offerts par le CSCom.
- Mettre en place les cartes d'adhérent pour une meilleur utilisation des services
- Former le personnel sur la qualité de l'accueil au CSCom.
- Informer et sensibiliser la population sur le danger de l'automédication.
- Répertoire les tradipraticiens de la localité pour les encadrer et accompagner, établir leur limite de compétence en leur donnant des cartes.
- Etablir la liaison avec la médecine moderne comme au département de médecine traditionnelle de l'INRSP.
- Mettre le personnel au centre des activités pour la bonne marche du CSCom

Aux personnels du CSCom : améliorer d'avantage la qualité des services offerts.

10. Références

1. Affable IZANDENGERA ABINTEGENKE. Facteurs déterminants la faible utilisation des services des soins curatifs dans la zone de santé de Karisimbi. 2011
2. Audibert M., Mathonnat J. et Eric de Roodenbeke. Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu, p 77-95 ; édition. Karthala, Paris 2003
3. Valéry Ridde. L'initiative de Bamako 15 ans après, un agenda inachevé, octobre 2004, Google, le 25 février 2018
4. Rapport OMS 2014, WHO, <http://www.who>, Genève ; page consultée le 29 janvier 2018.
5. Akory A I et col. Diagnostic institutionnel et organisationnel des ASACO du district de Bamako. septembre 2000;Mali
6. Décret n°05-299/P-RM du 28 juin 2005 fixant les conditions de création et les principes fondamentaux de fonctionnement des Centres de santé communautaire.
7. 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.
8. Annuaire Statistique 2016 des ressources humaines du secteur de la santé, du développement social et promotion de la famille 1^{ère} Edition-Février 2017 Mali
9. Rapport sur la sante dans le monde (pour un système de santé plus performant) OMS 2000
10. <http://www>. Banque mondiale.org/Ida, Utilisation des services de soins de santé dans les pays pauvres, 2009.
11. Enquête Démographique et de Santé du Mali EDSM-IV 2006.
12. Enquête Démographique et de Santé du Mali EDSM-V 2012-2013.
13. Jaques de la Mare, Dictionnaire Maloine de l'infirmière, 3e édition, paris 2002, P 167
14. Larousse Mini dictionnaire de français, paris, 2004, p239
15. Loi n° 02-049 du 22 juillet 2002 portant loi d'orientation sur la santé.

16. Didier Rama nana & O. Barthes. Le fond d'achat des services de santé dans le Kassai occidental, 2009
17. P. Kebela, santé pour tous :Identification des facteurs explicatifs de l'accessibilité aux soins de santé dans la commune de Ngaba, Kinshasa.
18. D Foutain et J Coute joie.Infirmier comment bâtir la santé 2006, p16 ,41
19. Sadio&Diop F. Utilisation et demande des soins de santé au Sénégal, Bethesda, Août 1994
20. Pacifique Mushagalusa. Mémoire Online - Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé de Kadutu, province du Sud Kivu - RDC Université de Kinshasa. <http://www.memoireonline.com/> 2005
21. CIF/Santé. Enquête socioéconomique et d'accessibilité aux soins de santé dans la province du Nord Kivu, 2005.
22. Dr Itama Mbainadjina. Etude socio économique sur le cout et accessibilité des populations aux soins de santé au Tchad, 2006.
23. COMMEYRAS C. ET NDO J.R. Etude de l'accessibilité et des déterminants de recours aux soins et aux médicaments pour les populations du Cameroun, 2003.
24. FLACHENBERG F. ET TALIBO A. Santé communautaire : une expérience pilote au Mali : Handicap International, coordination technique santé, 1998
25. Cilundika M., Muse K., Kikunda K., Mwelwa M, Katanga M, Mukomena S. et al. Facteurs déterminants la faible utilisation par le ménage du service curatif dans la zone de santé de Pweto, province du Katanga, RDC en 2013, The Pan African Medical Journal.2015; 21 :173. doi : 10.11604/pamj.2015.21.173.6554, page consultée le 7 février 2018 à 20h
26. 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 médecine Bamako 2007;Mali
27. Mamadou Dembele. Analyse des obstacles socio-économique à la demande des soins de santé chez les enfants de moins de 5 ans à Dhara au Sénégal. CESAG 2013, Sénégal. P57-67

