



TITRE :

**ACCUEIL, INFORMATION ET PRISE EN
CHARGE DES USAGERS : CAS DES CENTRES
DE SANTE EN COMMUNES V ET VI DU
DISTRICT DE BAMAKO (MALI)**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le /__/__/2009
à la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie
de l'Université de Bamako

Par Mr. **DIAKITE Almoustapha Lamine**

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

Jury:

Président : Pr Sounkalo DAO
Membre : Dr Saïbou MAIGA
Membre : Dr Arouna TOGORA
Directeur de thèse : Pr. Samba DIOP

DEDICACES

Je rends grâce à **ALLAH**, le Tout Puissant, le Très miséricordieux, le Tout miséricordieux pour m'avoir guidé et donné la force nécessaire à la réalisation de ce travail.

Au prophète Mohamed S.A.W

Que les bénédictions et la paix de Dieu soient sur lui.

A mon père Sayon DIAKITE: Tu m'as indiqué la bonne voie en me rappelant que la volonté fait toujours les grands hommes ! Ton amour du travail bien fait, tes conseils et tes encouragements ont permis la réalisation de ce travail. Puisse le Tout Puissant te combler de bonheur !!!

A ma mère Kancou CAMARA !!!! Il n'existe pas de mots Maman pour te dire ce que je ressens en ce moment. Ce travail est le résultat de tes sacrifices, de tes prières, de tes conseils inlassables et quotidiens dans le seul but de voir tes enfants devenir des personnes respectueuses et respectables. Merci maman ! Que le Tout Puissant t'accorde longue vie avec beaucoup de santé pour que tu puisses bénéficier des fruits de ce travail !!! Gros BISOUS

A ma famille Faye !!!!

A mon père Oumar FAYE : Tu as consacré toute ta vie à l'éducation de tes enfants que nous sommes, pour que nous puissions réfléchir et agir en toute circonstance dans le respect, la dignité et la loyauté. J'ose espérer être à la hauteur de tes espérances et partir au delà de tes attentes !!!!

A ma mère Mme FAYE Fatoumata SY : La mère des enfants, tu es la source qui déborde, brave mère au cœur plein de bonté. Ta patience, ton optimisme, ta tolérance, ta présence régulière et constante à tout instant surtout au cours des moments difficiles de notre vie ont fait de toi celle à qui nous offrirons toujours AMOUR et SOUTIEN. Puisse Dieu, Le Tout Puissant te garder aussi longtemps à nos côtés afin que les générations futures puissent s'inspirer de ton exemple. Gros BISOUS !!!!!!!

A mes pères !!!! Ibrahim DIALLO, Balla DIAKITE, Mamadou DIAKITE, Lamine DIAKITE, Adama DIAKITE, KEITA Mamadou , Issimaïla DIALLO, TANGARA Moussa Bakoroba, Ousmane FAYE, Tounko DIAKITE , Seydou Accueil, information et prise en charge des usagers : le cas des communes V et VI du district de Bamako(Mali)

DIOP: Votre amour, votre détermination et vos bénédictions, ne m'ont pas fait défaut durant tout mon cursus universitaire. Vos soucis constants pour notre réussite et vos générosités font de vous des pères exemplaires !! Que le Tout Puissant vous comble de toute sa magnificence.
Amen

A mes mères : DIAKITE Aminata, DIAKITE Noël, OUATTARA Fatoumata, BOKO Cécile, OUATTARA Koufouné, COULIBALY Ouattara Maïmouna, Koné Fatoumata épouse Samaké, Keita Sounougou, Diallo Awa Samaké, DIAKITE ADAMA DIARRA, DIOP Djénéba TRAORE : Braves femmes aux cœurs pleins de bonté, de compassion, de gentillesse et d'affection. Ce travail est le fruit de votre amour, de votre constante présence à mes côtés ! Que le Tout vous gratifie de toute sa Miséricorde !!! Amen

A ma fille Mariam FAYE appelée affectueusement Mam SY, je te dédie spécialement ce travail. Gros Bisous bébéchou !!

A mes frères, Mamadou SANGARE (Goal), Mohamed Moriba DIAKITE (Bachic), Souleymane FAYE (Bakry) ; Cheick DIALLO, El Hassan FAYE, Mohamed FAYE, Salioun FAYE (ZAL), Issa DIAKITE (djassé), Cheick Amadou DIAKITE (Puissant), Sam KEITA (samy), BOTI Bi Joel, Franck MELESS, Ange KOUA, Salif KEITA (44), Hady DIOP, Ba Alpha DIOP, Barou DIAWARA, Lamine DIAWARA: Vous m'avez soutenu et réconforté à tout moment. En témoignage à l'amour fraternel, ce travail est également le votre.

A mes soeurs: Salimata DIAKITE (Sira), Nènè Hane, N'deye FAYE (Grando), Fatoumata Bintou DIA (Bibi), Adama Fousseini DIARRA, Awa DIARRA, Bintou FOFANA (Mama jolie), Nana TRAORE, Fatoumata TANGARA (Mah), Moussou SISSOKO, Fatoumata Diawara. Vous êtes formidables !!! Gros Bisous !!

A ma Fiancée : Halimata DIOP, parangon d'une bonne éducation, ton soutien a été sans faille tant dans mon cursus universitaire que dans

l'élaboration de cette thèse. Trouve ici, l'expression de tout l'Amour que je te porte. Gros Bisous !!!!!!!!!!!!!

A Dr MACALOU Ibrahim, L'amitié n'est pas un tas de fumée. Qui l'aurait cru en 2000 ? Et oui on a fait un sacré bout de temps ensemble. Merci pour ton soutien au long de ces années de pleurs, de galères couronnées de joies. J'espère que nos routes ne se sépareront plus jamais. Bonne chance dans ta vie future. Prends soin de toi et de ma PERLE NOIRE. Tu es mon frère !!!!!

A Irene DACOUO, Mes mots ne peuvent exprimer les sentiments que j'ai à ton égard. Par ton soutien, j'ai réussi à traverser plusieurs épreuves. Profonde est mon admiration, infinie ma reconnaissance et éternelle restera mon affection pour toi. Tu es mon frère !!!!!

A Lacina DIALLO (dilano) : Le temps s'est écoulé sans rien effacer de nos larmes, de nos rires et de nos souvenirs. Merci pour ton soutien, tes conseils et tes encouragements. Du courage et bonne chance dans l'acquisition de ce diplôme et dans ta vie future. Tu es mon frère !!!!!

A Drissa DIARRA (Lopez) : Merci pour tous les merveilleux moments passés ensemble. Pas de regret ; juste que cela s'est vite écoulé. Merci pour m'avoir aidé dans l'aboutissement de ce travail ; bonne chance dans la réalisation de tes projets. Tu es mon frère !!!!

A Dr Lamine DIARRASSOUBA : On a rigolé, pleuré, galéré maintenant il est temps de rendre compte jeune homme. Bonne Chance dans ta carrière. Tu es mon frère !!!!

REMERCIEMENTS

Aux familles : FAYE à Missira, DOUMDIA à Bolibana, CAMARA à Bagadadji, TANGARA à Hamdallaye, DIOP à FALADIE, DIAWARA à Banakabougou, BANE à Banakabougou Vous m'avez accueilli à bras ouvert, et réconforté tout au long de mon cycle. Que le tout Puissant vous assiste et vous comble de bonheur.

Accueil, information et prise en charge des usagers : le cas des communes V et VI du district de Bamako(Mali)

A toutes mes tantes : Vos conseils et votre assistance m'ont été plus qu'utile dans l'accomplissement de ce travail. Que la miséricorde d'ALLAH vous accompagne.

A tous mes oncles : ce travail est le votre. Soyez en remercier infiniment.

A mes cousins et cousines Doussou, Sokona, Jolie, N'daba, Koloko, Youma, Fifi, Saran, Moussa, Cheick Oumar, Labe, Fayata, Kady, Papi : Merci infiniment

A mes chéries Mme Konadji Alimatou, Dr Fatou TRAORE, Mme DIANE, Maya KEITA, DIOP Soukeina, DIOP Oumou, Mme Coulibaly Rokia COULIBALY : Vous êtes admirables !!

A Dr N'Faly et sa sœur Dr Fatou DIARRASSOUBA : Vous avez été mes diatigui au village du Point G. Vous avez guidé mes premiers pas dans cette faculté. Je ne vous oublie jamais et vous souhaite une bonne carrière.

A Dr Mamadou DIAKITE et à toute sa famille : Vos conseils, votre engagement personnel pour que je reçoive une meilleure formation médicale a été sans limite. Merci infiniment et très bonne carrière universitaire.

A Dr Moustaph DIAKITE : Plus qu'un grand frère, tu a été un encadreur pour moi. Merci du fond du cœur !!

A Dr Cheicknè SEMEGA et à tout le personnel de la clinique Fraternité, ce travail est le votre. Merci !!

A Dr Allasane COULIBALY : Merci infiniment !!

A Dr Aboubacar Sidiki GUINDO : Tu restes un exemple pour nous. Merci pour ton assistance.

A Dr Cheick KONE : Merci pour toute ta sympathie à notre égard et pour ton assistance durant ce cursus

A Dr Cheik DIARRA : tu reste l'un des aînées pour qui j'ai beaucoup d'estime. Merci infiniment pour ton soutient et bonne carrière.

