

-----0-----



UNIVERSITE DE BAMAKO

-----0-----

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

## THESE DE MEDECINE

N° .....

Année académique : 2009-2010

# Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCCom de Baco Djicoroni

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de médecine, de pharmacie et  
d'odontostomatologie, le 05 / 11 / 2009

Par Monsieur

**ADAM BABA-BODY Abdel Amar Hudwahn**

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

**Jury:**

**PRESIDENT:** Pr saharé FONGORO

**MEMBRE:** Dr Mahamane Mahamoudou MAIGA

**C0-DIRECTEUR :** Dr Boukassim MAIGA

**DIRECTEUR :** Pr Samba DIOP

# *Dédicaces*

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako :  
cas du CCom de Baco Djicoroni*

---

## **Dédicaces**

### **A Allah,**

Le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux. Je me prosterne devant ta Grandeur pour te remercier de m'avoir comblé de ta grâce et de m'avoir assisté tout au long de ce voyage dans le jardin du savoir. J'implore ta bénédiction et que ta lumière guide mes pas. Amîn.

### **A mon très cher Papa,**

Tu n'as ménagé aucun effort, aucun sacrifice pour que je bénéficie de la meilleure éducation que tu puisses m'offrir. Tu me disais souvent, Dieu est grand et que seule son heure est la meilleure. Permits- moi de couler une larme de bonheur pour te dire merci pour tes prières et ton soutien et sache que tu es pour moi le meilleur des pères. Ton Docteur est enfin là. Qu'Allah t'accorde santé et longévité et te comble de sa grâce et de sa miséricorde. Je t'adore.

### **A ma très chère Maman,**

La reine des reines, la fleur qui ne se fane jamais. Toi que nul être sur terre ne peut remplacer, ni égaler ; Toi qui as versé ton sang sur moi au prix de ta vie car en acceptant de me donner la vie, Tu as mis la tienne en péril. Ton acte est d'une grande noblesse qu'aujourd'hui encore, je dis merci à Allah pour cet honneur que ce soit par Toi que je sois venu au monde. Accepte ce diplôme qui n'est que le modeste prix de toutes ces années d'abnégations soutenues. Puisse ce jour être pour toi non seulement une occasion de réjouissance, de fierté mais aussi le témoignage de toute mon affection et de mon attachement profond. Les mots ne suffiront jamais pour te remercier. J'espère que tu accepteras que ce ne soit pas grave. Qu'Allah te bénisse, te protège, te comble de sa bonté et te garde encore longtemps pour nous. Merci pour tes prières. Je t'embrasse très fort.

**A mes chers frères Abdel Fikar Fahuzi, Ben Malick, Abdel Moudjib et leurs familles,**

C'est drôle que le temps passe vite. Avec vous, j'ai appris à me responsabiliser et devenir prématurément un homme. Merci infiniment pour votre soutien indéfectible et votre amour inconditionnel. Qu'Allah nous unisse encore plus et me permette de vous rendre plus heureux encore comme vous l'avez fait avec moi.

Merci spécial à Nathalie et Florence.

**A mes chères sœurs Amina, Hibourath, Sikirath, Yasmine, Tamsirath et leurs familles,**

Mes princesses, je n'ai pas de mots assez forts pour vous témoigner ma gratitude et ma reconnaissance pour tous les efforts que vous n'avez cessé de consentir pour que j'en sois là aujourd'hui. Vous avez été tout pour moi. Merci pour votre soutien, votre affection et votre confiance incommensurables. Permettez- moi d'implorer Allah afin qu'il vous comble de sa grâce, rende vos jours meilleurs et nous donne longue vie afin que je sois toujours présent quand vous aurez besoin de moi. Sois-en infiniment remerciées. Puissiez-vous trouver dans ce travail toute la satisfaction attendue. Je vous aime.

Merci spécial à Ousmane, Moussa, Farouk.

**A mon Oncle Razack et sa famille,**

Mon oncle adoré, merci pour tous les encouragements et conseils prodigués. A travers toi, j'ai retrouvé la force et le courage de croire. Puisse Allah exaucer tes vœux et te combler de sa grâce. Merci Tonton.

