

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE DE BAMAKO

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple \_ Un But \_ Une foi

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE  
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

\*\*\*\*\*

*Année universitaire 2006 \_ 2007*THESE**PROBLEMATIQUE DE L'UTILISATION  
DES SERVICES DE SANTE  
COMMUNAUTAIRE DU QUARTIER DE  
DAOUDABOUGOU; COMMUNE V DU  
DISTRICT DE BAMAKO**

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT, le 16 / 06 / 2007

*à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie du Mali.*

Par Monsieur : DOUMBIA ABDOUL KARIM

Pour obtenir le grade de

Docteur en médecine (*Diplôme d'état*)JURY :**PRESIDENT: Professeur Amadou DIALLO****MEMBRES: Docteur Adama DIAWARA  
Docteur Boubacar TOGOLA****DIRECTEUR DE THESE: Professeur Sanoussi KONATE**

**TABLE DE MATIERE:**

TABLE DE MATIERE : .....	I
DEDICACES : .....	II
REMERCIEMENTS : .....	VI
LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES : .....	VIII
LISTE DES TABLEAUX : .....	IX
INTRODUCTION.....	1
GENERALITES.....	6
METHODOLOGIE.....	20
RESULTATS.....	27
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	55
CONCLUSION.....	71
RECOMMANDATIONS .....	73
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	76
RESUME.....	81

# DEDICACES

***Je dédie ce modeste travail :***  
***A Toi ALLAH Tout Puissant***  
***Pour Ton amour, Ta grâce et Ton assistance sans fin.***

*A mes parents : mon Père Boua, et ma Mère Nah, ma Grand-mère Mah qui ont toujours su me guider dans le droit chemin de part leur agir quotidien.*

*Et à vous mes frères et soeurs, parce qu'il est impossible de trouver des qualificatifs et des mots à la hauteur de l'amour et du soutien que vous m'avez toujours témoigné. Je dédie ce travail qui est le couronnement de tant de sacrifices et d'endurance.*

*A ma femme, cet amour, cette affection et cette persévérance que tu ne cesses de me témoigner m'ont encouragé durant toute cette période de dur labeur.*

*Mon **Bébé adorée**, Je t'aime.*

*A toute notre **progéniture Fatoumata**... ; à chaque fois que le soleil se lève, il y a toujours un temps pour qu'il se couche. Tout ce qui ne nous tue pas nous rend de plus en plus fort. De la part de votre papa qui vous aime bien.*

# REMERCIEMENTS

Au seuil de ce travail, nous avons l'obligation morale d'exprimer nos sentiments de gratitude et de profonds remerciements à tous ceux qui nous ont apporté leur concours tout le long de notre formation et pendant la réalisation du présent travail, notamment :

*Mes parents*, qui m'ont armé de courage et de détermination.

*Mes oncles, mes cousins, neveux* pour votre soutien moral.

*Maman Aminata Diarra et ses enfants*, pour leur amour.

*A nos amis et frères*, Dr Segnieng Sangaré, Cheick Hamallah Doumbia, Fadoni Diallo, Dr Bassirou Sanogo, Dr Cheick Oumar Konaté, Bou Niambélé. *Aux amis* Dra, Cissé, Bourani, Papi, Diak Doumbia, Dr Belco Maiga, Dr Boureima Belemou, Diabakaté Idrissa

A travers *Docteur Tangara BS* nous présentons nos vifs remerciements à toute l'équipe du *Cabinet Médical MAMY*.

*Mes maîtres*, qui m'ont appris le sens élevé de la dignité et de l'abnégation ; qui caractérisent le métier de médecin.

*Aux familles Coulibaly, Mariko, Diarisso, ma belle famille Touré*

**Tout le personnel du service de Pédiatrie du CHU Gabriel Touré.**

*A tous les apprenants de la FMPOS* pour le soutien mutuel.

*Aux ménages du quartier Daoudabougou* ainsi qu'au *personnel* des CSCOM qui ont permis la réalisation de ce travail en fournissant les données de base pour nos analyses.

*A tous ceux qui n'ont pas vu leurs noms cités* et qui nous ont toujours comblés de leur animation, sentiments, amour et amitiés ; qu'ils trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

**LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES:**

**ADASCO: Association de Daoudabougou pour la Santé Communautaire**  
**ASACODA : Association de Santé Communautaire de Daoudabougou**  
**ASACO: Association de Santé Communautaire**  
**BCG: Bacille de Calmette et Guérin**  
**CSAR : Centre de Santé d'Arrondissement**  
**CSCOM : Centre de Santé Communautaire**  
**DTCP1-2-3 : Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite**  
**DNSP-DE : Direction Nationale de la Santé Publique- Division**  
**Epidémiologie**  
**EDS : Enquête Démographique et de Santé**  
**HTA: Hypertension Artérielle**  
**IB : Initiative de Bamako**  
**IRA : Infections Respiratoires Aigues**  
**MPC : Malnutrition Protéino-calorique**  
**OMS : Organisation Mondiale de la Santé**  
**ONG : Organisation Non Gouvernementale**  
**PSPHR: Projet Santé Population Hydraulique Rurale**  
**PDDSS : Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social**  
**PIB : Produit Intérieur Brut**  
**PRODESS: Programme de Développement Sanitaire et Social**  
**PMA : Paquet Minimum d'Activités**  
**PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement**  
**SSP : Soins de Santé Primaire.**  
**VIH/SIDA : Virus de l'Immunodéficience Humaine / Syndrome**  
**Immunodéficience Acquise.**

**LISTE DES TABLEAUX :**

**TABLEAU I: Répartition des femmes enquêtées selon l'âge dans le quartier de Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU II: Répartition des femmes enquêtées selon leur statut matrimonial à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU III: Répartition selon le niveau d'instruction des femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU IV: Répartition des femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006 selon leur profession.**

**TABLEAU V: Répartition des ménages selon leur taille à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU VI: Répartition des femmes enquêtées selon leur état sanitaire les trois derniers mois en Août 2006.**

**TABLEAU VII: Répartition des femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006 en cas de maladies en Août 2006.**

**TABLEAU VIII: Types de recours des femmes enquêtées autre que le centre de santé en cas de maladie à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU IX: Répartition des ménages ayant eu des membres tombés malades les trois derniers mois à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU X: Répartition des femmes selon leur recours aux centres de santé face à la maladie des membres du ménage à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XI: Répartition des femmes selon la fréquentation du CSCOM à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XII: Opinion des femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006 sur la distance qui les sépare du centre de santé.**

**TABLEAU XIII: Opinion des femmes enquêtées à Daoudabougou sur l'éloignement du centre en Août 2006.**

**TABLEAU XIV: Moyens utilisés par les femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006, pour se rendre au CSCOM en Août 2006.**

**TABLEAU XV: Opinion des femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006 sur le confort de l'installation pendant l'attente.**

**TABLEAU XVI: Opinion des femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006 sur la salubrité des locaux.**

**TABLEAU XVII: Opinion des femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006 sur le respect de l'ordre de passage.**

**TABLEAU XVIII: Opinion des femmes enquêtées sur la durée de l'attente à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XIX: Opinion des femmes enquêtées à Daoudabougou sur la qualité de l'accueil en Août 2006.**

**TABLEAU XX: Opinion des femmes enquêtées à Daoudabougou sur la durée de la consultation en Août 2006.**

**TABLEAU XXI: Opinion des femmes enquêtées selon la disponibilité du personnel sanitaire lors des heures de services à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XXII: Opinion des femmes enquêtées selon la disponibilité du personnel sanitaire en dehors des heures de services à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XXIII: Répartition des femmes enquêtées selon la prescription de médicaments à la consultation à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XXIV: Répartition des femmes enquêtées selon l'achat des médicaments prescrits à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XXV: Répartition des femmes enquêtées selon le lieu d'achat des médicaments prescrits à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XXVI: Raisons évoquées par les femmes enquêtées du non achat des médicaments prescrits à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XXVII: Opinion des femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006 sur l'efficacité du traitement prescrit.**

**TABLEAU XXVIII: Répartition des femmes enquêtées en fonction du nombre d'enfant de moins de 02ans.**

**TABLEAU XXIX: Répartition des femmes enquêtées selon la réalisation de la CPN lors de la grossesse à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XXX: Raisons pour les femmes enquêtées de la non réalisation de la CPN à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XXXI: Répartition des femmes selon l'accouchement au CSCOM à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XXXII: Répartition des femmes enquêtées selon les lieux de leur accouchement.**

**TABLEAU XXXIII: Répartition des femmes selon la réalisation des CPON à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XXXIV: Opinion des femmes enquêtées sur la non réalisation correcte des CPON à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XXXV: Répartition des femmes enquêtées selon la réalisation correcte de la vaccination des enfants à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XXXVI: Opinion, des femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006 sur la vaccination incorrecte.**

# HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Directeur de THESE

**Professeur Sanoussi KONATE**

**PROFESSEUR TITULAIRE EN SANTE PUBLIQUE**

**CHEF DU DER SANTE PUBLIQUE**

Nous avons apprécié vos qualités scientifiques et pédagogiques tout le long de cette thèse.

Nous avons été séduits par votre simplicité et l'amour que vous avez pour les autres.

Vous nous avez cultivé dans le sens du travail bien fait.

Ce travail est le vôtre.

Permettez nous de vous en remercier et de vous témoigner notre profonde gratitude et notre profond respect.

A notre Maître et Président de JURY

**Professeur Amadou DIALLO**

**PROFESSEUR TITULAIRE DE BIOLOGIE**

**CHARGE DE COURS DE BIOLOGIE ANIMALE A LA FMPOS DE  
BAMAKO**

**VICE RECTEUR DE L'UNIVERSITE DE BAMAKO**

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

Nous gardons de vous l'image d'un Maître généreux et soucieux de la formation de ses élèves.

Vos qualités intellectuelles, votre jovialité, votre compétence, vos qualités humaines et votre rigueur scientifique font de vous un Maître remarquable et admiré par tous les élèves.

Nous vous prions d'accepter, cher Maître le témoignage de nos sentiments distingués et respectueux.

A notre Maître et JUGE

**Docteur Adama DIAWARA**

**SPECIALISTE EN SANTE PUBLIQUE**

**MAITRE ASSISTANT A LA FMPOS DE BAMAKO**

**CHARGE DE COURS D'EPIDEMIOLOGIE**

**CHEF DE DIVISION ASSURANCE QUALITE ET ECONOMIE DU  
MEDICAMENT A LA DIRECTION DE LA PHARMACIE ET DU  
MEDICAMENT.**

Nous avons été vraiment marqué par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

Vous avez accepté malgré vos multiples sollicitations d'évaluer ce travail et de l'améliorer par votre contribution.

Votre disponibilité et votre compréhension nous ont marqué dès le premier abord.

Votre rigueur et vos conseils éclairés nous ont profondément marqués ;

Croyez cher maître à notre admiration respectueuse et à notre gratitude. ;

A notre Maître et JUGE

**Docteur Boubacar TOGOLA**

**MEDECIN CHEF DU CENTRE DE SANTE ADASCO**

La facilité avec laquelle vous avez accepté de contribuer à ce travail malgré vos multiples occupations ; nous a énormément affecté.

Vos qualités intellectuelles et votre rigueur dans le travail nous a impressionnées.

Veillez cher Maître trouver ici, l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

**TABLE DE MATIERE:**

TABLE DE MATIERE : .....	I
DEDICACES : .....	II
REMERCIEMENTS : .....	VI
LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES : .....	VIII
LISTE DES TABLEAUX : .....	IX
INTRODUCTION.....	1

GENERALITES.....	6
METHODOLOGIE.....	20
RESULTATS.....	27
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	55
CONCLUSION.....	71
RECOMMANDATIONS .....	73
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	76
RESUME.....	81

# DEDICACES

*Je dédie ce modeste travail :*

*A Toi ALLAH Tout Puissant*

*Pour Ton amour, Ta grâce et Ton assistance sans fin.*

*A mes parents : mon Père Boua, et ma Mère Nah, ma Grand-mère Mah qui ont toujours su me guider dans le droit chemin de part leur agir quotidien.*

*Et à vous mes frères et soeurs, parce qu'il est impossible de trouver des qualificatifs et des mots à la hauteur de l'amour et du soutien que vous m'avez toujours témoigné. Je dédie ce travail qui est le couronnement de tant de sacrifices et d'endurance.*

*A ma femme, cet amour, cette affection et cette persévérance que tu ne cesses de me témoigner m'ont encouragé durant toute cette période de dur labeur.*

*Mon **Bébé adorée**, Je t'aime.*

*A toute notre progéniture **Fatoumata...** ; à chaque fois que le soleil se lève, il y a toujours un temps pour qu'il se couche. Tout ce qui ne nous tue pas nous rend de plus en plus fort. De la part de votre papa qui vous aime bien.*

---

# REMERCIEMENTS

Au seuil de ce travail, nous avons l'obligation morale d'exprimer nos sentiments de gratitude et de profonds remerciements à tous ceux qui nous ont apporté leur concours tout le long de notre formation et pendant la réalisation du présent travail, notamment :

*Mes parents*, qui m'ont armé de courage et de détermination.

*Mes oncles, mes cousins, neveux* pour votre soutien moral.

*Maman Aminata Diarra et ses enfants*, pour leur amour.

*A nos amis et frères*, Dr Segnieng Sangaré, Cheick Hamallah Doumbia, Fadoni Diallo, Dr Bassirou Sanogo, Dr Cheick Oumar Konaté, Bou Niambélé. *Aux amis* Dra, Cissé, Bourani, Papi, Diak Doumbia, Dr Belco Maiga, Dr Boureima Belemou, Diabakaté Idrissa

A travers *Docteur Tangara BS* nous présentons nos vifs remerciements à toute l'équipe du *Cabinet Médical MAMY*.

*Mes maîtres*, qui m'ont appris le sens élevé de la dignité et de l'abnégation ; qui caractérisent le métier de médecin.