A mes aînés de la FMPOS : Dr Bassaba KONATE, Dr ONGOIBA Dramane, Dr Binta Barry, Dr Amadou BANE, Dr Awa TRAORE, Dr Accueil, information et prise en charge des usagers : le cas des communes V et VI du district de Bamako(Mali)

Mohamed DIARRA, Dr Modibo SANGARE, Dr Habibatou SALIFOU,
infiniment merci pour tous.

A tous mes cadets de la FMPOS : Nina, Oumou, Kady, Hassan, Lassina, Fousseni, Bathily, Mariam, Oumar, Cheick, Billal, Baky , Losseny, Sekou, Oumou, Abdoul, Yapi : Je vous souhaite réussite et succès.

A Mamadou lamine TRAORE (Zoria) : Merci pour tous ces conseils prodigués a mon endroit et ta présence quotidienne auprès de tous ces jeunes venus de la Côte d'Ivoire.

A Sokome DIALLO : Ta courtoisie, ta disponibilité même aux heures les plus tardives de la nuit, tes suggestions ont été d'un apport indéfectible pour la réalisation de ce travail. Merci frère !!!

A mes ami(e)s Dr SOULAMA Faty, Dr Aicha DIAKITE, Dr KEITA Aicha MARIKO, Yama DOUMBIA, Dr Binta BARRY, Abobolè, Kader, Tchierno, Dramane KAMATE, Général, DIALLO : Ensemble nous avons fait la pluie et le beau temps à la faculté. J'espère qu'on aura toujours un peu de temps pour se réunir et évoquer ces souvenirs.

A mes amis du quartier, Papa, Baya, Lezi, Action, Baidara, Malick : Pour toute la courtoisie et la confiance en mon égard, je vous dit merci et plein succès dans vos entreprises.

A mes formateurs du primaire à l'université : Ce travail est le votre. Merci pour tous.

Tout le personnel de l'ONG Muslim Hands House

A tous les membres de la Jeune Chambre International à travers le monde: Cette belle organisation dont le credo prône les valeurs universelles de foi, de fraternité, de liberté, de justice, d'humanisme et d'humanité. Ils font de nous une force de proposition, de progrès, de paix et d'espérance pour un monde qui en a plus que jamais besoin. Merci pour votre soutien !!!

Aux habitants du Point G nous avons vécu en toute quiétude vos cotés. Considérez ce travail comme le votre.

A toute la communauté ivoirienne au Mali, mon rêve est de voir cette communauté plus uni et plus forte afin de pouvoir relever les défis main dans la main. Considérez ce travail comme le votre !!

A tous mes amis de la communauté camerounaise, nigérienne, tchadienne, djiboutienne, béninoise, congolaise, centrafricaine et comorienne. Ce travail est le votre.

A toute ma promotion.

A tous ces malades qui souffrent à travers le monde.

A tout le personnel socio-sanitaire à travers le monde en général et en particulier au Mali.

A tout le personnel de la bibliothèque de la FMPOS

A Feu Dr Basile NUKUNU.

A feue Tina COULIBALY, feue Blatta Kouyaté, feue Saran KOUYATE, feue Sokona DIAKITE.

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

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

A notre maître et président du jury :

Pr Sounkalo DAO :

- **Maître de conférences en maladies infectieuses ;**
- **Responsable de l'enseignement des maladies infectieuses à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologique du Mali ;**
- **Enseignant, chercheur au programme de recherche et de formation au VIH/TUBERCULOSE (SEREFO) Mali.**

Honorable maître, c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury.

Accueil, information et prise en charge des usagers : le cas des communes V et VI du district de Bamako(Mali)

Votre sens élevé du devoir, votre amour pour le travail bien fait, votre rigueur scientifique, votre simplicité nous ont motivé à aller vers vous pour l'amélioration de ce travail. Votre forte personnalité, vos intarissables connaissances médicales et scientifiques, votre modestie et vos grandes qualités humaines font de vous un professeur aimé de tous et un exemple pour nous ainsi que pour les générations futures. Cher maître, trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et juge Dr Arouna TOGORA,

- **Pédopsychiatre en service au CHU du Point « G »,**
- **Assistant chef de clinique en psychiatrie à la FMPOS,**

Cher maître,

C'est une grande joie de vous avoir dans ce jury en dépit de vos multiples occupations.

Nous avons pu bénéficier de vos grandes qualités humaines, morales et intellectuelles.

Votre constante disponibilité et votre simplicité nous ont beaucoup marqué et nous servirons de modèles.

Veillez recevoir ici cher maître, l'expression de notre sincère admiration et de notre profond respect.

A notre maître et juge, Dr Saibou MAIGA,

- **Pharmacien titulaire de l'officine privée du Point G ;**
- **Chargé de cours en législation à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologique du Mali ;**

Cher maître, la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations, nous honore et témoigne de toute l'attention que vous nous portez.

Votre humanisme, votre modestie, votre intégrité, votre rigueur dans le travail bien fait, votre contact facile sont autant de qualités irréfutables qui font de vous un maître respecté et admiré de tous.

Cher maître, soyez rassuré de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et directeur de thèse :

Pr Samba DIOP

- **Maîtrise en science de la vie, de la terre et de la nature ;**
- **Ph. D en écologie humaine, anthropologie et éthique publique/Sociale ;**
- **Membre du comité d'éthique de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologique du Mali ;**
- **Responsable de l'unité de recherche formative en science humaine/sociale et éthique du SEREFO/VIH/Tuberculose/ à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologique du Mali.**

Nous avons été comblés par votre encadrement, votre constante disponibilité, votre sens de l'écoute, votre rigueur et votre précision dans le travail bien fait. Ces qualités font de vous une sommité en matière de recherche en anthropologie médicale.

Vos qualités humaines et professionnelles, votre engagement en faveur des étudiants ne nous laissent aucunement indifférents. Nous avons reçu de vous un excellent encadrement et nous vous promettons de ne jamais décevoir votre confiance.

Tout en espérant continuer à apprendre à votre école, recevez cher maître, l'expression de notre reconnaissance inoubliable.

Liste des abréviations

- 1- **ASACO** : Association de santé communautaire
- 2- **ASACOBABA** : Association de santé communautaire de Banakabougou et Faladié.
- 3- **ASACO** Cité Unicef : Association de santé communautaire cité Unicef
- 4- **ASACODA** : Association de santé communautaire de Daoudabougou
- 5- **ASACODJI** : Association de santé communautaire de Djicoroni
- 6- **ASACOFA** : Association de santé communautaire de Faladié.
- 7- **ASACOGA** : Association de santé communautaire de Garantibougou
- 8- **ASACOKAL** : Association de santé communautaire de Kalaban.
- 9- **ASACOMA** : Association de santé communautaire de Magambougou
- 10- **ASACOMIS** : Association de santé communautaire de Missabougou.
- 11- **ASACONIA** : Association de santé communautaire de Niamankoro.
- 12- **ASACOSE** : Association de santé communautaire de Senou
- 13- **ASACOSO** : Association de santé communautaire de Sogoniko
- 14- **ASACOSAB** : Association de santé communautaire de Sabalibougou.
- 15- **ASACOSODIA** : Association de santé communautaire Sogoniko et Dianéguela.
- 16- **ASACOTOQUA** : Association de santé communautaire de Torokorobougou et de Quartier Mali.
- 17- **ASACOYIR** : Association de santé communautaire de Yirimadio.
- 18- **ASACO 1008 logements** : Association de santé communautaire 1008 logements.
- 19- **CSREF** : Centre de santé de référence
- 20- **CSCOM** : Centre de santé communautaire
- 21- **DNSI** : Direction nationale de la statistique et de l'informatique
- 22- **FMPOS** : Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie
- 23- **ISFRA** : Institut supérieur de formation et de recherche appliquée
- 24- **OMS** : Organisation mondiale de la santé

Liste des figures

Figure 1 : Cadre conceptuel du système de soins d'après le modèle de POOLE et CARLTON (1986).

Figure 2 : Carte sanitaire de la commune V du district de Bamako.

Figure 3 : Carte sanitaire de la commune VI du district de Bamako.

Liste des tableaux

Tableau I : Attributs et dimensions de la qualité.

Tableau II : Déterminants de l'accès focalisés sur la prestation des services de santé (d'après PENCHANSKY /THOMAS, 1981).

Tableau III : Répartition des participants à l'étude en fonction du sexe.

Tableau IV : Répartition des participants en fonction de la tranche d'âge.

Tableau V : Répartition des participants en fonction du statut matrimonial.

Tableau VI : Répartition des participants en fonction de la distance des lieux d'enquête.

Tableau VII : Répartition des participants en fonction de leur statut dans la famille.

Tableau VIII : Répartition des ménages en fonction du lieu de résidence.

Tableau IX : Répartition des ménages en fonction de la profession.

Tableau X : Répartition du statut matrimonial en fonction du sexe.

Tableau XI : Répartition des tranches d'âges en fonction du sexe.

Tableau XII : Répartition des participants en fonction de la fréquentation des centres de santé.

Tableau XIII : Répartition de la fréquentation en fonction des centres de santé des structures sanitaires.

Tableau XIV : Répartition des usagers qui fréquentent les centres de santé en fonction du sexe.