28. Munyamahoro M. et Ntaganira J. Les Déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages du district de Rubavu, 2013, Kigali. <http://www.bioline.org.br/pdf?rw12012>) page consultée le 16/02/2018 à 12h11.
29. ONGOIBA.Y .Fréquentation du centre de santé communautaire de Kalaban-coro. Thèse médecine Bamako 2008;Mali
30. V. Ilunga Kambaji, Analyse des facteurs explicatifs de la faible utilisation des services des soins curatifs dans la ZS de Lemba, UNIKIN, DES, 2008
31. Coulibaly TL. Sous Fréquentation des CSCom à Koulikoro ; Bamako Juin 2005;Mali 142p N210.
32. Mariko B : Evaluation de l'association de santé communautaire de Daoudabougou (ADASCO). Thèse Médecine 200;Mali N63.
- 33.Oms, Adam wagstaff, pauvreté et inégalité dans le secteur de la santé, Genève, 2002, p03
34. BERTHE A : Qualité de la surveillance prénatale dans le CSCom de Korifina Salembougou, dans la commune I du district de Bamako Aout-Septembre 2004.Thèse Médecine Bamako 2005;Mali N20.
- 35.EL Moctar M : Logique de production et utilisation des services de santé en milieu nomade. Thèse médecine Bamako 2005;Mali N269.
36. Malengreau M. La bonne utilisation des services de santé, Louvain Belgique[http://sites-test.uclouvain.be/stagessemspi//documents SPI/utilisation.html](http://sites-test.uclouvain.be/stagessemspi//documents_SPI/utilisation.html), ESP UCL, Bruxelles ; page consultée le 16/03/2018 à 23h15
37. Borgès Da Silva R, Contandriopoulos AP, Pineault R, Tousignant P. Pour une approche globale de l'évaluation de l'utilisation des services de santé 2011 (Vol. 42), p.11-18 www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2011.htm.DOI: 10.3917/pos.421.0011
38. Stephanie S. Dany V., Kimfuta J., Valèria C., Bossyns P. et Bart C. Improving financial access to health care in the Kisantu district in the Democratic Republic of Congo: acting upon complexity Glob Health Action 2015, <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.25480> ; Kinshasa; page consultée le 10 février 2018

Facteurs déterminants de la faible utilisation des soins curatifs du CSCom de Lassa en commune IV du district de Bamako

39. Clotide MAGNE. Mémoire Online - Etude des facteurs entravant la bonne fréquentation des structures sanitaires en milieu rural. Cas du CMA de Kongso Bafoussam III

11. Annexes

1. Formulaire de consentement éclairé

Facteurs déterminants de la faible utilisation des soins curatifs du centre de santé communautaire de Lassa en commune IV du district de Bamako

Date : /___ / ___ / 2018

Je m'appelle _____ ; Je travaille pour le compte d'un apprenant du DER de santé publique de la Faculté de Médecine et d'Ototo Stomatologie dans le cadre de l'élaboration du mémoire de master en Santé Publique. Je suis en train d'interroger les chefs des ménages de l'aire de santé de Lassa dans le but de comprendre les facteurs déterminant la faible utilisation des soins curatifs du CSCom de Lassa.

J'aimerais vous poser quelques questions à ce sujet. Les réponses que vous donnerez ne seront pas divulguées et resteront anonymes. Votre nom ne sera pas inscrit sur le questionnaire et ne sera enregistré dans aucun autre document.

Cet entretien durera à peu près 30 minutes ; votre participation est volontaire et vous êtes libre d'arrêter l'interview à tout moment.

Acceptez-vous librement de participer à cette étude ?

Non

(Stop fin de l'interview)

Oui.....

Merci pour votre aide.

Je certifie que la personne interviewée a été informée sur la nature et les objectifs de l'étude et a librement son consentement verbal pour participer à l'étude

Signature de l'enquêteur _____ heure de début _____

Pour toute autre préoccupation, contacter

Dr. SIMAGA Karamoko Dédéou Ibrahima

Tél :76106087/69340969

QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX CHEFS DES MENAGES

Nom de l'enquêteur :

Date :...../...../2018 Région : District de Bamako

Commune: IV Nom du CSCCom : ASACOLABASAD

Village :

I. Facteurs sociodémographiques

Q1. Age révolu du chef de ménage (en années)

Q2. Sexe 1.Masculin 2.Féminin /____/

Q3. Statut matrimonial 1.Célibataire ; 2.Marié ; 3.veuf (ve) ; 4.Divorcé(e). /____/

Q4. Combien de personnes vivent actuellement dans votre ménage sous votre responsabilité (écrivez le nombre)

II. Facteurs socioéconomiques.

Q5. Quel est votre profession?