*Aux familles Coulibaly, Mariko, Diarisso, ma belle famille Touré*

**Tout le personnel du service de Pédiatrie du CHU Gabriel Touré.**

*A tous les apprenants de la FMPOS pour le soutien mutuel.*

*Aux ménages du quartier Daoudabougou ainsi qu'au personnel des CSCOM qui ont permis la réalisation de ce travail en fournissant les données de base pour nos analyses.*

*A tous ceux qui n'ont pas vu leurs noms cités et qui nous ont toujours comblés de leur animation, sentiments, amour et amitiés ; qu'ils trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.*

### **LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES:**

ADASCO: Association de **D**aoudabougou pour la **S**anté **C**ommunautaire

ASACODA : Association de **S**anté **C**ommunautaire de **D**aoudabougou

ASACO: Association de **S**anté **C**ommunautaire

BCG: **B**acille de **C**almette et **G**uérin

CSAR : **C**entre de **S**anté d'**A**rrondissement

CSCOM : **C**entre de **S**anté **C**ommunautaire

DTCP1-2-3 : **D**iphtérie, **T**étanos, **C**oqueluche, **P**oliomyélite

DNSP-DE : **D**irection **N**ationale de la **S**anté **P**ublique- **D**ivision **E**pidémiologie

EDS : **E**nquête **D**émographique et de **S**anté

HTA: **H**ypertension **A**rtérielle

IB : **I**nitiative de **B**amako

IRA : **I**nfections **R**espiratoires **A**igues

MPC : **M**alnutrition **P**rotéino-**C**alorique

OMS : **O**rganisation **M**ondiale de la **S**anté

ONG : **O**rganisation **N**on **G**ouvernementale

PSPHR: **P**rojet **S**anté **P**opulation **H**ydraulique **R**urale

PDDSS : **P**lan **D**écennal de **D**éveloppement **S**anitaire et **S**ocial

PIB : **P**roduit **I**ntérieur **B**rut

PRODESS: Programme de Développement Sanitaire et Social

PMA : Paquet Minimum d'Activités

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

SSP : Soins de Santé Primaire.

VIH/SIDA : Virus de l'Immunodéficience Humaine / Syndrome Immunodéficience Acquise.

### **LISTE DES TABLEAUX :**

**TABLEAU I: Répartition des femmes enquêtées selon l'âge dans le quartier de Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU II: Répartition des femmes enquêtées selon leur statut matrimonial à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU III: Répartition selon le niveau d'instruction des femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU IV: Répartition des femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006 selon leur profession.**

**TABLEAU V: Répartition des ménages selon leur taille à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU VI: Répartition des femmes enquêtées selon leur état sanitaire les trois derniers mois en Août 2006.**

**TABLEAU VII: Répartition des femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006 en cas de maladies en Août 2006.**

**TABLEAU VIII: Types de recours des femmes enquêtées autre que le centre de santé en cas de maladie à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU IX: Répartition des ménages ayant eu des membres tombés malades les trois derniers mois à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU X: Répartition des femmes selon leur recours aux centres de santé face à la maladie des membres du ménage à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XI: Répartition des femmes selon la fréquentation du CSCOM à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XII: Opinion des femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006 sur la distance qui les sépare du centre de santé.**

**TABLEAU XIII: Opinion des femmes enquêtées à Daoudabougou sur l'éloignement du centre en Août 2006.**

**TABLEAU XIV: Moyens utilisés par les femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006, pour se rendre au CSCOM en Août 2006.**

**TABLEAU XV: Opinion des femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006 sur le confort de l'installation pendant l'attente.**

**TABLEAU XVI: Opinion des femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006 sur la salubrité des locaux.**

**TABLEAU XVII: Opinion des femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006 sur le respect de l'ordre de passage.**

**TABLEAU XVIII: Opinion des femmes enquêtées sur la durée de l'attente à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XIX: Opinion des femmes enquêtées à Daoudabougou sur la qualité de l'accueil en Août 2006.**

**TABLEAU XX: Opinion des femmes enquêtées à Daoudabougou sur la durée de la consultation en Août 2006.**

**TABLEAU XXI: Opinion des femmes enquêtées selon la disponibilité du personnel sanitaire lors des heures de services à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XXII: Opinion des femmes enquêtées selon la disponibilité du personnel sanitaire en dehors des heures de services à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XXIII: Répartition des femmes enquêtées selon la prescription de médicaments à la consultation à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XXIV: Répartition des femmes enquêtées selon l'achat des médicaments prescrits à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XXV: Répartition des femmes enquêtées selon le lieu d'achat des médicaments prescrits à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XXVI: Raisons évoquées par les femmes enquêtées du non achat des médicaments prescrits à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XXVII: Opinion des femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006 sur l'efficacité du traitement prescrit.**

**TABLEAU XXVIII: Répartition des femmes enquêtées en fonction du nombre d'enfant de moins de 02ans.**

**TABLEAU XXIX: Répartition des femmes enquêtées selon la réalisation de la CPN lors de la grossesse à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XXX: Raisons pour les femmes enquêtées de la non réalisation de la CPN à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XXXI: Répartition des femmes selon l'accouchement au CSCOM à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XXXII: Répartition des femmes enquêtées selon les lieux de leur accouchement.**

**TABLEAU XXXIII: Répartition des femmes selon la réalisation des CPON à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XXXIV: Opinion des femmes enquêtées sur la non réalisation correcte des CPON à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XXXV: Répartition des femmes enquêtées selon la réalisation correcte de la vaccination des enfants à Daoudabougou en Août 2006.**

**TABLEAU XXXVI: Opinion, des femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006 sur la vaccination incorrecte.**

**HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**

A notre Maître et Directeur de THESE

**Professeur Sanoussi KONATE**

**PROFESSEUR TITULAIRE EN SANTE PUBLIQUE**

**CHEF DU DER SANTE PUBLIQUE**

Nous avons apprécié vos qualités scientifiques et pédagogiques tout le long de cette thèse.

Nous avons été séduits par votre simplicité et l'amour que vous avez pour les autres.

Vous nous avez cultivé dans le sens du travail bien fait.

Ce travail est le vôtre.

Permettez nous de vous en remercier et de vous témoigner notre profonde gratitude et notre profond respect.

A notre Maître et Président de JURY

**Professeur Amadou DIALLO**

**PROFESSEUR TITULAIRE DE BIOLOGIE**

**CHARGE DE COURS DE BIOLOGIE ANIMALE A LA FMPOS DE  
BAMAKO**

**VICE RECTEUR DE L'UNIVERSITE DE BAMAKO**

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

Nous gardons de vous l'image d'un Maître généreux et soucieux de la formation de ses élèves.

Vos qualités intellectuelles, votre jovialité, votre compétence, vos qualités humaines et votre rigueur scientifique font de vous un Maître remarquable et admiré par tous les élèves.

Nous vous prions d'accepter, cher Maître le témoignage de nos sentiments distingués et respectueux.

A notre Maître et JUGE

**Docteur Adama DIAWARA**

**SPECIALISTE EN SANTE PUBLIQUE**

**MAITRE ASSISTANT A LA FMPOS DE BAMAKO**

**CHARGE DE COURS D'EPIDEMIOLOGIE**

**CHEF DE DIVISION ASSURANCE QUALITE ET ECONOMIE DU  
MEDICAMENT A LA DIRECTION DE LA PHARMACIE ET DU  
MEDICAMENT.**

Nous avons été vraiment marqué par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

Vous avez accepté malgré vos multiples sollicitations d'évaluer ce travail et de l'améliorer par votre contribution.

Votre disponibilité et votre compréhension nous ont marqué dès le premier abord.

Votre rigueur et vos conseils éclairés nous ont profondément marqués ;  
Croyez cher maître à notre admiration respectueuse et à notre gratitude. ;

A notre Maître et JUGE

**Docteur Boubacar TOGOLA**

**MEDECIN CHEF DU CENTRE DE SANTE ADASCO**

La facilité avec laquelle vous avez accepté de contribuer à ce travail malgré vos multiples occupations ; nous a énormément affecté.

Vos qualités intellectuelles et votre rigueur dans le travail nous a impressionnées.

Veillez cher Maître trouver ici, l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

# INTRODUCTION

## **I- INTRODUCTION:**

Le 12 septembre 1978 à Alma Ata (ex URSS), l'OMS proposa une stratégie de développement de la santé.

Toute démarche pour la santé doit nécessairement inclure la participation des populations à toutes les étapes: conception, financement et action [12].

Les pays africains surendettés ne peuvent plus financer leurs services de santé [12]. L'idée du financement des services de soins par le recouvrement des coûts des prestations auprès des malades fit son apparition au début des années 80. Elle fut officiellement lancée par l'OMS à Bamako en septembre 1987 sous le nom d'Initiative de Bamako (IB). Son postulat de base était que le malade serait prêt à payer une somme raisonnable pour sa santé, à condition qu'il puisse trouver un service et un personnel de qualité, adapté à sa demande.

En mars 1989, s'ouvrait à Bamako le premier centre de santé communautaire ou « CSCOM », créé à l'initiative d'un groupe de notables

du quartier périurbain de Bankoni regroupés au sein d'une association de santé communautaire ou «ASACO ».

Le 15 Décembre 1990, le gouvernement adoptait une politique sectorielle de santé et de population.

En 1993, il définissait une politique de solidarité pour lutter contre toutes formes d'exclusion, à travers le Projet, Santé, Population, Hydraulique Rurale (PSPHR)

Un plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS 1998-2007) adopté en 1998 se situe dans le prolongement de la politique sectorielle et de population, et de la politique de solidarité.

A partir de ce plan, un programme quinquennal a été élaboré dénommé PRODESS (Programme de Développement Sanitaire et Social) pour la période 1998-2002. Un de ces objectifs est d'étendre la couverture sanitaire et d'améliorer la qualité des soins afin d'offrir le paquet minimum d'activité (PMA) aux populations les plus éloignées [16].

Malgré toutes ces reformes entreprises depuis les années 1980 (autorisation de médecine privée, politique sectorielle, décentralisation, etc.), l'utilisation des services de santé, notamment des structures de soins de premier niveau reste faible. Elle est passée de 0,16 contact/personne/an à 0,23 entre 1998 et 2003 tandis que la proportion d'accouchements assistés est passée de 29% à 42% sur la même période [17].

En 1995/1996 selon l'EDS-II 30% de la population située dans un rayon de 5km et 50% dans un rayon de 15km avaient accès au PMA. Une amélioration de cette proportion a été constatée en 2001 puisque 40% se trouvaient à moins de 5km d'une structure de santé offrant le PMA, 63% étaient de moins de 15km [8].

Le taux de mortalité maternelle est de 582 pour 100 000 naissances vivantes [EDS-III], et n'a pas d'autre part permis d'atteindre les objectifs

fixés en terme d'éducation sanitaire (notamment en matière de nutrition, d'hygiène, de prévention) et de planning familial (moins de 6% des femmes utilisent un moyen moderne de contraception) [EDS-III 2003].

Le coût moyen de l'ordonnance reste élevé pour une grande partie de la population. Le nombre de personnel sanitaire reste toujours faible. Le personnel spécialisé est concentré au niveau des hôpitaux et services spécialisés dont 90% sont implantés en ville.

Ces facteurs associés à l'ignorance et à la pauvreté contribuent à des comportements défavorables.

Au Mali, les maladies dites « naturelles » (infectieuses; parasitaires, nutritionnelles) prédominent. Les pathologies iatrogènes, résultant de pratiques professionnelles (prescriptions) proviennent d'actes professionnels de la santé qui par incompetence, manque de motivation, de moyen de diagnostic adéquat, etc., tâtonnent au niveau du diagnostic et procèdent à des prescriptions tous azimuts.

Cette situation contribue à maintenir un état de santé déficient (les quotients de mortalité infantile et de mortalité infanto juvénile sont très élevés).

L'objectif principal du gouvernement assigné aux services de santé est de fournir à la population des soins de santé qui s'expriment en terme de qualité, d'accessibilité et d'équité.

Cependant, peu d'études ont été menées en milieu urbain africain, surtout au Mali, afin de montrer les motifs du comportement de recours au centre de santé. On pourrait alors s'interroger sur les causes réelles de la sous-utilisation des services de santé. C'est pourquoi nous avons jugé nécessaire de faire cette étude à Daoudabougou qui possède deux CSCOM pour une

plus forte utilisation des services de santé tant pour les activités de prévention que pour les soins curatifs.

### **HYPOTHESES :**

Les services de santé communautaire de Daoudabougou sont sous-utilisés.

Cette sous-utilisation des services de santé par les ménages est fonction des caractéristiques socio-culturelles, économiques, géographiques des ménages, et de la qualité des soins offerts dans ces structures.

### **QUESTION DE RECHERCHE :**

Quels sont les facteurs qui peuvent expliquer la faible utilisation des CSCOM de Daoudabougou?

### **OBJECTIFS DE L'ETUDE**

Il s'agit d'une enquête d'opinion.

#### **I/ Objectif général :**

L'objectif général de cette étude est d'identifier les déterminants de l'utilisation des services de santé communautaire de Daoudabougou.

#### **II/ Objectifs spécifiques**

Cette étude se propose comme objectifs spécifiques de :

- Décrire les caractéristiques socio - culturelles et économiques des ménages qui utilisent les services de santé de Daoudabougou.
- Décrire les facteurs géographiques qui déterminent l'utilisation des centres de santé communautaires de Daoudabougou.
- Evaluer la qualité des services auprès des utilisateurs et son impact sur l'utilisation des services.

# GENERALITES



## **II- GENERALITES:**

### **A- Mali:**

Le Mali actuel est né le 22 septembre 1960. Il comptait 10.278.250 habitants en 2000 selon le recensement général de la population de 1998. La population est inégalement répartie entre les huit régions et le district de Bamako. Le taux d'accroissement naturel annuel est de 2,9 %.

Pays sahélien, situé au centre de l'Afrique de l'Ouest, sa superficie est de 1.241.238 km<sup>2</sup>. C'est un pays de plaines et de plateau. L'altitude moyenne est de 500 m. Le Mali est traversé par deux fleuves: le fleuve Niger et le fleuve Sénégal.