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

Tableau XVI : Répartition des usagers qui fréquentent les centres de santé en fonction des tranches d'âge.

Accueil, information et prise en charge des usagers : le cas des communes V et VI du district de Bamako(Mali)

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

Tableau XVII : Répartition des méthodes de recours aux soins de santé en fonction de la réponse des personnes.

Tableau XIX : Raisons de la non fréquentation des centres de santé.

Tableau XX : Répartition des usagers en fonction de la période de consultation après la découverte de la maladie.

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

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

Tableau XXIII: Répartition du niveau de satisfaction à l'accueil en fonction du sexe.

Tableau XXIV : Répartition du niveau de satisfaction de l'accueil en fonction de l'âge.

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

Tableau XXVI : Répartition des participants en fonction des moyens d'information utilisés.

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

Tableau XXVIII : Répartition des participants en fonction de l'appréciation du coût de la prestation.

Tableau XXIX : Répartition des participants en fonction de la satisfaction de la prise en charge.

Table des matières

Liste des abréviations.....	1
Liste des figures.....	2
Liste des tableaux.....	3-4
Introduction.....	5
I Approche conceptuelle.....	9
1- Description et justification de la recherche.....	9
2- Hypothèse	16
3- Objectifs.....	16
3-1 Objectif général	16
3-2 Objectifs spécifiques.....	16
4- Justification.....	16
II Démarche méthodologique.....	17
1- Cadre et lieu d'étude.....	17
2- Variables utilisées.....	21
3- Type d'étude.....	22
4- Population d'étude et d'échantillonnage.....	22
4-1 Population d'étude.....	22
4-2 Critères d'inclusion.....	22
4-3 Critères de non inclusion.....	22
5- Techniques et collecte des données.....	23
6- Gestion et analyse des données.....	24
III Résultats.....	26
IV Discussion.....	37
V Conclusion.....	42
VI Recommandations	43
Référence bibliographique.....	46
Annexes	

INTRODUCTION

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

Par ailleurs, le choix des recours thérapeutiques (dispensaires, guérisseurs, marabouts, etc.) s'effectue en grande partie selon les perceptions des usagers. Quant à la qualité des structures de soins et de leurs capacités à traiter les malades ou à répondre à leurs besoins, non telles qu'elles sont médicalement définies mais selon la manière dont elles sont ressenties et interprétées [21].

Les interactions entre les soignants et les soignées ne sont pas qu'une affaire de compétences techniques. Elles ne peuvent être comprises et améliorées en dehors des identités sociales des acteurs locaux qui y sont impliqués [21].

L'utilisation des services de santé de premier niveau en Afrique reste très faible malgré les efforts importants qui ont été consacrés depuis plus d'une décennie pour renforcer l'offre des soins .[3] Il en est de même pour le Mali avec seulement 44% de la population qui a accès aux soins dans un rayon de 5 km en 2002 et 45% en 2003[1].Des travaux de plus en plus nombreux démontrent que la qualité, telle qu'elle est perçue par les patients et leurs familles est un des déterminants majeurs de l'utilisation des services de santé [7].

La qualité est une propriété plus relative qu'absolue. Elle est fonction du contexte socio-économique, du niveau des ressources, les intrants technologiques et les valeurs culturelles du milieu [7].

C'est bien le paradoxe de la maladie d'être à la fois la plus individuelle et la plus sociale des choses. Chacun d'entre nous l'éprouve dans son corps et parfois en meurt. De la sentir en lui menaçante et grandissante, un individu peut se sentir coupé de tous les autres, de ce qui faisait la vie sociale. En même temps tout en elle est sociale, non seulement parce qu'un nombre d'institutions la prennent en charge aux différentes phases de son évolution. Aussi parce que les schémas de la pensée qui permettent de la reconnaître et de la traiter sont éminemment sociaux. Penser sa maladie c'est déjà faire référence aux autres [6].

La santé n'est pas qu'un état subjectif, une sensation physique ou psychique, c'est aussi un fait social, un état construit et un fait de culture. C'est le groupe social en fonction de sa culture donc de sa représentation du monde qui définit le normal et le pathologique. Ainsi un patient est malade en fonction des représentations qu'il se fait de la santé et de la maladie. Celles-ci sont en grande partie culturelles. Par conséquent, un comportement peut être considéré comme pathologique dans une société donnée (par exemple, les transes rituelles dans certaines sociétés occidentales modernes) et normal dans une autre (par exemple, les transes rituelles dans certaines sociétés africaines, comme celles qui pratiquent le vaudou (Bénin, Togo, Ghana). Bien qu'exceptionnel, cet état est modelé culturellement et a une fonction sociale et religieuse [22].

L'individu n'est pas une sorte d'appareil psycho-biologique à entretenir et à réparer chimio-mécaniquement. L'enjeu et la jonction personnelle des relations communautaires, dont sa maladie éventuelle atteste la dégradation ou compromet l'indispensable existence. Soigner efficacement consiste dès lors pour un nombre de tradipraticiens à restaurer au travers des cas individuels pris en compte, une santé collective. D'où l'importance accordée à des conduites sociales diagnostiquées dans la divination ou prescrites pour le traitement consécutif [13].

Le système interprétatif du patient met en scène autant ses contraintes sociales au quotidien que son expérience de la maladie et ses relations familiales. Ces facteurs sociaux expliquent la diversité et la complexité des logiques profanes de santé. Ils ne peuvent en aucune façon être appréhendées et décodées à partir du regard médical. La cohérence de ce système interprétatif du patient implique autant le sens particulier donné à la maladie que les différents traitements prescrits par les médecins [17].

L'importance des savoirs populaires est relative à la maladie et à la santé profondément enracinée dans toutes sociétés. Il s'agit d'un véritable système culturel parallèle, n'étant aucunement réductible à un sous ensemble de connaissances médicales. Tout en intégrant les éléments du savoir scientifique dominant, il s'impose comme savoir authentique, véhiculant son propre bagage des croyances [16].

Il est donc important d'être conscient qu'une représentation de la santé et de la maladie repose sur une conception de l'homme. Aussi de son rapport avec les autres, au cosmos et de son rapport à une transcendance.

Ainsi notre étude a pour but de montrer l'importance de la prise en compte de la dimension culturelle et parfois religieuse de l'identité du patient dans toutes thérapies.

I Approche conceptuelle

1 Description de la recherche

Les politiques de santé des pays africains au sud du Sahara ont connu de nombreuses réformes depuis trois décennies. Dès les années 1985 au Mali, nous avons eu l'apparition d'un secteur privé communautaire à but non lucratif et privé à but lucratif (médecines, pharmacies, laboratoires, cabinets dentaires), [2].

La plupart des politiques nationales de santé accompagnées par les partenaires au développement ont considérablement renforcé l'offre publique de soins de premier niveau. Mais en dépit de cet accroissement substantiel de l'offre des soins, le taux d'utilisation des structures de soins reste faible dans l'ensemble de ces pays et oscillait entre 0,10 et 0,30 contacts par personne et par an [2].

Au Mali, la politique sectorielle de santé repose sur une décentralisation de système de soins basée sur la garantie des soins de santé primaire assurées par des centres de la santé (publics, communautaires, privés ou confessionnels) [8].

Cette politique semble occulter, ou du moins, sous estimer l'importance des différents modes de vie et de représentations sociales des populations locales. La question qui nous préoccupe ici réside dans le constat général d'une faible fréquentation des services de santé (publics, privés ou communautaires) par les populations locales [9].

En effet, la perspective adoptée est de chercher à comprendre la manière dont la maladie s'articule à la culture et sa prise en compte par les institutions et les symboles de la société.

1.1.2 Déterminants de l'utilisation des services de santé dans les pays en développement

Les déterminants de l'utilisation des structures de premier niveau peuvent se classer en trois grands groupes :

- les déterminants financiers (recouvrement des coûts, paiement direct des soins, niveau de revenu des ménages, prix et coût des soins, coût de transport, couverture de maladie) ;

- les déterminants liés à la qualité des soins (qualité structurelle, disponibilité en médicaments, processus de soins, relation soignant /soigné, qualité perçue, satisfaction des usagers) ;

- les déterminants socio-culturels.

Les autres déterminants sont plus spécifiques et dépendants de l'environnement (accès géographique, état de santé des patients), des caractéristiques des individus (âge, genre, instructions) et des cultures et pratiques (perception de la maladie et de sa gravité) [2].

D'après **Kroeger (1983)**, qui a compilé plusieurs études réalisées dans les pays en développement et celle réalisée en 2000 sur les aspects liés à l'utilisation des accoucheuses traditionnelles, [19] il ressort les principaux déterminants de l'utilisation des services de santé dans ces pays et les regroupe de la façon suivante :

- **caractéristiques des individus ou les facteurs prédisposants :** socio-demographiques (l'âge, le sexe, l'éducation, la taille de la famille, le statut matrimonial, la religion, l'ethnie) ;
- **caractéristiques liées à la maladie, aux perceptions** que les patients ont de la maladie (caractère chronique ou aigu, bénin ou sévère de la maladie, les contextes étiologiques, les caractéristiques contextuelles, les caractéristiques individuelles, le comportement de santé et les résultats de santé [15].