1. Fonctionnaire ; 2. Commerçant ; 3. Cultivateur ; 4.Chômeur ; 5. Ménagère ; 6. Autres à préciser /____/

Q6. Avez-vous un revenu mensuel ?

1. Oui ; 2.Non /____/

Q7. Avez-vous un moyen de déplacement dans le ménage ?

1. Oui ; 2.Non /____/

III. Facteurs géographiques.

Q8.Quel est la distance entre votre domicile et le CSCCom

1. de 0 à 5 km ; 2.plus de 6 km /____/

Q9.Existe t-il un obstacle naturel entre votre domicile et le CSCCom

Si oui préciser.....

IV. Facteurs socioculturels.

Q10. Quel est votre niveau d'instruction?

1. N'a jamais étudié ; 2.Etudes primaires ; 3.N'a pas terminé les études secondaires ; 4.Universitaire. /____/

Q11. Êtes-vous abonné comme membre adhérent de l'ASACO?

1. Oui ; 2.Non /____/

Q12. Avez-vous confiance aux personnels soignant de votre CSCCom?

1. Oui ; 2.Non /____/

Q13. Pratiquez-vous une religion ?

Si oui laquelle ?

1. Musulmane ; 2. Chrétienne ; 3. Autres /_____/

Q14. Vous êtes de quel groupe d'ethnie ?

1. Bambara ; 2. Malinké ; 3. Sarakolé ; 4. Bozo ; 5. Dogon ; 6. Peulh ; 7. Autres

V. Connaissance, comportement et perception des ménages face à l'utilisation des soins curatifs du CSCCom

Q15. Connaissez-vous le CSCCom de Lassa ?

1. Oui ; 2. Non /_____/

Q16. Si, oui avez-vous déjà fréquenté le CSCCom depuis le début de cette année ? (Vous ou un des membres de la famille)

1. Oui ; 2. Non /_____/

Q17. Connaissez-vous les signes de gravité d'une maladie ?

1. Oui ; 2. Non /_____/

Q18. Pouvez-vous citer un signe de gravité d'une maladie ?

1. Convulsions ; 2. Léthargie ou inconscience ; 3. Refus de têter ou de boire ; 4. Toux avec respiration rapide ; 5. Vomir tout ce que l'on consomme ; 6. Diarrhée avec Déshydratation ; 7. Fièvre persistante ; 8. Amaigrissement sévère ; 9. Vertiges (vision des mouches volantes) ; 10. Hémorragie chez une femme enceinte /_____/

Q19. Au cours de ces six derniers mois, un membre de votre ménage est-il tombé malade ?

1. Oui ; 2. Non /_____/

Q20. Comment avez-vous jugé son état de santé ?

1. Moins grave ; 2. Grave /_____/

Q21. Quel est le recours des soins de la dernière personne tombée malade dans le ménage ?

1. CSCCom de Lassa ; 2. Autres structures de santé ; 3. Automédication ; 4. Tradipraticien ; 5. Autre à préciser /_____/

Q22. Pourquoi vous ne vous êtes pas soigné au CSCCom

1. Manque d'argent ; 2. Manque de confiance aux personnels soignant ; 3. Autres structures de santé hors Lassa ; 4. Maladie pas assez grave ; 5. Manque de transport ; 6. Autres raisons /_____/

Q23. La dernière fois que vous aviez fréquenté le CSCCom, comment l'aviez-vous trouvé par rapport aux autres structures que vous fréquentez ?

Q23.1. Comment aviez-vous jugé l'accueil au CSCCom ?

1. Satisfaisant ; 2. Non satisfaisant /_____/

Q23.2. Combien de temps avez-vous attendu pour voir le personnel soignant du CSCCom ?

1. Moins de 15 minutes ; 2. De 15 à 30 minutes /_____/

Q23.3. Comment vous juger la tarification des soins du CSCCom ?

1. Abordable ; 2. Cher /_____/

Q23.4. Êtes-vous satisfait des soins reçus au CSCCom ?

1. Oui ; 2. Non /_____/

Q23.5. Le personnel soignant du CSCCom est-il disponible ?