Il est partagé en trois grandes zones climatiques du sud au nord : la zone soudano guinéenne soudanienne (25 %), la zone sahélienne qui compose 50 % du territoire et la zone saharienne qui couvre 25 % de sa superficie. L'économie malienne repose essentiellement sur le secteur primaire qui fournit près de 44 % du PIB, fournit les trois quarts des recettes d'exportation et occupe 80 % de la population active.

### **B-INITIATIVE DE BAMAKO:**

#### **B-1-Contexte:**

Lors de la mise en œuvre des SSP, il est apparu que le financement était souvent un frein à " la Santé pour tous en l'an 2000 ".

En effet, les SSP ont rencontré beaucoup de difficultés dans leur exécution :

- difficultés liées au financement des activités,
- la qualité des soins qui ne répondent pas aux besoins des bénéficiaires,

- la faible participation aux actions de développement communautaire,
- le manque de médicaments,
- le manque de ressources humaines et matérielles.

Face à ces problèmes, la décision de renforcer les SSP a été prise à Bamako en septembre 1987, sous l'égide de l'UNICEF et de l'OMS: c'est l'initiative dite " de Bamako " (IB).

### **B-2. Définition:**

L'Initiative de Bamako est un ensemble de réformes politiques élaborées en réponse à la dégradation rapide des systèmes de santé dans les pays en développement

### **B-3. But:**

La mise en place de l'IB doit servir, entre autres, à l'amélioration de la qualité des services et à l'accès aux soins.

### **B-4. Objectifs:**

Les objectifs spécifiques de cette initiative sont :

- renforcer les mécanismes de gestion et de financement au niveau local ;
- promouvoir la participation communautaire et renforcer les capacités de gestion locale ;
- renforcer les mécanismes de fourniture, de gestion et d'utilisation des médicaments essentiels ;
- assurer des sources permanentes de financement pour le fonctionnement des unités de soins.

### **B-5. Stratégies:**

L'Initiative de Bamako a pour stratégie de revitaliser les systèmes de santé en décentralisant le pouvoir décisionnel de l'échelon national à celui des districts. Son but est de réorganiser les services de santé de base, et en fournissant un "paquet minimum" de services de santé essentiels au niveau des unités de santé de base.

L'implication des communautés est un élément fondamental en ce qu'il modifie l'équilibre des pouvoirs entre les prestataires de soins de santé et les usagers et impulse une gestion "novatrice" des systèmes de santé publics. De simples consommateurs passifs, les bénéficiaires des soins deviennent des partenaires actifs dont la voix compte.

### **C- ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE AU MALI:**

Le système de soins est organisé selon un modèle pyramidal qui va du ministère de la santé aux centres de santé périphériques, en passant par deux échelons intermédiaires : la région et le cercle. L'Offre de soins fait donc l'objet d'une planification qui repose sur le découpage administratif du territoire en 9 régions, 46 cercles et de nombreuses aires.

L'organisation du système de santé comprend trois niveaux :

#### **[Organigramme Ministère de la Santé]**

1. Le niveau central qui joue un rôle de conception, d'appui stratégique, d'évaluation et de mobilisation des ressources, de prise décision politique.
2. Le niveau intermédiaire ou régional qui joue le rôle d'appui au niveau périphérique.
3. Le niveau opérationnel qui joue un rôle de planification, programmation et d'exécution des opérations.

### **C-1. Situation sanitaire au Mali:**

Le Mali est classé parmi les vingt pays les plus pauvres du monde par le PNUD.

Cependant, les différentes vagues de réforme du système de santé que connaît le pays depuis deux décennies, notamment avec l'autorisation de la médecine privée, la décentralisation et la mise en place des CSCOM et des CSAR qui assurent une participation plus importante des communautés à la gestion des centres de santé, ont permis d'étendre la couverture sanitaire et d'améliorer progressivement l'état de santé des populations, surtout les plus pauvres [27].

Les problèmes de santé sont structurellement sévères, liés au climat et à la pauvreté.

Les indicateurs de santé sont parmi les plus bas au monde.

- Taux de couverture sanitaire : 30 à 40% dans un rayon de 5 et 15 km
- Taux de mortalité infantile : 123 pour mille
- Taux de mortalité infanto-juvenile : 238 pour mille
- Taux de mortalité maternelle : 577/100 000 naissances vivantes
- Taux brut de mortalité : 45,1 pour mille
- Taux de couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 ans (Source : Annuaire Statistiques du Système d'information Sanitaire DNSP-DE 1992-2000 et rapports d'activités du Centre National des Immunisations) :
  - BCG : 73% ;
  - DTCP1 : 76% ;
  - DTCP3 : 52%
  - Rougeole : 53%.
- Nombre de cas de VIH/SIDA à la date du 31 Mars 2001 : 6639

- 30% des enfants de moins de 3 ans souffrent de malnutrition chronique
- 25% des enfants de moins de 3 ans souffrent d'épisodes de diarrhées

Le taux de natalité est estimé à 46,1 pour mille ; celui de la mortalité générale est de 15,2 pour mille et l'espérance de vie à la naissance est de 53,8 ans [31].

Le Mali est un pays pauvre. Seulement 49% de la population et 50% de la population urbaine ont accès à l'eau potable [31].

Seulement un accouchement sur quatre est pratiqué dans des conditions sanitaires convenables [EDSM-III].

Le budget dont dispose actuellement le Ministère de la Santé est insuffisant pour espérer une couverture sanitaire totale de la population.

### **C-2. Etablissements sanitaires au Mali:**

En matière de soins, le Mali disposait en 2001 de :

- 3 hôpitaux nationaux de 3ème référence ;
- 1 centre national d'odontostomatologie ;
- 1 institut d'ophtalmologique tropical
- 6 hôpitaux de 2ème référence ;
- 57 centres de santé de 1ère référence
- Environ 559 CSCOM réalisés et fonctionnels
- 434 structures privées y compris pharmacies et labo
- De gros efforts ont été déployés pour le développement des ressources humaines. En dépit de tous les efforts en matière de recrutement les rations personnel/population reste très en deçà des normes de l'OMS.

En 2001 pour le premier niveau de contact les ratio étaient de :

1 médecin pour 14612 habitants (norme OMS 1/10000)

1 infirmier pour 13989 habitants (norme OMS 1/10000)

1 sage femme pour 21440 habitants (norme OMS 1/10000) [8].

## **D-POLITIQUE SECTORIELLE DE SANTE ET DE POPULATION:**

La politique sectorielle de santé et de population définit les orientations du développement sanitaire et social du Mali. Son objectif majeur est de réaliser la santé pour tous sur un horizon aussi rapproché que possible.

### **D-1. Contexte:**

Le 15 décembre 1990, le Gouvernement de la République du Mali a adopté une politique sectorielle de santé et de population, ambitionnant de résoudre les problèmes prioritaires de santé du pays.

### **D-2. Orientation:**

La priorité de l'action sanitaire reste réservée au milieu rural et péri urbain, à la prévention des maladies, à la promotion socio sanitaires et au bien être de la famille.

### **D-3. Objectifs:**

Ces principaux objectifs sont axés sur l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire, la recherche d'une plus grande viabilité et de performance du système de santé. Il s'agit plus

spécifiquement de :

- **Etendre la couverture sanitaire du pays en:**

- . développant un dispositif tenant compte des réalités socio-économiques du pays, assurant des services de qualité et le plus rapproché possible des populations,
- . intensifiant l'utilisation des services par des actions d'information, d'éducation et de communication,

- **Rendre le système de santé viable et performant en:**

- . intégrant la santé comme un élément majeur de la stratégie globale de développement socio-économique,
- . améliorant l'efficacité du système de santé par une gestion rationnelle des ressources disponibles et mobilisables,
- . développant une approche multidisciplinaire et multisectorielle de l'action de santé, organisant la participation des acteurs : Etat, Collectivités Territoriales, Société Civile, Populations et Partenaires au développement

**D-4. Stratégies nationales de développement de la santé:**

Pour atteindre ces objectifs, les stratégies suivantes ont été annoncées :

- La différenciation des rôles et missions des différents échelons du système de santé. Celle-ci consiste à faire évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle.
- La garantie de la disponibilité et de l'accessibilité du médicament essentiel, la rationalisation de la distribution et de la prescription grâce à la mise en œuvre de la réforme du secteur pharmaceutique.

- La participation communautaire à la gestion du système et à la mobilisation des financements du système de santé y compris le recouvrement des coûts et l'optimisation de leur utilisation.
- La promotion d'un système privé dynamique et communautaire complémentaire du système public [29].

### **E. PDDSS ET LE PRODESS:**

Le Gouvernement s'est doté dès 1998 d'un Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS).

Cette même année, le Programme de développement sanitaire et social (PRODESS) est lancé, après un accord entre le Mali et les bailleurs de fonds, dont principalement la Banque mondiale. Il s'agit de la première tranche quinquennale du Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS), qui s'étend sur la période 1998–2007.

L'objectif général du PDDSS est d'améliorer l'état sanitaire et social des populations afin de leur permettre de mieux participer au développement économique et social du pays. Les objectifs spécifiques sont au nombre de huit :

- 1 – assurer l'accessibilité géographique et financière de l'ensemble de la population à des services sociaux et de santé de qualité
- 2 – réduire la morbidité et la mortalité liée aux maladies prioritaires
- 3 – lutter contre l'extrême pauvreté et l'exclusion sociale
- 4 – promouvoir le développement des communautés avec leur propre participation
- 5 – accroître la performance des services de santé et d'action sociale

6 – garantir un financement équitable et durable des systèmes socio sanitaires

7 – renforcer les synergies et les complémentarités entre les différents acteurs du système national de santé et d'action sociale

8 – renforcer la participation de la population et la collaboration intersectorielle

Malgré les efforts réalisés dans le cadre du PRODESS et les quelques succès obtenus en terme d'accès aux soins de santé, il n'en reste pas moins qu'ils sont encore insuffisants face aux besoins, notamment en ce qui concerne la couverture prénatale (45% en général), la couverture vaccinale des enfants (0-11 mois), le paludisme (première cause de mortalité avec 13% de décès) et le SIDA avec un taux de prévalence de 1,7% selon l'enquête EDSM-III de 2001 et une évolution pessimiste (près de 66.000 cas cumulés et 10.000 décès (1999). (Source : Rapport Partenariat Mali, Banque Mondiale, 2001/PRODESS).

## **F. QUELQUES DEFINITIONS OPERATIONNELLES:**

▣ **SANTE COMMUNAUTAIRE:** Selon Rochon (Canada) la santé communautaire est l'art et la science d'améliorer l'état de santé de la population de prévenir la maladie et de promouvoir l'efficacité des services de santé par la coordination des efforts communautaires.

▣ **ASACO:** est une association dans laquelle la population d'une aire de santé donnée s'organise pour prendre en main la gestion de ses propres problèmes de santé [27].

▣ **CSCOM:** Un « CSCOM » est un centre de santé privé sans but lucratif, qui regroupe un dispensaire, une maternité et un dépôt pharmaceutique, et

dont la gestion est assurée par une association d'usagers, dénommée « ASACO ». Bénéficiant des services d'une équipe de professionnels de santé dirigée par un médecin ou par un infirmier, il met à la disposition des populations vivant alentour des soins de premier niveau.

■ **NOTION D'AIRE DE SANTE:** L'Aire de santé est la zone couverte par un CSCOM ou CSAR. Le découpage d'un cercle en aire de santé est ce qu'on appelle la carte sanitaire du cercle.

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 ou CSAR et ayant en commun des affinités d'ordre socio anthropologiques. Ces critères ont pour but de permettre au CSCOM ou CSAR :

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

■ **LA PLANIFICATION SANITAIRE:** est l'encadrement du développement et de l'action de service de santé par une mise en ordre stratégique de programme à exécuter. Le processus de planification consiste à identifier les besoins prioritaires, à fixer les objectifs à atteindre, à définir les stratégies et interventions appropriées, à évaluer les mesures nécessaires pour mener à bien ces interventions et à établir un calendrier pour leur mise en œuvre et leur suivi.

■ **LE MEDICAMENT:** est toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines et animales ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic ou restaurer, corriger ou modifier leur fonction organique.

### **G. FONCTIONNEMENT DES CSCOM:**

Les centres de santé communautaires (CSCOM) se définissent comme des formations sanitaires de premiers recours. Ils ont été créés sur la base de l'engagement des populations bien définies et organisées pour répondre avec efficacité à leurs problèmes de santé.

Dans cette expérience, la qualité des soins, le souci de l'équité dans leur dispense, le souci de la participation active, mais aussi la concurrence entre la santé communautaire et les autres systèmes de santé (formations publiques et privées) apparaissent à la fois comme des facteurs d'adhésion de la population à son système de soins et comme des facteurs de promotion de la santé.

Ces centres de santé offrent les services de premier recours et pratiquent des «paquets de soins» (terme utilisé par la banque mondiale) comprenant des soins curatifs, préventifs et promotionnels, ainsi que la prise en charge des maladies au long court comme la tuberculose.

L'une des raisons fondamentales de la création des centres de santé a été le souci de lever l'obstacle financier au recours aux soins dispensés par les formations publiques. Dans cette perspective, le système de tarification prend en compte aussi bien le pouvoir d'achat des malades et de leurs familles que les charges récurrentes de chaque centre.

L'innovation dans ce domaine réside dans la pleine participation de la population à la décision. Il en est résulté par exemple le choix d'un système de tarification fondé non pas sur des actes médicaux ou paramédicaux pris individuellement, mais sur une notion d'épisode de maladie, et un tarif variable selon que le malade est adhérent ou non. Autrement dit le centre de santé communautaire fonctionne sur des bases mutualistes. Les familles

doivent payer une certaine somme de départ pour adhérer au centre puis elles règlent les prestations selon une certaine base appelée «ticket modérateur».

En milieu rural, un CSCOM est géré par une association de villages, l'ASACO, qui paye 10% de la construction du bâtiment, et les salaires du personnel (au minimum un aide soignant et une matrone).