Les caractéristiques contextuelles sont réparties en **éléments prédisposants** (caractéristiques démographiques, sociales et les croyances), en **éléments favorisant l'utilisation des services de santé** (politique de santé, financement et organisation des services de santé) et en **besoins ressentis** (mesures de santé liées à l'environnement et indicateurs de santé tels que le taux de morbidité, de mortalité et de handicap).

Les caractéristiques individuelles présentent les mêmes caractéristiques que les précédents

Les caractéristiques de santé révèlent des pratiques individuelles de santé, du processus de soins et de l'utilisation des services : l'état de santé perçu, évalué et la satisfaction du patient.

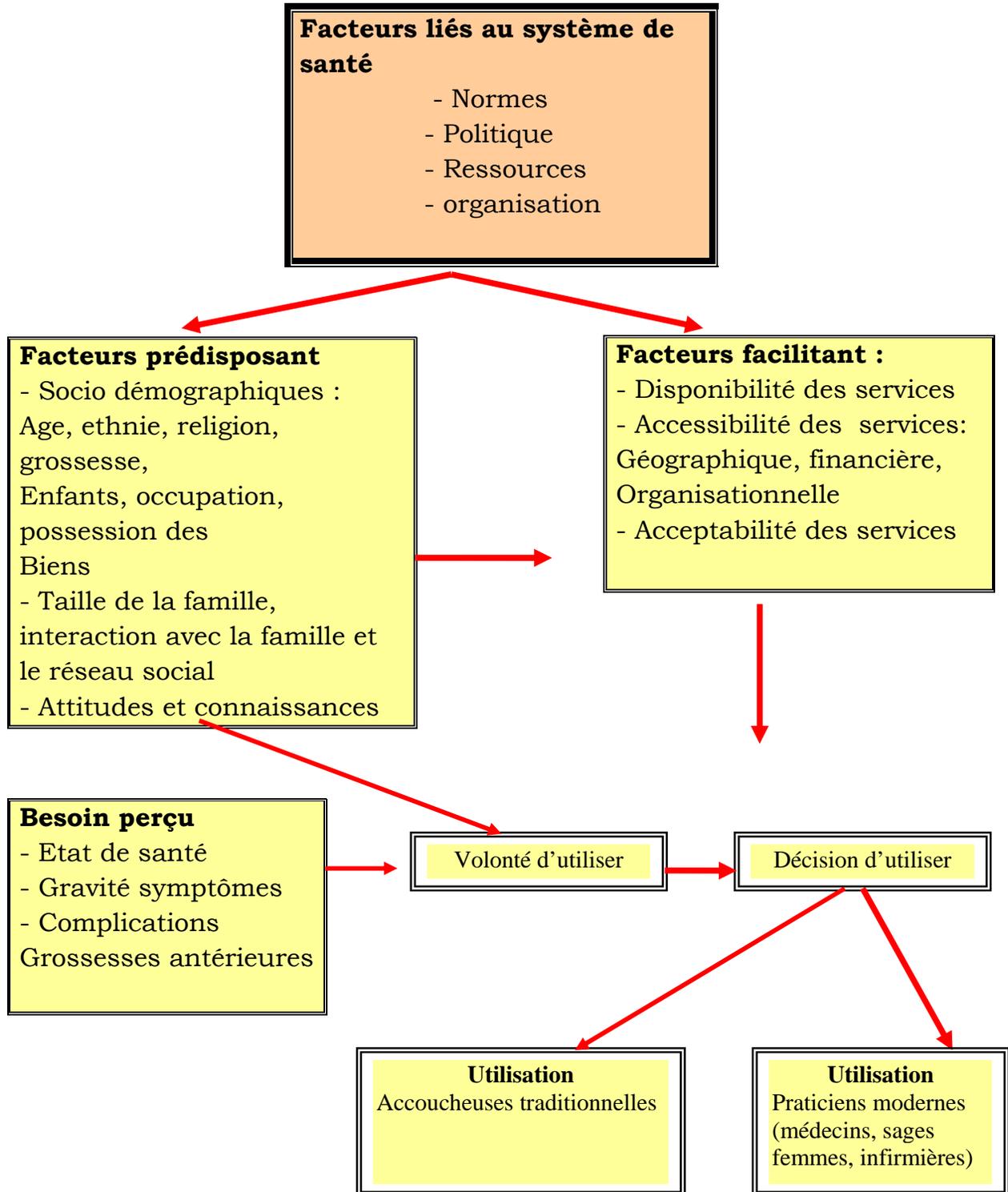


Figure 1 : Cadre conceptuel du système de soins d'après le modèle de Poole et Carlton (1986).

Accueil, information et prise en charge des usagers : le cas des communes V et VI du district de Bamako(Mali)

1.1.3 Déterminants liés à la qualité de soins :

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

a. Selon l'école Américaine :

La qualité des soins recouvre cinq composantes :

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

b. Selon l'OMS

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

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

Accueil, information et prise en charge des usagers : le cas des communes V et VI du district de Bamako(Mali)

En outre, la qualité ne peut être considérée en dehors de son contexte. C'est une propriété plus relative qu'absolue, et son optimum est contraint par le contexte socio-économique, le niveau de ressources, les intrants technologiques et bien entendu les valeurs culturelles du milieu [7]. Pour (**Donabedian, 1992**), la qualité englobe tous ces aspects. Il en classe les attributs en six (6) grandes catégories : **l'efficacité, l'efficience, le caractère optimal, l'acceptabilité, la légitimité et l'équité.**

La 1^{ère} catégorie (**efficacité**) renvoie au résultat en terme de santé .L'**efficience et le caractère optimal** sont proches et nuancent la notion de résultat pour intégrer des contraintes, entre autres financières.

La quatrième catégorie (**l'acceptabilité**) prend en compte l'environnement technique, social et les caractéristiques de la personne concernée par l'intervention ou l'acte. Finalement, les notions de légitimité et d'équité se rapportent à des préférences ainsi qu'à des valeurs sociales [7].

1.1 .4 **TABLEAU I : Attributs et dimensions de la qualité**

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

Source : FOURNIER P. HADDAD S. Dimension de la qualité de services de santé en Afrique au Sud du Sahara, in Brunet-Jailley, J(ed), Innover dans les systèmes de santé [7].

1.1.5 **Tableau II** : Déterminants de l'accès focalisés sur la prestation des services de santé. (d'après PENCHANSKY /THOMAS ,1981) :

Dimension	Acceptabilité	Disponibilité	Accessibilité	Qualité des soins	Accès financier
Facteurs potentiels influant sur l'accès aux services de santé	-Processus de prise de décision au niveau du ménage, -Perception en ce qui concerne les maladies, les prestataires, les médicaments.	-Paquet de service définit, -Stock de médicaments, vaccins -Personnel de santé techniquement compétant, - Infrastructures, -Diagnostic	-Distance des centres de santé, -Horaire, routes et transport, -Système de références et de services, ambulance	-Accueil, -Intimité donnée aux patients, -Accès à l'eau, l'électricité, hygiène -Maintenance, Nettoyage	-Coûts directs et indirects ; -Mode de paiement ; -Ressources et capitaux du ménage (argent, réseaux sociaux, épargne, crédits etc.)

Enfin, si les soins occupent une place importante dans l'amélioration de l'état de santé d'une population, la présence d'un environnement physique, économique et culturel approprié reste la clé sans laquelle il est vain de vouloir espérer une amélioration des principaux indicateurs de santé. C'est dans cette optique que notre étude tentera de montrer l'importance des données socio-culturelles du patient dans la relation thérapeutique.

Accueil, information et prise en charge des usagers : le cas des communes V et VI du district de Bamako(Mali)

2 - HYPOTHESES

- L'inadaptation de la prise en compte de l'identité culturelle du patient est-elle corrélée à l'utilisation des services de santé.
- La contribution de l'anthropologie à l'explication médicale.
- La santé et la maladie comme une production sociale marquée par des représentations culturelles.

3- Objectifs

3.1 Objectif général

- Mettre en valeur la façon dont l'identité d'une personne est modelée culturellement et le rôle de premier plan que joue ce dernier dans le domaine de la santé afin de pouvoir le gérer dans une relation thérapeutique.

3.2 Objectifs spécifiques

- Evaluer le niveau d'accueil du patient.
- Déterminer le niveau d'information du patient.
- Déterminer le taux de satisfaction des usagers.

4 Justification de la recherche

- Insuffisance d'études approfondies entre les facteurs socio-culturels et la santé dans le contexte du Mali.
- Démontrer l'importance de la prise en compte de la dimension culturelle et religieuse de l'identité du patient dans sa prise en charge.

La commune V du district de Bamako couvre une superficie 41,59 km² pour une population de 308 448 habitants en 2008 dont 52% de femmes. (DNSI, 2008) C'est une commune urbaine située sur la rive droite du fleuve Niger. Elle est limitée par le fleuve Niger au nord-ouest; à l'est par la commune VI et sud-ouest par le quartier Kalabankoro (cercle de Kati). La commune V est constituée de huit quartiers qui sont: Badalabougou, Torokorobougou, Sabalibougou, Bacodjikoroni, Daoudabougou, Kalanbancoura, Quartier Mali, Sema I et Sema II.

La commune V dispose de dix (10) structures sanitaires à caractère public (un CSRéf et neuf CSCOM) et beaucoup d'autres structures privées (infirmeries, cabinets médicaux, cliniques).