1. Oui ; 2. Non /_____/

Q23.6. Avez-vous reçu les médicaments prescrits au CSCCom ?

1. Oui ; 2. Non /_____/

Q23.7. Les modalités de paiement des soins médicaux

1. Direct ; 2. Crédit ; 3. Employeur /_____/

Q24. D'après vous, quelles sont les suggestions pour améliorer l'utilisation des soins curatifs du CSCCom

1. Diminuer le prix des actes ; 2. Prise en charge des indigents ; 3. Augmenter le personnel Qualifié ; 4. Améliorer l'accueil des malades ; 5. Diminuer le temps d'attente des malades ; 6. Rendre disponibles les médicaments ; 7. Doter le CSCCom des équipements et autres matériels des soins ; 8. Autres (à préciser) /_____/

QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX PERSONNELS DU CSCom

Nom de l'enquêteur :

Date :/...../2018 Région : District de Bamako

Commune: IV Nom du CSCom : ASACOLABASAD

Village :

Identification

Q1.Sexe :

1. Masculin 2. Féminin /___/

Q2.Statut matrimonial :

1. Marié ; 2.Célibataire ; 3.Divorcé(e) ; 4.Veuf(e) /___/

Q3.Age :

/___/ (ans)

Q4.Depuis combien de temps travailler-vous au CSCom de Lassa ?

1.Moins de six mois ;2.Plus de six mois /___/

Q5.Qualification agent : /___/

- 1. Médecin ; 2.Assistant médical ; 3.Sage Femme ; 4.Technicien supérieur de santé ;
- 5. Technicien de Santé ; 6. Infirmière obstétricienne ; 7. Gérant de dépôt
- 8. Matrone ; 9.Aide soignant ;

Q6.Quel est l'état des relations entre le CSCom et le bureau de l'ASACO ?

1. Bon 2. Passable 3. Mauvais /___/

Expliquez cet

état:.....

Q7.Quelles sont les raisons de la faible utilisation des soins curatifs du CSCom

?.....

.....

.....

.....

Q8.Quelles solutions préconisez vous pour améliorer cette situation

?.....

.....

.....

.....

QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX MEMBRES DE L'ASACO

Nom de l'enquêteur :

Date :/...../2018 Région : District de Bamako

Commune: IV Nom du CSCom : ASACOLABASAD

Village :

Identification

Q1.Sexe :

1.Masculin 2.Féminin /___/

Q2.Statut matrimonial :

1.Marié ;2.Célibataire ;3.Divorcé(e) ;4.Veuf(e) /____/

Q3.Age : /____/ ans

Q4. Quel est votre niveau d'alphabétisation en français?

1. N'a jamais étudié ; 2.Etudes primaires ; 3.N'a pas terminé les études secondaires ;
4. Universitaire. /____/

Q5.Quel est votre profession?

1. Fonctionnaire ; 2.Commerçant ; 3.Cultivateur ; 4.Chômeur ; 5.Autres à préciser.....

Q6.Quel poste occupé vous dans le bureau:

Q7.Existe t'il une personne chargée de l'accueil dans le centre ?

1. Oui 2. Non /___/

Q8.Que pensez vous de la qualité des prestations dans le CSCom ?

.....

Pourquoi ?

.....

Q9.Que pensez vous du comportement du personnel dans le centre de santé ?

.....

Pourquoi ?

.....

Q10.Combien de réunions du conseil d'administration de l'ASACO avez vous tenu cette année? /_____/

Q11.Combien de réunions du comité de gestion de l'ASACO avez vous tenu cette année?

/_____/

Q12. Quel est le nombre d'assemblée générale tenu ces trois dernières années? /_____/

Q13. Quelle est la date du dernier renouvellement du conseil d'administration et du comité de gestion ? /_____/

Q14. Quel est le nombre de femmes élues au conseil d'administration ? /_____/

Q15. Quel est l'état des relations entre le CSCom et le bureau de l'ASACO ?

1. Bon 2. Passable 3. Mauvais /_____/

Expliquez cet état:

.....

Q16. Existe-t-il des cartes d'adhésions ? 1. Oui 2. Non /_____/

Q17. Quel est le nombre des familles adhérentes ? 2017 /_____/

Q18. Quelles sont les raisons de la faible utilisation des soins curatifs du CSCom ?
?.....

Q19. Quelles solutions préconisez-vous pour améliorer cette situation

?.....

.....