L'état assure 90% des frais de construction, et fournit une fraction importante des médicaments et les vaccins. Chaque CSCOM assure des soins de proximité à un regroupement de 7 à 15 villages, environ 5000 habitants. L'aide soignant doit faire régulièrement la tournée dans tous les villages. Les villageois payent leurs consultations ainsi qu'un forfait annuel par famille.

## **H. FONCTIONNEMENT DE L'ASACO :**

Selon les textes agissant, les ASACO sont dotées de structures dirigeantes suivant :

- **Assemblée générale (AG)** : représente l'ensemble des adhérents de l'aire de santé.

- **Conseil d'Administration (CA)**: est l'organe d'exécution des décisions de l'AG.

- **Le Comité de Gestion (CG)** : est l'organe qui s'occupe essentiellement de la gestion du CS.

- **Le Comité de Surveillance (CS)**: est chargé de la surveillance des activités du CG.

Les ASACO sont organisées en :

- Fédération locale des ASACO (**FELASCOM**)
- Fédération Régionale des ASACO (**FERASCOM**)
- Fédération Nationale des ASACO (**FENASCOM**)

# METHODOLOGIE

### **III- METHODOLOGIE:**

#### **1. CADRE DE L'ETUDE:**

##### **1.2. Daoudabougou:**

###### **1.2.1 Données historiques :**

Le premier habitant fut Daouda Sangaré (d'où le nom du quartier) qui vivait dans son verger situé sur ce territoire. Les gens se sont installés progressivement autour de lui au fil des années avec son autorisation. Ainsi ce verger devint un village. Ce village a été reconnu comme un quartier du District de Bamako vers 1971. Après cette reconnaissance, l'attribution des parcelles est passée aux autorités administratives de la commune V.

###### **1.2.2 Situation géographique et démographique:**

Daoudabougou est situé dans la commune V du District de Bamako. Il est situé à la sortie de cette commune et au flanc Est de la colline de Badalabougou.

Le quartier Daoudabougou est limité par :

A l'Ouest, Sabalibougou

Au Nord et à l'Ouest, Badalabougou

A l'Est, Sogoniko

Au Sud et à l'Est, Niamakoro

Au sud, le quartier de Kalaban-coura

La population était estimée à 41134 habitants, environ 7143 ménages et 3490 concessions selon le troisième et dernier Recensement Général de la

Population et de l'Habitat réalisé au cours de la période allant du 1<sup>er</sup> au 14 Avril 1998.

Cette population est composée de fonctionnaires, des militaires et policiers, des ouvriers, des scolaires, des paysans, des commerçants et des sans emplois.

C'est une zone à tendance urbano-rurale qui appartient au district sanitaire de Bamako.

### **1.2.3. Situation socio-économique et culturelle:**

La population de Daoudabougou vit du petit commerce, des primes et salaires pour les fonctionnaires et ouvriers ; et des produits de culture pour les paysans agriculteurs. On y trouve un marché principal, ainsi que de nombreux autres petits marchés. Il y existe des écoles maternelles, primaires, secondaires et supérieures tant publiques que privées. La route et le téléphone constituent les principaux moyens de communication avec d'autres zones de santé. On y rencontre toutes les ethnies du Mali. Les ethnies majoritaires sont : les Bambara, les peuls et les Sarakolés.

Le mariage est généralement du type civil avec un taux faible de mariage monogamique.

Les trois grandes religions du pays y sont pratiquées (par ordre décroissant) : l'Islam, le christianisme, et l'animisme ainsi que de nombreuses autres sectes.

L'habitat est en dur, moderne de construction récente, et mi-terre battue pour d'autres.

Le riz, la pâte de maïs, de sorgho, de mil, le haricot, le poisson, la viande bovine et canine, la chair de poule, l'huile végétale, la pomme de terre, la tomate, le chou et les fruits, constituent l'aliment de base de la population de Daoudabougou.

La population est en partie fournie en eau potable par le robinet et autres bornes fontaines aménagées. Elle bénéficie de l'énergie électrique de l'EDM de manière régulière.

#### **1.2.4 Situation sanitaire:**

Daoudabougou compte actuellement trois aires de santé dont deux seulement ont leur CSCOM. La troisième aire (ASCODA) est actuellement incluse dans l'aire de l'ADASCO. La zone de santé de Daoudabougou compte actuellement les formations sanitaires suivantes :

Deux centres de santé qui réalisent les activités du PMA.

-celui de l'Association de Santé Communautaire de Daoudabougou (ASACODA), créée en 1992.

-celui de l'Association de Daoudabougou pour la Santé Communautaire (ADASCO) créée en 1994.

En plus de ces deux formations sanitaires intégrées au système des soins de santé primaires, il existe de nombreuses autres structures sanitaires privées.

Les endémies locales sont par ordre d'importance décroissant : le paludisme, les IRA, maladies diarrhéiques, anémies, MPC, diabète sucré, HTA.

### **2. PERIODE D'ETUDE :**

L'étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> Août 2006 au 30 Novembre 2006 dans le quartier de Daoudabougou.

### **3. TYPE D'ETUDE :**

L'étude est descriptive transversale.

#### **4. POPULATION D'ETUDE :**

Sont concernés par cette étude :

- le personnel des centres de santé communautaire de Daoudabougou
- les responsables des ASACO
- les ménages dans la zones de l'étude depuis au moins 6 mois.
- les usagers des CSCOM

#### **5. LES TECHNIQUES ET INSTRUMENTS DE COLLECTE :**

Nous avons choisi le quartier de Daoudabougou parce qu'elle dispose de deux centres de santé communautaire qui ne sont pas suffisamment fréquentés par la population cible.

Les données recueillies concernent des informations de l'année 2006 dans différents domaines:

- Equipements médicaux, infrastructure, personnels...
- Recouvrement des coûts, ASACO, comité des gestions, supervision de la hiérarchie du district sanitaire, couverture sanitaire, couverture vaccinale, activités de consultations préventive et curative, accouchements,...

Les techniques utilisées étaient l'interview et l'observation.

Les données ont été collectées à l'aide de questionnaires préétablis qui ont été adressés aux ménages de Daoudabougou, au chef de poste du CSCOM, à l'équipement du CSCOM, au personnel travaillant dans le CSCOM, aux principaux responsables de l'ASACO, aux femmes enceintes, aux femmes accouchées il y a six mois, aux usagers adultes venus en consultation dans les CSCOM, aux ménagères ou à leurs maris à propos de l'utilisation des moustiquaires imprégnées et un questionnaire pour focus group a été adressé à un groupe de leaders parmi les hommes (chef de village, maire,

représentant d'association) et à un groupe parmi les femmes (présidente des femmes, représentantes d'association ou d'ONG féminine)

## **6. ECHANTILLONNAGE:**

Il n'existe pas de données locales exactes indiquant la proportion de malades incapables d'utiliser les services de santé communautaire de Daoudabougou. Notre enquête a concerné 251 ménages ce qui correspondait à 1 sur 30 ménages de Daoudabougou. Nous avons interrogé 251 mères. La première concession a été choisie au hasard. A la sortie de cette concession, nous sommes partis sur la droite. Un pas de sondage de 30 concessions a été respecté entre les concessions jusqu'à atteindre la taille de l'échantillon. Arrivé à une bifurcation, on a tourné à droite.

Nous avons choisi le ménage comme échantillon et non la famille qui peut être étendue au sens large du terme.

## **7. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES:**

Les données collectées ont été saisies et traitées de manière informatique par le chercheur principal avec l'appui d'un statisticien. Le masque de saisie a été élaboré dans le logiciel EPI INFO qui permet une saisie intelligente des questionnaires. Toutes les productions statistiques ont été effectuées avec le logiciel SPSS (Statistical Package for social sciences).

## **8. CONSIDERATION D'ETHIQUE ET DE DEONTOLOGIE:**

Toute activité de recherche pose un problème d'éthique surtout en matière de santé. Dans le souci de résoudre ce problème nous avons jugé nécessaire d'obtenir le consentement des personnes cibles de l'enquête. Pour y parvenir des contacts ont été pris avec les autorités administratives et traditionnelles du quartier.

L'autorisation a été obtenue pour mener l'enquête dans les CSCOM et le quartier. Nous nous sommes adressés aux personnes dans le quartier pour les interroger après avoir obtenu leur consentement. Nous avons expliqué clairement que le refus de toute personne de participer à l'enquête n'entraînera aucune conséquence fâcheuse pour elle. La confidentialité sera assurée en ce qui concerne les renseignements obtenus en respectant l'anonymat.

### **9. AVANTAGES :**

Nous espérons que cette étude nous permettra d'arriver à une meilleure compréhension des causes de sous fréquentation des services de santé dans le quartier de Daoudabougou et de proposer des solutions afin d'améliorer l'état de santé des populations.

### **10. INCONVENIENTS:**

Le principal inconvénient a été le temps perdu par les sujets inclus dans l'étude pour répondre aux questions des enquêteurs.

# RESULTATS

## **IV- RESULTATS:**

### **1. Caractéristiques des chefs de poste:**

Tous les deux chef de poste enquêtés à Daoudabougou étaient de sexe masculin.

Ils étaient tous deux des médecins généralistes.

Leur age était de 29 ans pour le médecin de l'ASACODA et de 43 ans pour le médecin de l'ADASCO. La durée d'exercice était de 3 mois à l'ASACODA et de 11 ans à l'ADASCO. A l'ASACODA, le médecin est payé par le fond PPTE. Le médecin de l'ADASCO est payé par son ASACO

### **2. Les CSCOM :**

A Daoudabougou les centres de santé sont construits en dur. Les deux CSCOM enquêtés ont une durée moyenne d'existence de 13 ans. Il existe trois aires de santé dont une seule qui n'a pas de centre de santé. Les deux centres sont pratiquement accessibles à la population même s'il existe quelques collines bien praticables selon le médecin de l'ADASCO. L'eau potable est présente dans les deux centres enquêtés. Le robinet représentait la source d'eau potable. Les deux CSCOM sont ouverts 7 jours sur 7, et 24 heures sur 24. Il existe un service de garde dans les deux centres. Les deux CSCOM possèdent suffisamment d'appareils de mesure et de matériels d'asepsie. La chaîne de froid est assurée dans les deux CSCOM. L'Initiative de Bamako préconise la participation des communautés dans la gestion des CSCOM et la constitution de comité de gestion. Ces centres sont sous la responsabilité d'une Association de Santé Communautaire qui

a notre avis manque de dynamisme et se comporter comme un « grin » d'amis. Ces CSCOM sont dirigés par un personnel de santé qualifié et bénéficient de sages femmes (1 à l'ASACODA et 3 à l'ADASCO).

L'effectif moyen des personnels attachés aux deux CSCOM est de 14,5 (11 à l'ASACODA et 18 à l'ADASCO) dont en moyenne 10 affectés à des activités de soins parmi lesquels en moyenne 4 n'ont aucune qualification dans le domaine de la santé.

L'ASACODA possède 1 médecin, 1 infirmier d'état, 1 sage femme, 1 matrone, 1 aide soignant, 1 technicien de santé, 1 infirmière obstétricienne, 1 comptable, 1 gérant de pharmacie, 1 manœuvre et 1 gardien.

L'ADASCO 1 médecin, 1 infirmier d'état, 3 sage femme, 2 matrone, 6 aide soignant, 1 infirmière obstétricienne, 1 comptable, 1 gérant de pharmacie, 2 manœuvre et 1 gardien.

### **3. Formation du personnel:**

Le médecin de l'ADASCO a reçu plusieurs formation continue lors de séminaires/atelier dans plusieurs domaines (PEV, paludisme, PCIME, nutrition, diarrhées, Planning familial, infections sexuellement transmissibles, SIDA, système d'information sanitaire, infections respiratoires aiguës) tandis qu'à l'ASACODA le médecin n'a reçu qu'une formation continue et elle concernais le système d'information sanitaire.

Les infirmiers aussi ont reçu une formation continue mais ils n'ont pas pu précisé dans quel domaine.

### **4. Stabilité du personnel:**

Dans les deux centres enquêtés l'instabilité concerne surtout l'ASACODA qui a plusieurs fois changé de médecin tandis que le médecin de l'ADASCO est en place depuis la création de son centre.

### **5. Disponibilité des médicaments et vaccins:**

A Daoudabougou pratiquement aucun médicament n'a connu une rupture dans les centres, sauf la sulfadoxine pyriméthamine qui avait connu une rupture momentanée à l'ADASCO. Cette rupture était due à une rupture chez le grossiste.

A l'ASACODA pendant tout le premier trimestre de cette année le congélateur et le réfrigérateur étaient en panne plus de 3 mois pour le réfrigérateur et 20 jours pour le congélateur. Le centre avait un problème d'installation du matériel de laboratoire faute de réfrigérateur pour la conservation des réactifs. Le manoeuvre allait chercher les vaccins les jours de vaccination au centre de référence de la commune V.

L'ordonnance coûtait en moyenne 1890 francs à Daoudabougou.

### **6. Entretien avec les responsables des ASACO:**

A Daoudabougou tous les responsables interviewés pensaient que les prestations étaient bonnes.

La qualité des prestations était jugée bonne par rapport à la satisfaction des utilisateurs de services selon les responsables interrogés à Daoudabougou.

Le comportement des agents de santé avait été jugé aussi bon par les responsable des ASACO, ceci dû à la non plainte des utilisateurs et à la surveillance dont ils font l'objet.

Les réunions du conseil d'administration et du comité de gestion des ASACO sont régulièrement tenues.

Le nombre de femmes dans les conseils d'administration des ASACO est très faible, 4 et 5 respectivement à l'ADASCO et à l'ASACODA sur un effectif moyen de 22 membres.

Les réponses fournies par les responsables des ASACO sur le nombre d'assemblée générales tenue étaient très incohérentes.

La relation entre le CSCOM et l'ASACO était en général bonne même si on sous entend une certaine frustration non exprimée de la part de certains agents.

Les sorties étaient toujours justifiées par des bons selon tous les responsables interviewés. Les dépenses étaient justifiées par des reçus.

Le bilan financier et comptable est régulièrement tenu.

Il existe une carte d'adhésion. Aucun responsable ne connaît le nombre exact des adhérents au CSCOM.