Le CSRéf de la commune V reçoit les malades provenant des CSCOM et des structures sanitaires privées de la commune V, d'autres structures de Bamako et même de l'intérieur du pays.

Les CSCOM sont au nombre de neuf: ADASCO, ASACODA, ASACOSAB I, ASACOSAB II, ASACOSAB III, ASACOKAL, ASACOGA, ASACOTOQUA, ASACODJI.

du district et la limite de la commune; à l'Ouest par la commune V.

Elle comporte 10 quartiers (Niamakoro, Magnabougou, Missabougou, Faladié, Sokorodji, Dianéguela, Sogoniko, Banankabougou, Senou, Yirimadio) dont 6 urbains et 4 ruraux. Chacun des quartiers a en son sein un CSCOM excepté Sokorodji-Dianéguela qui ont en commun un CSCOM, Niamakoro et Yirimadio qui en ont deux chacun.

Le centre de référence de la commune VI est beaucoup sollicité par la population de la dite commune mais aussi de certaines communes et des villages environnants. Cette sollicitation est liée d'une part à son accessibilité car elle est située au bord de la plus grande avenue de Bamako (Avenue de l'OUA), d'autre part en raison de son ancienneté car étant le plus vieux centre de santé du district.

Les CSCOM sont au nombre de 14 CSCOM qui sont ASACOFI I et II, ASACOBABA, ASACO cité Unicef, ASACOSO, ASACOMA I et II, ASACOSODIA, ASACOSE, ANIASCO, ASACONIA, ASACO 1008 logements, ASACOFI, ASACOMIS.

2 - Les Variables utilisées :

L'unité statistique est constituée d'une personne enquêtée, les variables retenues sont :

- Le sexe
- La catégorie d'âge
- Le statut matrimonial
- L'activité exercée (assimilable à la profession)
- Le statut de l'interviewé dans la famille.

3 - Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive de Juillet 2008 à Novembre 2008.

4 - Population d'étude et échantillon

4-1 Population d'étude et d'échantillonnage :

- toute personne résidente dans la commune V et VI et qui utilise les services des centres de santé de la dite commune
- taille d'échantillon 504 ménages selon la technique des 500 ménages de l'OMS.

4-2 Critères d'inclusion :

- les hommes et femmes âgés de 15 et plus.
- résident en commune V et VI.
- présent à domicile le jour de l'enquête et acceptant de participer à l'enquête.

4-3 Critères de non inclusion :

- les hommes et femmes âgés de moins de 15 ans ;
- les personnes ne pouvant répondre aux questions à cause de déficit ou d'un handicap (déficience intellectuelle, démence etc.) ;
- toute personne qui refuse de participer à l'enquête.

5-Techniques et collecte des données

La distribution de l'échantillon s'est faite sur la base d'un tirage aléatoire à partir du logiciel Epi info 6. Ainsi, Quartier Mali, Torokorobougou, Badalabougou, Bacodjicoroni ont été choisis parmi les quartiers de la commune V et Magnambougou,

Missabougou, Faladié, Niamankoro ont été choisis parmi les quartiers de la commune VI.

L'enquête a concerné 504 ménages dans les communes V et VI soit 63 ménages repartis entre les huit quartiers sélectionnés. A l'intérieur des zones d'enquêtes, le choix de l'unité statistique a été opéré de façon systématique.

Nous avons comme matériels des fiches d'enquêtes, un cahier de 100 pages, un crayon, une gomme, des bics, un ordinateur équipé d'un logiciel de saisi(SPSS), une imprimante, des feuilles de papiers format A4, une calculatrice, une moto pour le déplacement entre les différents quartiers.

L'enquête a été menée par interview à l'aide de questionnaire conçu à cette fin comprenant quatre (4) modules à savoir :

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

La méthode de collecte des données utilisée, consistait à entrer dans une concession et à interroger le couple ou l'une des personnes du couple présent. Nous avançons de proche en proche dans les concessions avoisinantes jusqu'à obtenir le nombre attendu pour le quartier en question. Nous avons eu comme référence de départ les centres de santé des quartiers choisis. Concernant la commune V, pour Quartier Mali, nous avons eu comme repère de départ le CSREF CV; à

Accueil, information et prise en charge des usagers : le cas des communes V et VI du district de Bamako(Mali)

Torokorobougou, le repère a été ASACOTOQUA ; à Badalabougou, le repère a été la PMI du quartier. Quand à la commune VI, pour Missabougou notre repère a été ASACOMIS, à Magnambougou, les repères ont été CSREF CVI et ASACOMA ; à Faladié le repère a été ASACOFA et à Niamankoro nous avons eu deux repères à savoir ANIASCO ainsi que ASACONIA.

6-Gestion et analyse des données

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 12.0. Des vérifications des données ont été faites sur la base de l'examen de la distribution des variables. L'analyse statistique descriptive a été faite par des tableaux croisés. Le test de Khi II a été utilisé pour la significativité de certains de nos résultats. Une valeur P obtenue inférieure à 0,05 implique qu'il y'a une différence significative entre les valeurs des caractères considérés. Le traitement de texte a été fait sur le logiciel Word 2007.

III-Résultats :

Notre étude s'est déroulée de juillet 2008 à novembre 2008 dans les communes V et VI du district de Bamako. Elle a concerné 504 ménages dont les résultats sont les suivants :

1- Caractéristiques socio-démographiques des personnes enquêtées :

Tableau III : Répartition des usagers en fonction du sexe :

Sexe	Participants à l'étude
Féminin	351 (69,6%)
Masculin	153 (30,4%)
Total	504 (100%)

Le sexe féminin a représenté 69,6% contre 30,4% pour le sexe masculin.

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

Tranches d'âges/années	Participants à l'étude
15-24	130 (25,8%)
25-34	212 (42,1%)
35-44	125 (24,8%)
45 et plus	37 (7,3%)
Total	504 (100%)

La tranche d'âge [25-34] a été la plus représentative avec 42,1% des usagers.

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

Statut matrimonial	Participants à l'étude
Célibataires	124 (24,6%)
Marié(e)s	370 (73,4%)
Divorcé(e)s /veuf(ve)s	10 (2, 0%)
Total	504 (100%)

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

Accueil, information et prise en charge des usagers : le cas des communes V et VI du district de Bamako(Mali)

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

Distance	Participants à l'étude
0-500 mètres	77 (15,3%)
500-1000 mètres	254 (50,4%)
Plus de 1000 mètres	173 (34,3%)
Total	504 (100%)

La distance [500-1000 m] a été la plus représentative avec 50,4% des usagers.

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

Statut familial	Participants à l'étude
Mères	288 (57,1%)
Pères	94 (18,7%)
Enfants	74 (14,7%)
Autres*	48 (9,5%)
Total	504 (100%)

*Cousins, oncles, grands parents etc.

Les mères ont prédominé avec 57,1% des participants à l'étude.

Tableau VIII : Répartition des usagers en fonction du lieu de résidence.

Lieu de résidence	Participants à l'étude
Bacodjicoroni	63 (12,5%)
Badalabougou	63 (12,5%)
Faladié	63 (12,5%)
Magnambougou	63 (12,5%)
Missabougou	63 (12,5%)
Niamankoro	63 (12,5%)
Quartier Mali	63 (12,5%)
Torokorobougou	63 (12,5%)
Total	504(100,0%)

La taille de l'échantillon a été identique dans les huit quartiers choisis soit 12,5%.

Accueil, information et prise en charge des usagers : le cas des communes V et VI du district de Bamako(Mali)

Tableau IX : Répartition des usagers en fonction de la profession

Professions	Fréquence
Ménagères	225 (44,7%)
Sans emplois	126 (25%)
Elèves/Etudiants	91 (18%)
Fonctionnaires	56(11,1%)
Autres*	6(1,2%)
Total	504(100%)

*Autres = ouvriers, manœuvres, bouchers etc.

Les ménagères ont prédominé avec 44,7% des personnes participantes à l'étude.

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

Sexe	Statut matrimonial			
	Célibataire	Marié(e)s	Divorcé(e)s	Total
Féminin	63 (50,8%)	278 (75,1%)	10 (100,0%)	351 (69,6%)
Masculin	61 (49,2%)	92 (24,28%)	0 (0%)	153 (30,4%)
Total	124 (100%)	370 (100%)	10 (100%)	504 (100%)

Khi II = 30,979

p=0,000

Le sexe féminin a prédominé quelque soit le statut matrimonial et 75,1% des participants mariés étaient des femmes.

Tableau XI : Répartition de la tranche d'âges des usagers en fonction du sexe.

Sexe	Tranches d'âges/années				
	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 et plus	Total
Féminin	90 (69,2%)	154 (72,6%)	88 (70,4%)	19 (51,4%)	351 (69,6%)
Masculin	40 (30,8%)	58 (27,4%)	37 (29,6%)	18 (48,6%)	153 (30,4%)
Total	130 (100,0%)	212 (100,0%)	125 (100,0%)	37 (100,0%)	504 (100%)

Khi II = 6,802

P = 0,079

La tranche d'âge la plus représentée chez les femmes a été [25-34ans] avec 72,4 % contre 48,6% chez les hommes pour les hommes de [45 et plus].

2- Fréquentation des centres de santé.

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

Usages	Fréquence
Fréquentation des centres de santé	390 (77,4%)
Non fréquentation des centres de santé	114 (22,6%)
Total	504(100%)

Parmi les 504 ménages, 390 ont fréquenté les centres de santé soit 77,4% contre 22,6%.

Tableau XIII : Répartition des usagers en fonction des centres de santé.

Structures sanitaires	Fréquentation des centres de santé
Commune V	168 (43,1%)
Commune VI	175 (44,9%)
Structures privées	47 (12%)
Total	390 (100%)

Le taux de fréquentation dans les centres de santé publique a été élevé par rapport aux structures sanitaires privées.

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

Sexe	Effectifs
Féminin	281 (72%)
Masculin	109 (18%)
Total	390 (100%)

Khi II = 4,731

P = 0,03

Les femmes ont prédominé largement dans l'utilisation des services de santé avec 72% contre seulement 18% pour les hommes.

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

Profession	Effectifs
Ménagères	181 (46,4%)
Sans emplois	93 (23,8%)
Elèves/Étudiants	71 (18,2%)
Fonctionnaires	39 (10%)
Autres	06 (1,6%)
Total	390 (100%)

*Autres = ouvriers, manœuvres, bouchers etc.

Khi II = 5,442

P = 0,245

Les ménagères avec 46,4 % ont été les plus fréquentes dans les centres de santé.

Tableau XVI: Répartition des usagers qui fréquentent les centres de santé en fonction des tranches d'âge.

Tranches d'âge /années	Effectifs
15-24 ans	106 (27,2%)
25-34 ans	161 (41,3%)
35-44 ans	94 (24,1%)
45 et plus	29 (7,1%)
Total	390 (100%)

Khi II = 1,538

P = 0,674

La tranche d'âge [25-34ans] a été celle qui fréquente le plus les centres de santé avec 41,3 %.

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

Usagers	Fréquence
Utilisation des pratiques non médicales	369 (73,2%)
Utilisation des pratiques médicales	135 (26,8%)
Total	504 (100%)

Parmi les 504 ménages, 369 ont eu recours à d'autres pratiques en dehors de la médecine moderne soit 73,2% contre 135 soit 26,8%.

Accueil, information et prise en charge des usagers : le cas des communes V et VI du district de Bamako(Mali)

Tableau XVIII : Répartition des méthodes alternatifs aux soins de santé en fonction de la réponse des usagers.

Réponses des usagers	Méthodes de recours			
	Marabouts	Guérisseurs	Personnes âgées	Médicaments de la rue
OUI	52 (10,3%)	418 (82,9%)	136 (27%)	127 (25,2%)
NON	452 (89,7%)	86 (17,1%)	368 (73%)	377 (74,4%)
TOTAL	504 (100%)	504 (100%)	504 (100%)	504 (100%)

Les guérisseurs avec 418 soit 82,9% ont constitué les principaux recours en dehors de la médecine moderne.

Tableau XIX : Raisons de la non fréquentation des centres de santé par les usagers.

Réponses des participants	Distance	Accueil	Prise en charge	Coût de la consultation	Coût du médicament
OUI	9 (7,9%)	112 (98,2%)	108 (94,7%)	40 (35,1%)	75 (65,8%)
NON	105 (92,1%)	2 (1,8%)	6 (5,3%)	74 (64,9%)	39 (34,2%)
Total	114 (100%)	114 (100%)	114 (100%)	114 (100%)	114 (100%)

L'accueil (98,2 %), la prise en charge (94,7%) et le coût du médicament ont été les facteurs essentiels de la non fréquentation des centres de santé.

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

Usagers	Fréquence
Directement après la maladie	92 (23,6%)
Après traitements traditionnels ou automédication	198 (50,8%)
Aggravation de la maladie	100 (25,6%)
Total	390 (100 %)

Après le début de la maladie, 50,8% des usagers ont eu recours à une automédication ou à un traitement traditionnel ; 25,6 % ont consulté dans un centre après aggravation de leurs maladies et 23,6% se sont rendus directement après la découverte de leurs maladies.

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

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

Période de la dernière consultation	Effectifs
Moins de 15 jours	73 (18,7%)
De 15-30 jours	204 (52,3%)
Plus de 30 jours	113 (29%)
Total	504 (100%)

La majorité des usagers a consulté pour la dernière fois entre [15-30 jours] soit 204 (52,3%).

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

Niveau de satisfaction de l'accueil	Effectifs
Très satisfaisants	108 (27,6%)
Assez satisfaisants	176 (45,2%)
Peu satisfaisants	106 (27,2%)
Total	390 (100%)

La grande majorité des usagers ont été satisfaits de l'accueil soit 72,7%.

Tableau XXIII: Répartition du niveau de satisfaction à l'accueil en fonction du sexe des usagers.

Sexe	Très satisfaisant	Assez satisfaisant	Peu satisfaisant	Total
Féminin	79 (73,1%)	122 (69,3%)	80 (75,4%)	281 (72%)
Masculin	29 (26,9%)	54 (30,7%)	26 (24,6%)	109 (28%)
Total	108 (100%)	176 (100%)	106 (100%)	390 (100%)

Khi II = 6,001

P = 0,112

Les femmes ont été les plus satisfaites sur les services offerts par les prestataires des soins que les hommes.

Tableau XXIV: Répartition du niveau de satisfaction de l'accueil en fonction de l'âge.

Tranche d'âge /année	Niveau de satisfaction			
	Très satisfaisant	Assez satisfaisant	Peu satisfaisant	Total
15-24 ans	28 (26%)	44 (25%)	34 (32,1%)	106 (27,2%)
25-34 ans	45 (41,6%)	72 (41%)	44 (41,5%)	161 (41,3%)
35-44 ans	29 (26,8%)	46 (26%)	19 (18%)	94 (24,1%)
45 et plus	06 (5,6%)	14 (8%)	09 (8,4%)	29 (7,4%)
TOTAL	108 (100%)	176 (100%)	106 (100%)	390 (100%)

Khi II = 6,208

P = 0,712

La satisfaction du niveau d'accueil a été évidente dans toutes les tranches d'âges.

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

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

Accès à l'information sur la santé	496 (98,4%)
Pas d'accès à l'information sur la santé	8 (1,6%)
Total	504 (100%)

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

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

Participants à l'étude	Moyens d'informations		
	Radio	Télévision	Réunions/Campagnes de sensibilisation
Accès à l'information liée à la santé	431 (85,5%)	472 (93,7%)	120 (23,8%)
Pas accès à l'information liée à la santé	73 (14,5%)	37 (6,3%)	384 (76,2%)
TOTAL	504 (100%)	504 (100%)	504 (100%)

La télévision a constitué le moyen d'information le plus utilisée avec 93,7% contre 85,5% pour la radio et 23,8% pour les réunions/campagne de vaccination.

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

Information sur l'état de santé	Effectifs
Satisfait	377 (96,6%)
Non satisfait	13 (3,4%)
Total	390 (100%)

Parmi les usagers qui ont consulté soit 390 ; 96,6% ont affirmé avoir reçu les informations sur leur état de santé, les produits prescrits, sur la conduite à tenir et l'issue de la maladie contre 3,4%.

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

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

Coût de la prestation	Effectifs
Coûteux	77 (19,7%)
Abordable	299 (76,6%)
Moins coûteux	14 (3,5%)
Total	390 (100%)

La quasi-totalité des personnes qui fréquentent les centres ont trouvé les prix abordables avec un taux de 76,6%.

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

Niveau de satisfaction de La prise en charge	Effectifs
Très satisfaisant	70 (17,9%)
Assez satisfaisant	213 (54,7%)
Peu satisfaisant	107 (27,4%)
Total	390 (100%)

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

IV- Les discussions

- Les limites de notre étude :

Au terme de notre étude transversale descriptive, qui s'est déroulée de juillet à novembre dans les communes V et VI du district de Bamako, nous avons questionné 504 ménages. Les difficultés rencontrées ont été pour la plupart liées à la réticence de certains ménages face aux questionnaires. Aussi, le manque d'instruction de la plupart de nos usagers a été un point saillant dans notre étude ainsi. En outre, le caractère subjectif des réponses a été un frein. Enfin notons, que les attitudes évoluent lentement dans la société malienne à vocation rurale traditionnelle.

- Caractéristiques sociodémographiques des usagers

Au total, nous avons interrogé 504 ménages dans huit zones d'études, dont 351 de sexe féminin soit 69,6% et 153 sont de sexe masculin soit 30,4% (Tableau III). Cette prédominance féminine reflète l'état même de la population du Mali en général et particulièrement celle de Bamako (DNSI, 2003) [15].

En ce qui concerne le statut matrimonial 75,1 % des femmes enquêtées étaient mariées contre 24,2% pour les hommes. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'en général dans nos sociétés, les jeunes filles se marient très tôt alors que les jeunes hommes restent longtemps célibataires (Tableau V).

Il s'est révélé par rapport au statut familial, que les mères représentent 57,1% (Tableau VII). Cet état de fait, confirme la place de la mère dans la gestion du malheur et de l'infortune dans la société malienne. Une étude menée au Mali, atteste que la femme intervient, pour sa propre santé, celle de ses enfants et

dans la prise en charge des dépenses de santé. (Traoré et al, 1992) [20].