## **7. Entretien avec les ménages:**

TABLEAU I: Répartition des femmes enquêtées selon l'âge dans le quartier de Daoudabougou en Août 2006.

Classes d'âge	n	%
non réponse	4	1.6
15-19	25	10.0
20-24	61	24.3
25-29	73	29.1
30-34	36	14.3
35-39	17	6.8
40-44	9	3.6
>=45	26	10.4
Total	251	100.0

Plus de 77% des mères interrogées avaient moins de 35 ans.

TABLEAU II: Répartition des femmes enquêtées selon leur statut matrimonial à Daoudabougou en Août 2006.

Statut marital	n	%
Mariée	222	88,4
Célibataire	28	11,2
Non-réponse	1	0,4
TOTAL	251	100

La majorité des femmes interrogées étaient mariées soit 88,4%.

TABLEAU III: Répartition selon le niveau d'instruction des femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006.

Niveau d'instruction	n	%
Ne sait ni lire, ni écrire	149	59,8
Primaire	50	20,1
Secondaire	25	10
Supérieur	25	10
Alphabétisées	2	0,8
TOTAL	251	100

Ce tableau montre que 59,8 % des femmes de ménages interviewées n'ont jamais été à l'école. Seulement 20% des femmes de ménages enquêtées ont atteint l'école secondaire.

TABLEAU IV: Répartition des femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006 selon leur profession.

Profession	n	%
Salariée	17	3,2
Commerçant	46	18,3
Elève / Etudiant	34	13,5
Ménagère	140	55,8
Opérateur du secteur privé	5	2
Artisan	8	6,8
Retraité	1	0,4
TOTAL	251	100

Ce tableau fait ressortir que 55,8% des femmes enquêtées étaient des ménagères ; 18,3% faisait du commerce, 13,5% étaient des scolaires, 3,2% étaient salariées, les artisanes représentaient 6,8%.

TABLEAU V: Répartition des ménages selon leur taille à Daoudabougou en Août 2006.

Taille de ménage	n	%
1-5	139	55,4
6-10	76	30,3
11-15	15	6
>15	17	6,8
Non réponse	4	1,6
TOTAL	251	100

La plupart des ménages, soit 85,7% avaient entre une à dix personnes.

TABLEAU VI: Répartition des femmes enquêtées selon leur état sanitaire les trois derniers mois ayant précédé notre enquête en Août 2006.

Présence de maladies chez les femmes	n	%
Oui	114	45,4
Non	137	54,6
Total	251	100

A la lumière de ce tableau, 45,4% des femmes enquêtées ont déclaré avoir eu un au moins un cas de maladie dans le ménage durant les 3 derniers mois précédant l'enquête.

TABLEAU VII: Recours des femmes enquêtées en cas de maladies en Août 2006.

Recours au centre lors de la maladie	n	%
Oui	83	72,8
Non	31	27,2
TOTAL	114	100

La plupart des enquêtées (72,8%) ont fait recours au CSCOM en cas de maladie.

TABLEAU VIII: Types de recours des femmes enquêtées autre que le centre de santé en cas de maladie à Daoudabougou en Août 2006.

Autres types de recours	n	%
Nulle part	15	47,1
Automédication	11	32,3
Guérisseurs	4	11,8
Autres*(féticheurs, traitant ambulants)	4	8,8
TOTAL	34	100

La majorité des femmes enquêtées qui ne fréquentaient pas le CSCOM (47.1%), ne sont parties nulle part et 32.3% de ces femmes faisaient recours à l'automédication essentiellement par manque d'argent.

Le manque d'argent est la première raison du non recours aux CSCOM.

TABLEAU IX: Répartition des ménages ayant eu des membres tombés malades les trois derniers mois à Daoudabougou en Août 2006.

Ménage dont un membre est tombé malade	n	%
Oui	140	55,8
Non	107	42,6
Non-réponse	4	1,6
TOTAL	251	100

La proportion de ménage ayant eu un membre malade les trois derniers mois précédents l'enquête est 55,8%.

TABLEAU X: Répartition des femmes selon leur recours aux centres de santé face à la maladie des membres du ménage à Daoudabougou en Août 2006.

Recours au centre à la dernière maladie des membres	n	%
Oui	114	81,4
Non	26	18,6
TOTAL	140	100

Le centre a été le premier recours pour la plupart des ménages (81,4%).

TABLEAU XI: Répartition des femmes selon la fréquentation des CSCOM à Daoudabougou en Août 2006.

Fréquentation des CSCOM par les femmes	n	%
Oui	245	97,6
Non	6	2,4
TOTAL	251	100

Presque toutes les femmes ont déjà été au centre de santé (97,6%).

TABLEAU XII: Opinion des femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006 sur la distance qui les sépare des centres de santé.

Eloignement des centres	n	%
Oui	64	26,1
Non	181	73,9
TOTAL	245	100

La majorité des femmes enquêtées (73,7%) à Daoudabougou ont considéré le centre non loin des ménages.

TABLEAU XIII: Opinion des femmes enquêtées à Daoudabougou sur l'éloignement des centres

Distance entre ménages - CSCOM	n	%
<1km	133	54,3
1 à 5km	60	24,5
5 à 10km	18	7,3
10 à 15km	7	2,8
>15km	4	1,6
Non-réponse	23	9,4
TOTAL	245	100

Pour plus de la moitié des femmes enquêtées (54,3%), les CSCOM étaient distant de moins de 1 km.

TABLEAU XIV: Moyens utilisés par les femmes enquêtées à Daoudabougou pour se rendre au CSCOM en Août 2006.

Moyen pour se rendre au centre	n	%
Pied	168	68,6
Voiture personnelle	17	6,9
Taxi	15	6,1
Vélo	9	3,7
Moto	33	13,5
Non-réponse	3	1,2
TOTAL	245	100

La plupart des femmes se rendaient au CSCOM à pied (68,1%), 13 % s'y rendaient en voiture.

TABLEAU XV: Opinion des femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006 sur le confort de l'installation pendant l'attente.

Conditions d'installation	n	%
Inconfortablement	23	9,4
Assez confortablement	55	22,4
Confortablement	166	67,8
Non- réponse	1	0,4
TOTAL	245	100

Les femmes ont affirmé à 67,8% être installées confortablement.

TABLEAU XVI: Opinion des femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006 sur la salubrité des locaux.

Opinion sur la salubrité des locaux	n	%
Sales	16	6,5
Propre	215	87,8
Ne sait pas	12	4,9
Non réponse	2	0,8
TOTAL	245	100

Les locaux ont été jugés propres par les femmes à Daoudabougou (87,8%)

TABLEAU XVII: Opinion des femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006 sur le respect de l'ordre de passage.

Opinion sur le respect de l'ordre de passage	n	%
Oui	205	83,8
Non	38	15,5
Non réponse	2	0,8
TOTAL	245	100

L'ordre de passage était respecté dans les CSCOM de Daoudabougou (83,8%).

TABLEAU XVIII: Opinion des femmes enquêtées sur la durée de l'attente à Daoudabougou en Août 2006.

Durée de l'attente	n	%
Attente longue	131	53,5
Attente moins longue	113	46,1
Non réponse	1	0,4
TOTAL	245	100

L'attente a été jugée longue selon la plupart des femmes interrogées (53,5 %)

TABLEAU XIX: Opinion des femmes enquêtées à Daoudabougou sur la qualité de l'accueil en Août 2006.

Qualité de l'accueil	n	%
Pas satisfaisant	23	9,4
Peu satisfaite	23	9,4
Satisfaisante	155	63,3
Très satisfaisante	43	17,6
Non réponse	1	0,4
TOTAL	245	100

L'accueil a été jugé satisfaisant dans les deux centres de santé enquêtés selon 80,9% des femmes interviewées.

TABLEAU XX: Opinion des femmes enquêtées à Daoudabougou sur la durée de la consultation en Août 2006.

Durée de consultation	n	%
Longue	26	10,6
Bonne	158	64,5
Courte	38	15,5
Ne sait pas	20	8,2
Non réponse	3	1,2
TOTAL	245	100

La durée de la consultation était bonne selon la majorité des femmes interrogées dans le quartier.

TABLEAU XXI: Opinion des femmes enquêtées selon la disponibilité du personnel sanitaire lors des heures de services à Daoudabougou en Août 2006.

Personnel disponible lors des heures de service	n	%
Toujours	209	85,3
Souvent	7	2,9
Rarement	1	0,4
Jamais	1	0,4
Ne sait pas	21	8,6
Non réponse	6	2,4
TOTAL	245	100

Selon la majorité des femmes enquêtées, le personnel était disponible lors des heures de service dans les centres de santé.

TABLEAU XXII: Opinion des femmes enquêtées selon la disponibilité du personnel sanitaire en dehors des heures de services à Daoudabougou en Août 2006.

Personnel disponible en dehors des heures de service	n	%
Toujours	125	51
Souvent	24	9,8
Rarement	3	1,2
Jamais	2	0,8
Ne sait pas	85	34,7
Non réponse	6	2,4
TOTAL	245	100

Selon la majorité des femmes enquêtées, le personnel était aussi disponible en dehors des heures de service.

TABLEAU XXIII: Répartition des femmes enquêtées selon la prescription de médicaments à la consultation à Daoudabougou en Août 2006.

Prescription des médicaments	n	%
Oui	241	98,4
Non	1	0,4
Non réponse	3	1,2
TOTAL	245	100

Presque toutes les femmes interrogées ont reçu une ordonnance à la fin de la consultation.

TABLEAU XXIV: Répartition des femmes enquêtées selon l'achat des médicaments prescrits à Daoudabougou en Août 2006.

Achat de médicaments	n	%
Oui	235	95,9
Non	10	4,1
TOTAL	245	100

Les médicaments prescrits ont été achetés selon 95,9% des femmes interviewées.

TABLEAU XXV: Répartition des femmes enquêtées selon le lieu d'achat des médicaments prescrits à Daoudabougou en Août 2006.

Lieu d'achat des médicaments	n	%
Pharmacie du CSCOM	198	83,5
Autres pharmacies	31	13,1
Non réponse	8	3,4
TOTAL	245	100

La plupart des femmes (83,5%) ont acheté les médicaments prescrits à la pharmacie du CSCOM.

TABLEAU XXVI: Raisons évoquées par les femmes enquêtées du non achat des médicaments prescrits à Daoudabougou en Août 2006.

Raisons du non achat des médicaments	n	%
Manque d'argent	3	30
Rupture du médicament	1	10
Cherté des produits	3	30
Ne sait pas	0	0
Non-réponse	3	30
TOTAL	10	100

Le manque d'argent a été la principale raison du non achat des médicaments.

TABLEAU XXVII: Opinion des femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006 sur l'efficacité du traitement prescrit.

Avis sur l'efficacité des médicaments	n	%
Non efficace	14	5,9
Peu efficace	26	11
Efficace	190	80,1
Non-réponse	7	3
TOTAL	245	100

Le traitement prescrit a été jugé efficace par 80,1% dans les centres de santé de Daoudabougou.

TABLEAU XXVIII: Répartition des femmes enquêtées en fonction du nombre d'enfant de moins de 02ans.

Présence d'enfant de moins de 2ans	n	%
Oui	121	48,2
Non	124	49,4
Non-réponse	6	2,4
TOTAL	251	100

Les femmes de Daoudabougou avaient peu d'enfants de moins de deux ans (48,2%).

TABLEAU XXIX: Répartition des femmes enquêtées selon la réalisation de la CPN lors de la grossesse à Daoudabougou en Août 2006.

CPN lors de la grossesse	n	%
Oui	110	90.9
Non	6	5
Non réponse	5	4.1
TOTAL	121	100

La majorité des femmes enquêtées dans le quartier ont fait les CPN (90,9 %).

TABLEAU XXX: Raisons pour les femmes enquêtées de la non réalisation de la CPN à Daoudabougou en Août 2006.

Raisons de la non réalisation de la CPN au CSCOM	n	%
Mal attendu avec la matrone	1	16,7
Négligence	1	16,7
Manque d'information	3	50
Manque d'argent	1	16,7
Non-réponse	0	0
TOTAL	6	100

La raison la plus évoquée par ces femmes a été le manque d'information avec 50%.

TABLEAU XXXI: Répartition des femmes selon l'accouchement au CSCOM à Daoudabougou en Août 2006.

Accouchement au CSCOM	n	%
Oui	100	82,6
Non	20	16,5
Non-réponse	1	0,8
TOTAL	121	100

Les femmes dans le quartier (82,6%) ont accouché plus aux CSCOM.

TABLEAU XXXII: Répartition des femmes enquêtées selon les lieux de leur accouchement.

Lieu d'accouchement	n	%
CSCOM de Daoudabougou	100	82,6
Domicile	1	0,8
Hôpital	3	2,5
cabinet ou clinique de santé	7	5,8
Centre de référence	7	5,8
Autres CSCOM	2	1,6
Non réponse	1	0,8
TOTAL	121	100

Presque toutes les femmes de Daoudabougou (98,4%) accouchent dans une structure sanitaire.

TABLEAU XXXIII: Répartition des femmes selon la réalisation des CPON à Daoudabougou en Août 2006.

CPON effectuées	n	%
Oui	89	73,6
Non	29	24
Non-réponse	3	2,5
TOTAL	121	100

Beaucoup de femmes (73,6%) ont réalisé les consultations post-natales dans les centres.

TABLEAU XXXIV: Opinion des femmes enquêtées sur la non réalisation correcte des CPON à Daoudabougou en Août 2006.

Opinion	n	%
Négligence	11	38
Manque d'information	15	51.7
Les agents ne sont pas venus	0	0
On ne m 'a pas autorisé	1	3.4
Manque d'argent	2	6.9
Non-réponse	0	0
TOTAL	29	100

Le manque d'information (51,7%) et la négligence (38%) ont été les principales raisons de non réalisation des CPON dans le centre.

TABLEAU XXXV: Répartition des femmes enquêtées selon la réalisation correcte de la vaccination des enfants à Daoudabougou en Août 2006.

Vaccination correcte	n	%
Oui	114	94,2
Non	5	4,1
Non-réponse	2	1,7
TOTAL	121	100

La vaccination a été correctement réalisée par les femmes à 94,2%.

TABLEAU XXXVI: Opinion, des femmes enquêtées à Daoudabougou en Août 2006 sur la vaccination incorrecte.

Opinion	n	%
Pas de moyen	1	20
Elle a voyagé	1	20
Manque d'information	2	40
Non-réponse	1	20
TOTAL	5	100

Le manque d'information a été évoqué par 40% des femmes.

## **8. Entretiens de groupes focalisés**

De l'analyse du focus, il ressort que les maladies les plus fréquentes sont :

Le paludisme, la fièvre typhoïde, les diarrhées.

Devant la maladie le premier recours selon les leaders reste le CSCOM. L'itinéraire thérapeutique est selon eux fonction de leur vision sur la maladie.

Les leaders communautaires ont une appréciation positive de leurs CSCOM.

Les locaux ont été positivement appréciés dans l'ensemble et il ne ressort pas de lien entre l'aménagement des locaux et la sous fréquentation des services.

L'effectif du personnel a été jugé insuffisant ainsi que l'équipement des centres.

Ils ont surtout signalé le manque de plateau technique chirurgical.

La qualité de l'accueil est bien appréciée par l'ensemble des leaders et le service est toujours disponible.

Les jours de consultation et de vaccination sont respectés par les prestataires.

Le temps d'attente n'a pas été retenu par les leaders comme un facteur pouvant influencer négativement la fréquentation et la qualité des soins.

Les relations entre membres de l'ASACO et le personnel ou avec les populations sont bonnes et par conséquent n'ont aucune influence négative sur la fréquentation et la qualité des soins dans les services.

Quant à la stabilité du personnel, l'analyse du contenu des propos des leaders n'a pas permis de faire une appréciation claire de son impact sur la fréquentation et la qualité des soins dans les centres.

Le coût des soins a été jugé moins cher pour l'ensemble des leaders interrogés.

Pour ces leaders les centres sont bien fréquentés.

### **9. Entretien avec les femmes enceintes:**

La plupart des femmes enceintes interviewées appartenaient à l'aire de santé de l'ADASCO pour la simple raison que le centre de l'ADASCO était mieux fréquenté. Ces femmes étaient majoritairement très jeunes. La moyenne d'âge était de 21,33 ans.

Seulement 20,8 % de ces femmes enceintes enquêtées n'étaient pas mariées. Elles étaient multipares à 62,5 %. Ces femmes majoritairement illettrées à 58,3 %, étaient pour la plupart des ménagères à 70,8 %. Les femmes enceintes interrogées affirment à 91,7 % avoir fréquenté une structure de santé au cours de leur grossesse pour les CPN mais certaines attendent de tomber malades pour aller aux centre de santé ou ne s'y rendaient que tardivement

Plus de 60 % de ces femmes enceintes interrogées avaient fait plus de 3 visites pour les CPN.

Les raisons évoquées par les rares femmes enceintes qui n'avaient pas fait de visite étaient essentiellement le manque d'argent ou le manque d'information ou de sensibilisation. Dans cette étude 87,5 % des femmes enceintes interrogées ont déclaré avoir pris des médicaments pour prévenir les maladies. Elles ont pris surtout la chloroquine associée à des décoctions de plantes traditionnelles.

29,2 % des femmes enceintes affirment n'avoir pas adopté d'habitudes particulières depuis le début de leur grossesse.

L'utilisation de moustiquaire n'est pas encore une réalité convaincante à Daoudabougou. Seulement 50,0% des répondantes affirment avoir dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédée notre enquête. L'autre moitié

n'y dormait pas par manque de moyen ou d'information car les moustiquaires sont donnés gratuitement aux femmes enceintes qui suivent les visites prénatales.

Les médecines traditionnelles et « maraboutiques » ainsi que l'automédication avec les médicaments par terre restent un obstacle à l'utilisation correcte des services de santé à Daoudabougou.

Presque toutes les femmes enceintes interrogées voudraient bien accoucher dans un CSCOM.

La décision d'aller aux CSCOM est prise par le mari, ou la mère de la femme enceinte si elle n'est pas mariée.

Les services de santé sont proches des populations. Elles ne mettent pas plus de 45 minutes pour accéder à une structure de santé.

Ces femmes (75 %) ne trouvent pas gênant le fait de se faire consulter par un médecin masculin. Celles qui trouvaient cela gênant n'avaient d'argument pas bien convaincant pour réagir ainsi.

Les femmes de Daoudabougou sont bien conscientes des avantages de l'allaitement maternel.

Plus de 91,66% des femmes enceintes interrogées comptent allaiter leur enfant au sein.

Les contraintes qui limitent la fréquentation des structures de santé par les femmes enceintes sont essentiellement financières selon presque toutes les femmes interrogées.

#### **10. Entretien avec les femmes accouchées récemment aux CSCOM:**

Nous avons interrogées aussi bien dans les deux centres de santé que dans les ménages.

La majorité des femmes enceintes interrogées avait moins de 26 ans. La plus jeune avait 18 ans et la plus âgée avait 45 ans.

Les bambaras et les malinkés constituent les deux ethnies majoritaires dans cette étude. Mais il faut signaler que c'est aussi avec ces ethnies que la communication était facile et que certaines femmes n'ont pas participé à l'étude parce qu'elles ne comprenaient ni le français ni le bambara.

Sur le plan matrimonial, toutes les femmes étaient mariées

Seulement 21,3%, de ces femmes ont un niveau d'instruction secondaire.

La majorité des femmes accouchées interrogées étaient des ménagères.

Seulement 15 % des femmes accouchées récemment au CSCOM y étaient adhérentes.

34,03 % des femmes accouchées récemment aux CSCOM étaient à leur première grossesse.

Toutes ces femmes avaient accouché il y a moins de six mois.

Ces femmes ont toutes fait des visites prénatales.

La majorité de ces femmes accouchées récemment aux CSCOM ont fait leur première visite CPN avant les six premier mois de leur grossesse.

Presque toutes ces femmes ont pris des médicaments soit pour prévenir les maladies soit pour se soigner.

Ces femmes utilisaient surtout la chloroquine pour certaines et la sulfadoxine pyriméthamine pour d'autres contre le paludisme.

Seulement 6,66% des femmes accouchées récemment aux CSCOM ont affirmé avoir associé la chloroquine aux médicaments traditionnels.

L'utilisation par les femmes allaitantes des moustiquaires imprégnées n'est pas complète ; seulement 31 % de ces femmes récemment accouchées ont déclaré avoir dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédée notre enquête ; 24 % ont affirmé que leur moustiquaire était imprégnée d'insecticide.

Le manque d'argent pour payer la moustiquaire (62,50 %), la méconnaissance de l'importance de la moustiquaire (31,25 %) et

l'inhabitude (6,25%), étaient les motifs évoqués en cas de non utilisation des moustiquaires.

Toutes les femmes accouchées récemment aux CSCOM ont mené leurs activités ordinaires au cours de la grossesse ; et 18 % sont tombées malades au cours de leur grossesse.

Le paludisme, les infections respiratoires et intestinales ont été les principales pathologies décrites au cours de notre étude chez les femmes accouchées récemment aux CSCOM de Daoudabougou.

### **11. Entretien avec les populations sur l'usage des moustiquaires :**

Cette étude nous a permis de mesurer le niveau d'utilisation des moustiquaires imprégnées. Il ressort de notre étude que le niveau d'information sur les moustiquaires imprégnées reste faibles malgré les nombreuses campagnes de sensibilisation et d'information à travers tout le pays ; 55,6 % des personnes interrogées affirment n'avoir pas entendu parler des moustiquaires imprégnées ; 77,8 % des personnes qui ont utilisé un moustiquaire, trouvent qu'elles sont efficaces contre les piqûres de moustiques.

### **12. Entretien avec les adultes malades venus aux CS pour une consultation :**

Les jeunes représentaient plus de 75 % des adultes malades interrogés dans les deux CSCOM de Daoudabougou. La moyenne d'âge était de 28,59 ans. Les bambaras (31,8 %), les Sarakolés (22,7%) et les peulhs (13,6 %) étaient les ethnies majoritaires.

Les adultes mariés représentaient 61,4 % de nos enquêtés.

Seulement 25 % de ces malades avaient dépassé le niveau primaire d'instruction.

Les ménagères (29,54 %) et les artisans (18,18 %) étaient majoritaires.

Seulement 31,82 % étaient des adhérents aux CSCOM.

Le paludisme était de loin le principal motif de consultation (31,8 % des consultations).

72,7% des patients ont attrapé leur maladie dans le quartier.

20,9% des adultes interrogés au CSCOM déclarent avoir consulté d'abord un guérisseur traditionnel avant de venir au centre.

59,1% des adultes malades interrogés affirment être à moins d'un kilomètre du centre de santé.

La moto et le pied sont les principaux moyens de transport utilisés par les adultes malades.

La majorité des malades interviewés ont affirmé ne pas faire plus de 30 minutes pour rejoindre le centre le plus proche.

Le centre a été le premier recours dans 70,5 % des cas.

Plus de 45% des adultes ne consultent pas dans les 72 premières heures de leur maladie.

63,6% des patients interrogés déclarent avoir pris un médicament avant de consulter au centre de santé.

Ces médicaments administrés étaient pharmaceutiques dans 71,42% des cas.

Lors des premiers symptômes la médecine moderne était le dernier recours.

L'accueil dans les centres de santé communautaires a été jugé globalement bon par plus de 86 % des patients interrogés.

Aucun patient interrogé n'a déclaré avoir un problème avec un agent de santé dans les CSCOM de Daoudabougou.

Presque tous déclarent être satisfait de la prise en charge.

Certains se sont tout de même plaints de la communication avec les agents de santé qu'ils trouvent insuffisante.

Les malades interrogés sont tous prêts à revenir au centre en cas d'une autre maladie.

L'enquête fait ressortir que la maladie de plus de 59 % de patients avait bouleversé les activités de leur famille.

Seulement 9,1% des malades adultes interrogés dans les centres avaient des préjugés par rapport aux centres.

La négligence était la principale préjugée selon les malades adultes interrogés.

Tous les malades enquêtés ont affirmé qu'ils continueront de suivre les prescriptions du médecin même après leur sortie du centre

Les malades interrogés sont prêts à revenir au rendez vous du médecin ; et sont prêts à encourager d'autres à venir au CSCOM.

# COMMENTAIRES ET DISCUSSION

## **V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS:**

### **1. FREQUENTATION DES SERVICES:**

Notre étude montre que 97,6 % des femmes de ménage ont déclaré avoir fréquenté le CSCOM.

A Kafouziela Bamba BZ a trouvé 91,90 % qui ont déclaré avoir fréquenté le centre.

A Banamba, Coulibaly L a trouvé 89 % des femmes qui avaient déclaré avoir fréquenté un CSCOM.

Il ressort de notre enquête que la proportion de ménage ayant eu un membre malade ces trois derniers mois a été de 55,8 %.

En cas de maladie les ménages de Daoudabougou fréquentaient le plus souvent aux CSCOM. Nos observations nous ont permis de constater que le premier recours pour un épisode n'est pas toujours le CSCOM, mais très souvent la recherche de conseils auprès d'un voisin ou d'un guérisseur.

Coulibaly SO, dans son étude sur l'équité des soins dans les services de santé des communes V et VI de la ville de Bamako a trouvé 55% des enquêtés qui ont eu recours à la médecine moderne en cas de maladie.

Les femmes étaient très nombreuses à utiliser les services CPN dans les CSCOM à Daoudabougou (90.9%), ainsi que les services de vaccination.

Elles ont accouché dans la grande majorité des cas dans l'un des CSCOM de Daoudabougou (82,6%).

L'accès des femmes aux CSCOM paraît facile dans le quartier. Parmi les facteurs qui limitent la fréquentation des CSCOM, figurent en premier lieu

le faible pouvoir d'achat des ménages. A cela s'ajoute l'éloignement des centres et les mauvaises conditions de transport pour d'autres.

## **2. ACCESSIBILITE DES SERVICES:**

Les femmes interrogées à Daoudabougou ont déclaré que le centre n'était pas loin de leurs ménages dans 73,9% des cas.

En dehors de la distance il n'y avait pas d'obstacle majeur entre les CSCOM et les ménages. A Daoudabougou, il ne se pose pratiquement pas le problème d'accessibilité géographique malgré la présence de petites collines. Il existe néanmoins un problème d'accessibilité financière pour les couches défavorisées.

Au Mali, l'enquête démographique et de santé a trouvé que la distance parcourue pour atteindre un établissement sanitaire est un obstacle pour 41 % des femmes. L'obligation de prendre un moyen de transport pour se rendre dans un service de santé a représenté 41% des obstacles selon les femmes [28].

Contrairement à nos résultats, en Virginie aux Etats Unis, une étude réalisée sur la perception des familles sur les barrières aux soins entraînant des rendez vous manqués dans l'hôpital de soins des enfants a trouvé des résultats différents des nôtres ; 51% ont attribué leur difficultés de fréquentation aux problèmes de transport (temps d'attente longue du bus) [36].

Les CSCOM ouvraient 5 jours sur 7. La garde est assurée dans les structures les heures non ouvrables.

Il découle de l'interview des personnels des CSCOM et des responsables des ASACO que la saison des pluies était la période de grande fréquentation.

Les avis étaient divergents quant à la période de basse fréquentation.

Les pathologies sous nos climats connaissent des recrudescences liées aux saisons : la diarrhée est présente presque toute l'année et particulièrement pendant la période hivernal. Le paludisme très important pendant la saison des pluies avec une pullulation des moustiques. La saison froide correspond au passage de l'harmattan, vent sec du Sahel, est très propice aux infections respiratoires aiguës.

### **3. DYSFONCTIONNEMENT DES SERVICES:**

L'inspection des CSCOM nous a permis de constater qu'ils ont été construits en dur. Ils disposent de latrines et de l'eau potable.

Ces deux CSCOM sont éclairés à l'énergie électrique.