Du point de vue profession, les ménagères ont été les plus sollicités dans notre études avec 44,7%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les enquêtes ont eu lieu dans la matinée alors que les travailleurs étaient absents de leurs maisons (Tableau IX).

- Utilisation des services des centres de santé

A la lumière de nos résultats, on observe que 390 personnes fréquentent les centres de santé sur les 504 soit 77,4% contre 114 (22,6%) (Tableau XII). Parmi les 390 personnes enquêtées, 88% affirment avoir reçu des soins dans une structure sanitaire publique contre seulement 12% dans une structure sanitaire privée (Tableau XIII). Cet état de fait est confirmé par l'étude de Mariko B qui a trouvé un taux d'utilisation plus élevé soit 90,2% [14].

- Utilisation des méthodes de traitements non médicaux

Parmi l'ensemble des participants à l'étude soit 504 ménages, 73,2% affirme avoir recours à des pratiques non médicales pour leurs traitements contre 26,8% (Tableau XVII). Aussi, il ressort de notre étude que le recours aux guérisseurs est la méthode la plus utilisée par la population avec un taux de 82,9% (Tableau XVIII). En effet, nous constatons 50,8% des usagers ne se sont rendus dans un centre de santé qu'à la suite d'une automédication ou un traitement traditionnel. De plus, seulement 23,6% des usagers ont consulté directement après l'apparition des premiers symptômes (Tableau XX). Cela dénote qu'une grande partie de la population préfère toujours la médecine traditionnelle, et les attitudes évoluent lentement dans

une société malienne à vocation rurale traditionnelle. Ainsi, la connaissance de la variété socio-culturelle est indispensable si l'on souhaite améliorer durablement les services de santé.

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

- Niveau d'appréciation de l'accueil

Nous observons que parmi les personnes qui fréquentent les centres de santé soit 390 personnes, seulement 106 personnes (27,2%) sont peu satisfaites de l'accueil contre 284 personnes soit 72,8% (Tableau XXII). Un des soucis des services de santé est d'offrir en plus des soins irréprochables, une concordance parfaite entre le volume des consultations, les structures d'accueil et l'équipe soignante permettant un accueil de qualité et une prise en charge rapide. Cet objectif semble difficile à atteindre compte tenu de l'afflux dans nos structures et du retard mis par les malades pour consulter un médecin. Ainsi les services sont très souvent l'objet de plaintes de la part des patients. Nos résultats ne diffèrent pas de façon significative de ceux trouvés en Côte d'Ivoire en 2002 par KOUADIO B.Y.O [12]. Dans l'étude de Kanta K, 73,7% des usagers du CSCOM ont été satisfaits par leur accueil [10].

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

Dans notre étude, 98,4% des participants à l'étude affirment avoir l'information liée à la santé contre 1,6% (Tableau XXV). Le moyen le plus utilisé reste la télévision avec 93,7% (Tableau XXVI). Ceci peut être considéré comme un indicateur d'espoir sur l'augmentation du taux l'utilisation des services de santé si les ménages suivent des émissions de sensibilisation, information, de

conseils sur les pathologies médicales ainsi que les mesures de prévention. Aussi, l'augmentation des diffusions des programmes de santé au niveau de l'office des radios et télévisions du Mali (ORTM) permettra d'atteindre les couches les plus défavorisées. Ceci peut avoir un impact sur le taux d'utilisation des services de santé.

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

Parmi les participants qui ont consulté soit 390 ; 96,6% affirment avoir reçu les informations sur leur état de santé, les produits prescrits, la conduite à tenir et l'issue de la maladie contre 2,6% (Tableau XXIV). Cela démontre que les usagers ont le souci d'avoir des informations sur leur état de santé et n'hésitent pas à demander des informations aux personnels soignants.

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

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

Nous remarquons que la quasi-totalité des ménages trouvent le coût des prestations de service abordables soit 76,6% (Tableau XXVIII). Ceci montre que les populations malgré leur modeste condition de vie fréquentent les centres de santé, ont confiance aux prestataires. Cet état est un facteur important à prendre en

compte car elle entraîne une hausse du taux d'utilisation des services de santé.

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

- Par rapport à la prise en charge des usagers

Le taux de satisfaction de la prise en charge reste élevé soit 54,7% (Tableau XXIX). Il dénote que nos structures sanitaires répondent aux besoins de notre population. Cette affirmation est renforcée par l'étude de Modeste en 2008 qui trouve un taux de satisfaction de la prise en charge de 89,8% à Missira [23].

V – CONCLUSION

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

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

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

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

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

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

VI-Recommandations

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

Au plan opérationnel

A l'endroit des autorités sanitaires et partenaires financiers :

- Améliorer le taux de scolarisation de la population ;
- Appuyer la création d'une mutuelle de santé pour améliorer l'utilisation des services de santé ;
- Améliorer les qualités de l'offre de soin ;
- Lutter contre la pauvreté ;
- Equiper les centres de santé communautaire et les centres de santé de référence ;
- Construire un bloc de maternité à part pour renforcer la qualité de l'offre de soins dans un contexte de confidentialité plus affirmé au niveau des CSCOM ;
- Recycler le personnel de santé à travers la formation continue et la formation en gestion administrative et financière.

A l'endroit du personnel de santé :

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

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

A l'endroit des responsables des centres de santé de la commune V et VI

- Améliorer les conditions de travail du personnel de santé.
- Organiser des tournées de sensibilisation dans l'ensemble des quartiers de la commune V et VI du district de Bamako afin d'améliorer la fréquentation des centres de santé.
- Améliorer la performance technique des agents de santé à travers des séances de formation au sein des centres de santé.

A l'endroit des usagers

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

Au plan de la recherche

- Approfondir la réflexion sur le sujet à travers des sujets de recherches sur certaines questions clés telles que :
- Approfondir la réflexion sur le sujet à travers des sujets de recherches sur certaines questions telles que :

- Les déterminants de la sous fréquentation ayant une implication dans la qualité des soins.
- Les principaux déterminants de la qualité technique des soins au niveau des formations sanitaires nationales.

Références bibliographiques

- 1- **AG IKNANE A, KADJOKE M, KANTE N et AL**, Comprendre l'impact de la décentralisation sur les services de la santé de la reproduction en Afrique : le cas du Mali, Analyse documentaire, UE, ASACOB/INRSP, 2003, p 24 ; 118p.
- 2- **AUDIBERT M, E ROODENEKE, A PAVY-LETOURMY, J MATHONNAT** : Utilisation des services de santé en Afrique: L'approche communautaire en termes d'offre de soins est –elle une réponse, communication présentée au développement durable et santé dans les pays du sud, Lyon ; Décembre 2004.
- 3- **AUDIBERT M, ROODENBEKE E**, Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali, analyse de situation et perspectives, Région d'Afrique, département du développement humain, avril 2005.
- 4- **Direction national de la statistique et de l'informatique (DNSI)** : Février 2003-Recensement général de la population et de l'habitat au Mali – Tome 6 – Perspectives de la population résidente du Mali (1999-2024).
- 5- **EL-MOCTAR Mohamed** : Logique de production et utilisation des services de santé en milieu nomade au Mali : cas de la commune de Ber (Tombouctou). Thèse de médecine Bamako, FMPOS , 2006, 147 p Mali.
- 6- **FOURNIER P, HADDAD S**, Dimension de la qualité de services de santé en Afrique au Sud du Sahara, in Brunet-Jailley, J(ed), Innover dans les systèmes de santé : Expérience d'Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala, 1997, 275-278 ; 435p.
- 7- **GRUENAI M-E**, Communautés et Etat dans les systèmes de santé en Afrique, in Bernard Hours (dir.) ; système et politique de santé .De la santé publique à l'anthropologie, Karthala /Médecine du monde, Paris 2001, 67-85.
- 8- **HUREIKI, JOHNSON**, La pensée touarègue ou sens de l'équilibre,les médecins touarègues traditionnelles. Approche ethnographique, Karthala, 1999, 33-138.

- 9- **KANTA K** : Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de Segué (cercle de Kolokani), thèse méd, Bamako, FMPOS, 2007, 154p.
- 10- **KANTE N, SOUMARE N'diaye, Niangalia** : Qualité des soins dans les centres de santé communautaire de la région de Koulikoro (république du Mali) ; INRSP, mai 1997, 6 p.
- 11- **KOUADIO B.Y.O** : Les sentiments des parents en consultation de chirurgie pédiatrique. Thèse med Abidjan 2004 ; n° 3727 ; 116 p.
- 12- **Marc AUGÉ, Claudine HERLICH** (dir.), Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie, Ed des Archives Contemporaines, Paris, 1991, 36-37
- 13- **Marc Claude van den BOSSCHE**, « Corps sexué-différence sexuelle », dans *Approches du corps*, session interdisciplinaire, ICT, Toulouse, 1996, Ronéo, p 58-59.
- 14- **MARIKO B** : Evaluation de l'association de santé communautaire de Daoudabougou, Thèse méd, Bamako FMPOS, 2005, 65p.
- 15- **MASMAR, W.KHOURY, H NASSIF**, Décembre 2003, Etude sur les caractéristiques de la population libanaise ne bénéficiant d'aucune couverture médicale, université Saint Joseph, Institut de gestion de la santé et de la protection sociale, Rapport, Liban.
- 16- **MASSE R**, La santé publique comme projet politique et projet individuel, in Bernard Hours(dir.) ; système et politique de santé .De la santé publique à l'anthropologie, Karthala /Médecine du monde, Paris 2001, pp.41-64.
- 17- **Mohamed MEHTOUL**, acteurs sociaux face à la santé publique, Médecins, Etat et usagers (Algérie), 2002, 89p.