COULIBALY SO a trouvé qu'à part 1 CSCOM sur 18 et les 2 centres de santé de références des deux (2) communes (V et VI), les conditions médicales de la structure ne permettaient pas la délivrance d'actes de qualité.

L'effectif des agents est jugé insuffisant par presque l'ensemble des enquêtées. Le bon fonctionnement des centres repose sur la personnalité du chef de centre (son charisme et son engagement) et sur le dynamisme et l'honnêteté des membres de l'ASACO. Il suffit d'une personne, soit au sein de l'ASACO soit employée par le CSCOM pour perturber le fonctionnement du centre.

Les agents étaient plus instables à l'ASACODA. En effet cette année a vu le départ d'un médecin pour passage à la fonction publique.

Les agents sont affiliés à l'INPS et bénéficie fréquemment d'augmentation de salaire.

La seule absence du chef de poste actuel à l'ASACODA s'expliquait par les formations continues dans le domaine de la santé.

Les deux (2) CSCOM de Daoudabougou disposaient chacun d'une moto fonctionnelle. Cela avait son importance pour l'achat des médicaments et les petites commissions.

Tous les deux centres étaient équipés en petits matériels et d'un embryon de laboratoire.

Le matériel PEV existait dans les deux centres de Daoudabougou.

Le système de référence fonctionnait bien. Dans la majorité des cas à Daoudabougou, la référence des malades vers les CSREF se fait soit par l'ambulance du CSREF, soit grâce à la prise en charge du transfert du malade par sa famille. Les centres fonctionnent sur le principe du recouvrement des coûts. Ces deux centres sont caractérisés par la présence de supervision qui à notre avis semble moins rigoureuse, l'utilisation de registres comptable, une application du recouvrement des coûts et la présence de fiches de stock.

#### **4. QUALITE DES SERVICES:**

##### **4-1. Personnel :**

Les deux chefs de postes médicaux étaient tous des médecins généralistes. Leur âge se situait entre 29 et 43ans. La durée d'exercice étaient à l'ASACODA de 03 mois tandis qu'elle était de 11ans à l'ADASCO.

L'enquête menée par le Population Council dans 81 centres de premier niveau situés dans cinq régions ( Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti) du Mali, indiquait que 7% seulement de ces structures étaient dirigées par un médecin, 47% par un infirmier diplômé d'Etat et 38% par un infirmier de premier cycle. Les enquêtes réalisées précédemment sur la qualité des soins font très souvent état, de la faible compétence du personnel soignant.

Une étude menée en 2000, pour comparer la qualité des soins entre médecin et infirmier d'Etat, dans huit CSCOM ne conclut pas à la supériorité du premier sur le second [Borel 2001]. Ce résultat démontre qu'il se pose au Mali un vrai problème de formation du personnel soignant qu'il soit médecin ou infirmier. La formation médicale et paramédicale est purement théorique. On peut souligner aussi la baisse du niveau général des étudiants, liée à la détérioration de la qualité de l'enseignement. La faculté de médecine compte actuellement un enseignant pour environ 140 étudiants.

Des enquêtes anthropologiques (Jaffré et de Sardan, 2003) menées dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest (Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar, Niamey) en 1999 et 2000, relèvent non seulement une lourdeur importante dans le fonctionnement des structures de santé qui conduit à une perte de temps excessive pour l'utilisateur mais également un comportement du personnel soignant, notamment dans les maternités, extrêmement négatif qui se traduit par : des attitudes face au patient anonyme (qui n'a pas de connaissance dans la structure visitée) qui vont de l'indifférence, au mépris jusqu'à la violence verbale et physique; un non respect des normes de bienséance qui va de la non considération de l'intimité et de la pudeur du patient à l'absence d'écoute du malade ; un régime de faveurs lié à la personnalisation de la relation patient/personnel soignant qui permet à ceux qui sont recommandés d'être bien accueillis, de ne pas attendre quitte à passer devant tout le monde et parfois de ne rien payer ou presque (ceci explique, du moins en ville, que les utilisateurs iront d'abord dans les structures où ils connaissent quelqu'un, mais aussi pour créer cette relation que les utilisateurs font des cadeaux ou acceptent le dessous de table demandé pour être correctement pris en charge).

Au cours de nos observations et enquêtes anonymes nous avons l'habitude d'entendre certains se plaindre de la faible compétence et parfois des

comportements malhonnêtes de certains agents. Ces pratiques ont un effet négatif sur l'utilisation et le fonctionnement des services de santé.

Le médecin de l'ADASCO était plus expérimenté que celui de l'ASACODA et il était plus stable à sa poste.

Cette stabilité a favorisé des relations de confiance entre les prestataires et les utilisateurs et être à l'origine d'une meilleure fréquentation du centre de l'ADASCO. Nous pouvons aussi expliquer l'instabilité constatée à l'ASACODA par la fragilité de l'emploi. Le médecin de l'ASACODA est payé par le fond PPTE.

Tous les chefs de postes ont bénéficié de formations continues. Le médecin de l'ADASCO en a reçu dans les thèmes aussi variés que le paludisme, le IRA, le PEV, la Nutrition, la PF/IST/SIDA. Cela a amélioré la qualité des soins et a pu augmenter la fréquentation de son centre par la population aussi bien de Daoudabougou que des quartiers environnants.

Au Bénin, la formation par tutorat expérimentée dans les centres de santé à permis une amélioration de la qualité des soins et donc de la fréquentation des centres. Elle a consisté à encadrer pendant cinq (5) semaines, sur leur lieu de travail, médecin, infirmières, sages femmes et aides soignant en vue de corriger leurs mauvaises habitudes de travail et leur faire adopter de nouvelles méthodes de travail pour une plus grande qualité de soins donnée aux malades [32].

Coulibaly SO dans son étude a trouvé que les références techniques de la structure des CSCOM, et le taux d'exécution des variables humaines ne permettaient pas, aux usagers de bénéficier de soins de qualité dans les communes V et VI.

#### **4-2. Activité PMA :**

Tous les CSCOM réalisaient les activités du PMA (CPN, CPON, PEV, SPE, EC, Accouchement). La couverture vaccinale pour la DTCP3 est meilleure pour les CSCOM de Daoudabougou.

L'activité de médecine préventive autour des grossesses montre un nombre moyen de visites prénatales satisfaisant. Ce taux de couverture en CPN est encore en faveur d'une plus grande activité des centres de santé communautaire.

A Daoudabougou le PF et les CPON étaient les activités les moins fréquentées selon les médecins et le reste du personnel.

Le paludisme trône en tête de liste des affections. Ensuite viennent les maladies sexuellement transmissibles, les infections pulmonaires, les maladies parasitaires et intestinales, le diabète ou l'hypertension.

Les CSCOM n'ont pas le droit d'hospitaliser les malades, ils essaient de les récupérer en 24 heures. Les établissements pratiquent une dizaine d'accouchement par jour qui est suivi d'une hospitalisation de 12 heures environ. Les patients gravement atteints sont référés à un hôpital, public ou privé. Les tarifs en vigueur, variables d'un centre à l'autre, restent très abordables. Les CSCOM de Daoudabougou demandent une adhésion annuelle de 1000 Fcfa par famille, et chaque consultation ne coûte ensuite que 300 Fcfa. Les non adhérents sont pris en charge, mais ils paient 600 Fcfa par consultation. Ce n'est pas encore ancré dans les habitudes. Les gens se disent que lorsqu'ils seront malades, ils paieront ce qu'il faudra.

#### **4-3. Approvisionnement et Disponibilité en médicament et vaccins:**

Le médicament constitue un élément essentiel dans la qualité de l'offre de services aux populations. Employé de façon rationnelle, il contribue à la prévention et/ou à la résolution des problèmes de santé des individus et des collectivités. La disponibilité des médicaments permet d'améliorer la

qualité de la prescription, de la dispensation, de l'information et de la sensibilisation des consommateurs garantissant ainsi leur adhésion à l'observance du traitement. Il permet également d'éviter l'automédication et le recours au marché informel.

Le fournisseur potentiel des CSCOM en médicament est la Pharmacie Populaire du Mali (PPM). Des fois les CSCOM s'approvisionnent auprès de fournisseurs privés lorsque la PPM est en rupture de stock de certains produits.

Selon les membres des l'ASACO, la disponibilité des centres en médicaments semblaient meilleur.

Ce qui a été confirmé par l'enquête auprès des ménages où 83,5% des femmes ont déclaré avoir acheté les médicaments prescrits à la pharmacie des CSCOM.

Cela a été confirmé par notre inspection du dépôt de médicaments essentiels dans les CSCOM où les produits les plus utilisés n'ont pas connu de rupture.

Coulibaly L a trouvé dans son étude que la principale raison du non achat des médicaments prescrits à Banamba était la rupture du médicament (17,3%) [5].

Les vaccins étaient disponibles dans les deux centres qui disposaient de matériels pour la vaccination. Les deux centres disposaient de réfrigérateurs et de congélateurs à notre passage.

#### **4-4. Qualité de l'accueil:**

La qualité de l'accueil est déterminante, le personnel doit recevoir dans la bonne humeur et le respect. L'accueil dans les CSCOM a été évalué en recueillant l'opinion des enquêtées sur la qualité de la communication entre

eux et les agents de santé des CSCOM et le temps d'attente et la disponibilité de ces agents.

Il a été jugé globalement satisfaisant. Cette bonne qualité de d'accueil se basait sur la satisfaction des usagers.

Selon l'un des responsables d'un ASACO de Daoudabougou « au début peu de gens utilisaient les centres de santé, mais depuis que le personnel a changé de comportement, les gens commence à venir ». Nous avons déjà entendu ce même refrain dans d'autres études sur l'utilisation des services de santé de premier niveau.

Elle avait un grand impact sur la bonne utilisation des services.

Dans l'étude de Coulibaly L, l'accueil a été jugé de bonne qualité dans toutes les formations sanitaires.

Bamba BZ à Sikasso dans le CSCOM de Kafouzrela a trouvé 98,96% des femmes qui ont jugé l'accueil bon dans le centre [34].

Le personnel était disponible pendant et en dehors des heures de service selon la grande majorité les femmes interrogées.

Les locaux étaient jugés propre, avec possibilité de s'asseoir.

L'ordre de passage était respecté selon les enquêtées dans les deux CSCOM.

La durée de l'attente était longue dans les CSCOM de Daoudabougou (53,5% des femmes interviewées).

La durée de la consultation était bonne selon les femmes. Le personnel était disponible lors des heures de service.

Toukara A dans sa recherche sur la faible fréquentation du CSCOM de Taliko par les femmes en âge de procréer a trouvé 98% des femmes qui se disaient être satisfaites de l'accueil [35].

Diallo SK dans son étude sur la faible fréquentation du CSCOM de Sabougou a trouvé 89% [36].

Dans l'étude sur la qualité de soins dans les CSCOM de la Région de Koulikoro de Niagaly A, Kanté N et Soumaré NA, il est ressorti que ceux qui disaient que le temps d'attente était long, venaient des localités éloignées (plus de 5km du CSCOM).

## **5. FONCTIONNEMENT DES ASACO:**

Selon Nzapayeke le rôle des ASACO est de faciliter l'accès de la population de l'aire aux soins essentiels et susciter sa participation active et responsable pour prendre en main la gestion de sa santé.

Les agents de santé interrogés dans les deux structures ont déclaré que les ASACO marchaient bien dans les deux CSCOM. Les relations avec le bureau de l'ASACO ont été jugées bonnes par tout le personnel. Le bilan comptable était équilibré dans les deux CSCOM.

La gestion financière était rigoureuse et les sorties et dépenses étaient toujours justifiées.

Il en résulte pourtant de nos enquêtes anonymes auprès de certains membres et personnels des ASACO que la geste est un peu personnelle et qu'il existe des désaccords sur la gestion des ASACO.

Les ASACO de Daoudabougou ont un rôle de mobilisation faible ce qui a été signalé par certains leaders communautaires. Aucun membre interrogé dans les ASACO ne connaît exactement le nombre d'adhérents aux CSCOM.

Selon tous les responsables de l'ASACO interviewés, les services étaient bien fréquentés. Beaucoup pensent que les objectifs fixés ont été atteints.

La mauvaise fréquentation selon les responsables concerne certaines activités telles que le PF et les CPON.

Les membres des ASACO doivent être formé à la gestion et le Ministère doit exercer un contrôle permanent dans les structures communautaires de santé.

## **6. FACTEURS ECONOMIQUES:**

Il ressort de notre enquête dans les ménages que les ménagères représentaient 55,8% des femmes enquêtées. Seulement 30,3% des femmes exerçaient des activités génératrices de revenus qui permettent une certaine indépendance financière de ces femmes.

83,5% des femmes ont acheté les médicaments prescrits au CSCOM.

Le manque d'argent était le principal motif évoqué par les femmes qui n'ont pas acheté les médicaments prescrits.

Pour Creese (1997), la participation financière des usagers diminuerait l'accès aux soins de santé de la population. Une étude menée au Niger montre par exemple que le paiement à l'acte serait préjudiciable notamment pour les maladies initialement considérées comme non sévères dans la mesure où la participation aux frais n'inciterait pas les patients à consulter rapidement et retarderait ainsi le premier recours aux soins (Meuwissen, 2002).

En Mauritanie, la participation financière des usagers, grâce à l'accès aux médicaments génériques, n'aurait pas d'effet particulièrement négatif sur le recours aux soins et aurait même eu un impact positif sur les activités du Programme Elargi de Vaccination (Audibert et Mathonnat, 2000).

Au Niger, l'effet négatif des prix des soins sur l'utilisation des services ne serait pas statistiquement significatif (Chawla et Ellis, 2000).

Selon l'enquête démographique et de santé, le manque d'argent représentait l'obstacle majeur rencontré par les femmes (51%) pour le milieu rural et celle du milieu urbain (33%) [EDSM-III 2001 MS DNSI].

Dans l'étude de Coulibaly L sur la sous fréquentation des CSCOM dans la région de Koulikoro, il est ressorti que parmi les femmes qui n'ont pas payé les médicaments, le manque d'argent était signalé par 44,5% d'entre elles à Dioila contre 26% à Banamba [5].