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

Questionnaire des ménages

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

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

3. Lieu de l'enquête / _____ /

Evaluer la fréquence d'utilisation des services de santé

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

5. Si non, pour quelle raison ? / ___ / 1 = distance ; 2 = accueil ; 3 = prise en charge ;
4 = coût de la consultation ; 5 = coût des médicaments ;
6 = autres(à préciser)

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

7. Quand est-ce que vous partez au centre de santé ? / ___ /
a. Directement après la découverte de la maladie ;
b. Après avoir essayé tous les traitements traditionnels ;
c. Lorsque la maladie s'aggrave ;
d. Autres (à préciser).....
e.

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

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

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

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

12. Si oui, lesquelles? / ___ / 1=Le marabout; 2=Le guérisseur ; 3=Les personnes âgées
4 = autres (à préciser).

13. Quel moyen de déplacement utilisez-vous pour aller au centre ? / ___ / 1 = bicyclette ;
2 = moto ; 3 = automobiles ; 4 = autres (à préciser)

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

17. Si oui, par quels moyens ? / ___ / 1 = radio ; 2 = télévision journaux ; 3 = réunions ;
4 = autres (à préciser).....

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

Accueil, information et prise en charge des usagers : le cas des communes V et VI du district de Bamako(Mali)

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

19. A quand remonte votre dernière consultation dans le centre de santé ? /___/
1=moins de 15 jours, 2= 15 à 30jours, plus de 30jours.
20. Quel a été le motif de votre consultation ?.....
21. Avez-vous pris des médicaments avant de vous rendre au centre de santé ? /___/ 1 = oui ;
2 = non.
22. Si oui, quelle est la nature de ces médicaments ?/___/ 1=pharmaceutiques, 2 = traditionnels,
3 = chinois, 4 = autres (à préciser)
23. Avez-vous été satisfait(e) s de l'accueil reçu ? /___/ 1= très satisfaisant ; 2 = assez satisfaisant ;
3 = peu satisfaisant ; 4 = pas du tout satisfaisant.
24. L'agent de santé qui vous a reçu, vous a-t-il suffisamment prêté attention ? /___/ 1 = Beaucoup ;
2 = Moyennement ; 3 = Pas du tout ; 4 = NSP.
25. Les locaux sont-ils agréables ? /___/ 1 = Beaucoup ; 2 = Moyennement ; 3 = Pas du tout ;
4 = NSP.
26. Avez-vous identifié les fonctions des personnes travaillant dans le centre? /___/ 1=Oui ; 2=Non.
27. Si oui, lesquelles /___/ 1=Interne ; 2=Médecin ; 3 =Infirmier ; 4=Sage-femme, 5=Aide soignant ;
6 = Autres (à préciser)

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

28. L'agent de santé s'est-il présenté à vous avant le début de la consultation ? /___/ 1=Oui ; 2=Non.
29. Que pensez-vous de votre consultation ? /___/ 1 = très satisfaisant ; 2 = assez satisfaisant ;
3 = peu satisfaisant ; 4 = pas du tout satisfaisant.
30. Quelle a été la conduite à tenir de l'agent de santé après votre consultation ? /___/
1 = traitement ambulatoire ; 2 = une observation ; 3 = hospitalisation ;
4 = envoyer vers un spécialiste ; 4 = examens complémentaires.
31. Avez-vous reçu(e) s une ordonnance ? /___/ 1 = oui ; 2 = non.
32. Avez-vous reçu (e) s les informations sur tous les produits inscrits sur votre ordonnance ? /___/
1 = oui ; 2 = non.
33. Où est ce que vous comptez acheter vos médicaments ? /___/ 1 = dans une pharmacie privée
2 = à la pharmacie du centre de santé ;
3 = avec les vendeurs ambulants de médicaments.
34. Avez vous reçu(e) s des informations sans pour autant être obligé(e) de les demander sur
votre état de santé ? /___/ 1 = oui ; 2 = non ; 3 = NSP.
35. Si oui, lesquelles ? /___/ 1 = votre traitement ; 2 = votre maladie ; 3 = vos soins ;
4 = les examens complémentaires à réaliser.

36. Avez-vous obtenu(e) s un rendez-vous pour le contrôle ? /___/ 1 = oui ; 2 = non.
37. Etes-vous retourné(e) s pour consultation de contrôle ? /___/ 1 = oui ; 2 = non.
38. Qu'avez-vous pensez de la durée entre la première consultation et la consultation de contrôle ? /___/ 1 = très longue ; 2 = longue ; 3 = raisonnable ; 4 = courte.
39. Le personnel du service a t-il été aimable ? /___/ 1 = oui ; 2 = non ; 3 = NSP.
40. Que pensez-vous du prix des prestations du centre de santé ? /___/ 1 = très coûteux; 2 = abordable ; 3= moins coûteux.
41. Que pensez-vous des précautions prises par le personnel pour respecter votre intimité ? /___/ 1 = très satisfaisant ; 2 = assez satisfaisant ; 3 = peu satisfaisant ; 4 = pas du tout satisfaisant.
42. Avez-vous été satisfait(e) s de votre prise en charge ? /___/ 1=très satisfaisant ; 2=assez satisfaisant ; 3 = peu satisfaisant ; 4 = pas du tout satisfaisant.
43. Quelle est votre opinion générale sur votre séjour au centre de santé ? /___/ 1 = très satisfaisant ; 2 = assez satisfaisant ; 3 = peu satisfaisant ; 4 = pas du tout satisfaisant.

Caractéristiques sociodémographiques

44. Âge: /_____/ 45. Sexe : /_____/ 46. Profession : /_____/
47. Statut matrimonial: /___/ 1 = célibataire ; 2 = fiancé (e) ; 3 = marié(e) ; 4 = divorcé(e) 5 = veuf (ve).
48. Statut de l'interviewé dans la famille
49. Résidence: /_____/ 50. Distance/CS /_____/

C'est la fin de l'entretien, je vous remercie pour votre participation.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DIAKITE

Prénom: Almoustapha Lamine

Téléphone : (00223) 76-05-63-66

E-mail : diackit2002@yahoo.fr

Titre : Accueil, information et prise en charge du patient : le cas des communes V et VI.

Année universitaire : 2008-2009

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

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

Secteur d'intérêt : Médecine et Ethique

Résumé : Il s'agit d'une transversale descriptive qui s'est déroulée de juillet à novembre 2008 au sein des communes V et VI du district de Bamako. Cette étude a porté sur l'accueil, l'information et la prise en charge des usagers. Elle a eu pour objectifs spécifiques :

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

La taille de notre échantillon a été de 504 ménages.

A la lumière de nos résultats, on observe que le sexe féminin a prédominé notre étude avec 69,6%.Le taux de fréquentation des centres de santé a été de 77,4%. Les structures publiques ont enregistré un taux de fréquentation supérieure à celui des structures privées avec respectivement 88% et 12%.

Notre étude révèle que 50,8% des usagers ne se sont rendus au centre de santé qu'à la suite d'une automédication ou traitement traditionnel à domicile.

Par rapport au niveau d'appréciation de l'accueil, 72,8% des usagers ont affirmé avoir été satisfaits.

Au niveau de l'information, 98,4% des usagers ont affirmé avoir l'information liée à la santé. De plus, 96,6% des usagers en consultation affirment avoir reçu les informations sur leurs états de santé, les produits prescrits, sur la conduite à tenir.

Enfin, les usagers dans la majorité ont été satisfaits de leur prise en charge avec 54,7%.

Mots clés : Accueil, information et prise en charge

Sheet signalitiques

Name: DIAKITE

First Name: Almoustapha lamine

Telephone: (00223) 76-05-63-66

Academic year: 2008-2009

E-mail: diackit2002@yahoo.fr

Country of origin : Mali

Town defense: reception, information and support for users the case of common V and VI of Bamako district.

Place of filing: Library of the faculty of medicine, pharmacy and odonto-stomatology of Mali

Area of interest: Medicine and ethics

Summary : This is a descriptive cross which ran from July to November 2008 in the common V and VI of the district of Bamako. This study focused on the reception, information and support for users. It has specific objectives:

- 1- assess the level of host
- 2- determine the level of information,
- 3- determine the level of satisfaction of users of health

services.

The size of our sample was 504 households.

In light of our results, we observe that females predominated our study of 69.6%. The rate of health centers was 77.4%. The public showed a participation rate greater than that of private structures with respectively 88% and 12%.

Our study reveals that 50.8% of users have not visited the clinic only after a self-medication or traditional treatment at home.

Compared to the level of appreciation of the home, 72.8% of users said that they were satisfied.

In terms of information, 98.4% of users claimed to have information related to health. In addition, 96.6% of users in consultation said they received information about their health conditions, products prescribed, how to behave.

Finally, users in the majority were satisfied with their care with 54.7%.

Serment D'Hippocrate

En présence des Maîtres de la Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate ; je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires,

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

Je le jure !