A Dakar au Sénégal, l'obstacle principal restait le coût excessif des médicaments prescrits qui représentait 60 à 70% du coût global du recours aux soins.

Mariko M a trouvé que chez les démunis, l'essentiel des médicaments modernes acheté provenaient des pharmacies par terre (58,3% des cas à Bamako, 68,6% à Niamey), alors que le non pauvre s'approvisionnent auprès des officines ou dépôts pharmaceutiques privés [32].

## **7. FACTEURS SOCIO-CULTURELS:**

Le comportement des individus face à la maladie ou encore face à la prévention et au planning familial, ne peut être négligé.

L'utilisation des services de santé est liée aussi à la représentation populaire de la maladie et à leurs causes. Les maladies attribuées à des facteurs surnaturels, à la transgression des lois de la société ou au mauvais sorts ne peuvent être traité que par la médecine traditionnelle. Ou dans la plupart des cas, on minimise son état de santé et recourir tardivement au centre. On ne consulte que si la maladie devient grave.

Les femmes qui fréquentaient les centres étaient majoritairement jeunes (plus de 79% ont moins de 35ans) et analphabètes à plus de 59,8%. Au Mali, les soins de prévention ne concernent quasiment que les mères et les enfants. L'instruction et l'information influencent positivement l'utilisation des CSCOM, en cas de fièvres des enfants et pour les CPN. Pour la population en général, certaines affections ne peuvent être traitées que par la médecine traditionnelle.

Le bas niveau d'instruction des femmes peut être retenu comme facteur explicatif des déterminants dans notre étude.

La majorité des femmes enquêtées étaient mariées dans plus de 88% des cas avec des ménages de petite taille (55,4% ont moins de 6 personnes).

On retrouve toutes les ethnies du Mali.

Les personnes qui n'ont aucun moyen, ou presque, soit se retournent vers les tradi-thérapeutes, soit vers les vendeurs ambulants des médicaments, ou tout simplement restent à la maison ; ce qui correspondait certainement à une automédication.

Dans l'étude de Coulibaly SO ; 69% des enquêtées déclarent avoir fait l'automédication sur conseil des parents et 23% sur initiative personnelle.

L'influence de la tradition fait encore croire que certaines maladies ne sont pas du domaine de la médecine moderne.

Mariko M dans sa synthèse de l'analyse socio-économique dans cinq (5) capitales Ouest Africaines Sur la question de l'équité dans l'accès aux soins en milieu urbain a trouvé que la non gravité de la maladie (39% à Abidjan, 32% à Conakry et 18% à Bamako et Dakar) était la cause qui poussait les ménages démunis à recourir à l'automédication [32].

En cas de maladie des membres du ménage 81,4% des femmes de Daoudabougou avaient recours au CSCOM.

De l'étude faite par Coulibaly L, seulement 47% des femmes enquêtées se rendaient au CSCOM en cas de maladie des enfants à Banamba.

Toukara A à Taliko (Bamako), a trouvé 65% des femmes qui ont déclaré être sous la dépendance de leurs maris. Les décisions de se rendre au centre étaient prises soit par leurs maris, soit par les parents des maris qui assuraient les besoins financiers [35].

## **8. Déterminants spécifiques de l'utilisation des soins préventifs de la mère et de l'enfant à Daoudabougou:**

Toutes les études menées au Mali montrent presque toutes que les consultations prénatales sont, parmi toutes les activités des CSCOM, celles qui fonctionnent le mieux. Daoudabougou ne fait pas exception à cette règle. Les vaccinations chez la mère et l'enfant favorisent l'utilisation des centres de santé. Les taux de couvertures en terme d'accouchements assistés sont satisfaisant bien qu'ils n'atteignent pas les 100%. Cette forte utilisation découle du bon accueil du personnel et du bon fonctionnement du système de référence et cela contrairement aux données du Mali rural.

Pour les consultations postnatales, on ne va pas consulter si on est bien portant ? Si l'enfant est en forme, pourquoi penser à la maladie ? Telles sont les questions que se posent ceux qui minimisent l'importance des CPON.

Les taux de couverture en terme de planning familial restent faibles malgré les nombreuses campagnes de sensibilisation et d'information.

Les enfants donnent à la femme un statut, une reconnaissance, tant aux yeux de la société, que du mari. La stérilité est une cause fréquente de divorce dans notre société.

# CONCLUSION

## **VI. CONCLUSION:**

Cette enquête ménage a été réalisée sur un échantillon représentatif de 251 ménages du quartier de Daoudabougou.

Il en ressort que les ménages de Daoudabougou avaient très souvent recours aux CSCOM en cas de maladies (81,4%) malgré une situation de pauvreté bien visible dans laquelle ils vivent. Cette situation est fortement influencée par la proximité des centres et le niveau de satisfaction des usagers.

Ainsi, il apparaît que :

- Le problème d'accessibilité géographique ne se pose pratiquement pas.
- La qualité des soins perçue (tels que la disponibilité en médicaments à moindre coût, l'accueil, l'attitude du personnel soignant, la faible compétence du personnel de santé ou les règles classiques de conduite thérapeutique) même si aux yeux du professionnel averti reste absente, est jugée globalement satisfaisante par les populations de Daoudabougou
- Les caractéristiques socio-économiques et culturelles relevées prédisposent les ménages de Daoudabougou à une mauvaise utilisation des services de santé.
- Le coût des soins ne s'est pas avéré significatif dans le cadre de cette étude.

Au terme de cette étude nous avons émis quelques recommandations.

# RECOMMANDATIONS

## **VII. RECOMMANDATIONS:**

Pour rehausser la qualité des soins et la fréquentation dans les CSCOM, des actions concrètes s'imposent. L'analyse de nos résultats nous a permis au terme de notre étude de faire les recommandations suivantes:

### **1. Au personnel des CSCOM**

- Renforcer les acquis en matière d'accueil, de conseils et de bonne collaboration avec les ASACO
- Créer un véritable service d'accueil pour informer et orienter les clients.
- Stimuler la demande des services de santé en informant et sensibilisant la population sur les services offerts par les structures de santé.
- Rendre plus agréable l'attente en déposant par exemple des revues dans la couloir d'attente ou en projetant des films d'éducation pour la santé.
- Aider les ASACO dans ses actions de mobilisation sociale.

### **2. Aux responsables des ASACO**

- Organiser des campagnes de sensibilisation et d'information auprès de la population afin qu'elle puisse comprendre et adhérer pleinement à cette idée de santé communautaire.
- Faciliter l'instauration d'un cadre démocratique afin d'assurer l'alternance à la direction des instances de l'ASACO et d'éviter le risque d'accaparement par une minorité des membres.
- Amener les populations de l'aire de couverture des CSCOM à adhérer à l'association et à participer activement à la vie associative.
- Porter une attention particulière aux plus vulnérables en renforçant pour eux des mesures de solidarité et d'exonération.
- Prévoir une gestion informatisée du centre pour permettre de faire des statistiques fiables sur le plan technique et financier.

### **3. Aux populations du quartier :**

- Participer activement aux activités des ASACO / CSCOM
- Prendre conscience de l'importance des CPN, CPON.
- Eviter l'automédication et les accouchements à domicile.
  
- Dans la mesure du possible, compléter cette étude en intégrant d'autres éléments qui n'ont pas été pris en compte ici.

La mise en place de ces recommandations exige une collaboration entre les différents acteurs de la vie communautaire. L'application de celles-ci permettra d'améliorer tant soit peu l'état de santé de la communauté et ainsi aller vers le développement économique auquel on aspire.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :**

1. Abbat.F. Enseigner pour mieux apprendre : guide à l'intention des enseignants du personnel de soins de santé primaires. 2<sup>ème</sup> édition. GENEVE 1993
2. Allain d. Santé, médicaments et développement : les soins primaires à l'épreuve des faits 1987
3. Bagayoko O D. Evaluation du centre de santé communautaire de Sebénikoro Kalabanbougou au terme de 5ans d'activité 1992-1996.Thèse doctorat médecine. 1998. 135p
4. Chantal B P/Paris/ORSTOM 1992. La santé en société : regard et remèdes.
5. Coulibaly L. Etude sur la sous fréquentation des CSCOM dans la région de Koulikoro. Thèse Doctorat Médecine 2005. 85p
6. CPS/MSSPA/DNSI/DHS/. Enquête démographique et de santé (EDS-II) 1995-1996'Mali1996 375p
7. Diarra K K. Contribution à l'évaluation de la qualité des soins dans les centres de santé communautaire de Bamako .Thèse doctorat médecine 2000
8. Direction Nationale de Santé. Rapport d'activité de l'an 2001 Bamako
9. Djukanovic V. Comment répondre aux besoins sanitaires fondamentaux des populations dans pays en voie de développement.

10. ELBindari, Hammad A. Evaluation des soins de santé primaire ; guide de l'enquêteur.
11. Fourn L, Ouendo M, Ade G, Kassa F. Qualité des soins. Approche centré sur le malade.
12. Konaté S. Réflexion sur la santé au Mali. Bamako SE, 1993. 150-151p
13. Louis Paul A. Santé et développement en Afrique. 1970
14. Maiga M A S. Promotion des soins de santé primaire au Mali .Thèse de Doctorat Médecine 1976
15. Martine A, Eric R. Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali .Analyse de la situation et perspectives.
16. Ministère de la santé. Document de synthèse du PRODESS (1998-2002). 41p
17. Ministère de la santé. Plan décennal de développement sanitaire et social 1998-2007. Bamako Mali 19978
18. Niangaly A, Kanté N, Soumaré N'Diaye A. Qualité des soins dans les centres de santé communautaires de la région de Koulikoro. République du Mali.

19. OMS 1987. Agent de santé communautaire. Guide pratique, directives pour la formation. Directives pour l'adaptation.
20. Richard D. Population et santé familiale en Afrique Centrale
21. Rougemont A ET Brunet Jaily J. Planifier, gérer, évaluer la santé en pays tropicaux. Paris 11989. 754p
22. Saint Paul 1976. Santé de la famille et de la communauté 3<sup>ème</sup> édition.
23. SAVE THE CHILDREN.USA. Analyse de la situation du nouveau-né au Mali. Rapport Bamako 2001. 100p
24. Sillon ville Franck. Guide de la santé au village : « Docteur Maimouna parle avec les villageois ». Karthala 1985
25. Traoré B. Enquête épidémiologique et santé au Mali.
26. UNICEF/GENEVE 1982. La participation communautaire : difficultés et voies nouvelles.
27. Ballo.M et Boundy. F. Rapport sur la mise en œuvre de l'INITIATIVE DE BAMAKO : 10 ans après. 1987-1999, documents photocopiés.
28. Ministère de la santé. Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique. Enquête Démographique et de Santé Mali -III 2001. 10-450p.
29. <http://www.anaishko.org.ml/reformes/santé.html>

30. Annuaire Statistiques du Système d'information Sanitaire DNSP-DE 1992-2000 et rapports d'activités du Centre National des Immunisations
31. Site web de l'Institut National de Recherche en Santé Publique
32. Ministre des Affaires Etrangères de la République Française UNICEF. Qualité et accès aux soins de santé en milieu urbain Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar et Niamey. Résultats de la recherche menée dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Septembre 2004. 217p
33. Diallo SK. La faible fréquentation du CSCOM de Sabougou. Mémoire assistant médical, Bamako 2002. 36p
34. Bamba BZ. Etudes sur les raisons de la faible fréquentation du CSCOM de Kafouzrela par les FAP dans le centre de Sikasso. Mémoire, Assistant Médical, Bamako, Décembre 2002.
35. Tounkara A. Recherche sur la faible fréquentation du CSCOM de Taliko par les femmes en âge de procréer. Mémoire assistant médical. Bamako 2002. 29p
36. PMID 106900825 PubMed-Indexe for MEDLINE.

**FICHE SIGNALÉTIQUE :**

Nom : **DOUMBIA**      Prénom : **Abdoul Karim**

**TITRE DE THESE : PROBLEMATIQUE DE L'UTILISATION  
DES SERVICES DE SANTE DU QUARTIER DE  
DAOUDABOUGOU . COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO**

Secteur d'intérêt : SANTE PUBLIQUE,

Pays : MALI

Ville de soutenance : Bamako

Année de soutenance : **2006\_2007**

LIEU DE DEPOT : BIBLIOTHEQUE DE LA FMPOS

**RESUME:**

Pour mieux répondre aux besoins réels de la population en matière de santé et permettre aux décideurs du secteur de la santé d'avoir des données fiables sur les déterminants de l'utilisation des services de santé dans cette partie du District, nous avons mené une étude auprès des ménages de Daoudabougou.

L'objectif de cette étude était d'identifier les déterminants de l'utilisation des services de santé afin de proposer les axes d'amélioration à apporter au système de santé pour mieux répondre à la demande et satisfaire les besoins des plus pauvres

Pour y parvenir, une enquête a été menée sur un échantillon de 251 ménages du quartier de Daoudabougou repartis dans les aires de santé, les responsables des ASACO, les agents de santé, des deux CSCOM, et certains leaders communautaires.

Parmi les 251 ménages enquêtés, 140 déclarent avoir eu au moins un cas de maladie pendant les 3 derniers mois précédant l'enquête. Sur ces 140 ménages, le centre a été le premier recours pour 114 ménages (soit 81,4%). Pour le dernier épisode de maladie, les répondants ont recouru à 4 types des soins autres que le centre : nulle part (47,1%), automédication (32,3%), guérisseurs (11,8%), autres (féticheurs, traitant ambulants) (8,8%).

L'étude montre que le principal motif de choix d'une structure de santé est la qualité; et que les raisons financières, l'insuffisance d'information et de sensibilisation constituent les principaux motifs de renoncement aux soins de santé. La tarification n'est pas en soi, le facteur qui bloque le plus l'utilisation de ces centres.

Les pouvoirs publics doivent jouer leur véritable rôle, celui de contrôleur de la qualité des soins offerts, celui de leader qui favorise et accompagne la dynamique communautaire.

**Mots clés : utilisation des services de santé ; CSCOM. Daoudabougou.**