**A mon Oncle Zakari et sa famille,**

Les temps ont été durs mais les moments les plus importants sont les meilleurs souvenirs. Tu as toujours répondu à mes sollicitations aux moments opportuns. Merci infiniment. Qu'Allah te bénisse et te comble de sa grâce. Merci Oncle.

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCom de Baco Djicoroni*

---

**A ma cousine « Tanti Bawé » et sa famille,**

Tu as été là au début et par la grâce de Dieu, tu es encore présente pour remercier Allah qui a béni nos efforts. Merci infiniment pour tout ce que tu as fait pour moi. Je ne pourrai peut être jamais te rendre pareil raison pour laquelle je sollicite Allah afin qu'il te comble de sa bonté, sa miséricorde et sa grâce. Merci encore.

**A ma tante Roubatou et sa famille,**

Mami, ton affection m'a beaucoup manqué. Je me contente de ta voix si douce, réconfortante et bénie pour me ressourcer et aller encore de l'avant. Je ne saurai jamais assez te remercier pour toutes tes prières. Ce diplôme est pour toi Mami et qu'Allah te garde encore longtemps pour moi, pour nous. Tu me manques.

# *Remerciements*

## **Remerciements**

### **A l'association des élèves étudiants et stagiaires béninois au Mali (AEESBM)**

La vie associative à vos côtés a été une expérience enrichissante. Jamais je ne me suis senti en dehors du Bénin. Veuillez perpétuer cette fraternité et cette union, afin que où que nous soyons, l'amour et le bien-être de l'autre soient dans notre esprit.

### **A la famille ZOMAHOUN,**

C'est grâce à vous que je suis à Bamako. Vous m'avez accueilli tel votre fils et vous m'avez accordé votre soutien de tous ordres. Merci infiniment. Que le Seigneur vous comble de ses bienfaits.

### **A la famille AKPA,**

Vous êtes ma deuxième famille à Bamako. Avec vous c'était pareil d'être au Bénin comme au Mali pour moi. Qu'Allah nous unisse davantage et vous gratifie de ses bienfaits. Mes sincères remerciements.

### **A Mesdames TOURE et SYLLA et leurs familles,**

Avec vous, la famille africaine, source d'amour, de fraternité et de solidarité a tout son sens. J'aurais été fier de porter votre nom. Merci infiniment pour vos encouragements et pour tout votre soutien.

### **A Monsieur Omar DICKO et sa famille,**

J'ai été séduit par votre abord facile et votre grandeur d'âme. Je suis si fier de vous avoir rencontré que je ne saurais vous remercier à votre juste valeur. Que le Tout puissant vous accorde la santé, la longévité et vous comble de sa grâce. Merci infiniment.

**Aux Docteurs Wilfried ASSOGBA et Laurel ZOMAHOUN « Willi et Lolo »,**

On ne choisit pas ses amis dit-on. Mais si j'avais eu le choix, sachez que vous auriez été les premiers. On a partagé ensemble les joies, les pleurs, la galère, le stress, bref les meilleurs moments de notre vie estudiantine. Que Dieu vous aide à atteindre vos objectifs respectifs et qu'il consolide cette amitié si précieuse qui nous lie.

**A Prince Wakil et Hadiza ASSOGBA, Mohamed IPPET,**

On s'est connu en tant que de simples amis mais par la grâce d'Allah, on est aujourd'hui des frères. Puisse le seigneur exaucer vos vœux et nous unir plus encore. Merci pour tout.

**A Mr ATTIOGBE Jonathan et Mr Richard DEHOUMON,**

Merci pour votre soutien et pour tout ce que vous avez fait pour moi. Je vous en suis reconnaissant. Encore merci...

**A Yasmine CHANOU et sa famille,**

La vie nous réserve des surprises et c'est justement ses mystères qui font tout son charme. Tu es la plus belle d'entre elles. J'ai puisé ma force dans ta sérénité, mon réconfort dans ton amour et ma foi dans ta crainte de Dieu. Tu as toujours été là même quand je n'ai pas eu besoin de toi. Merci pour tout. Qu'Allah t'assiste tout au long de tes études et que sa lumière guide tes pas. Puisse ses bienfaits vous parvenir aujourd'hui et pour toujours.

**A Fiacre AGONHOSSOU, Hamid FAGBEMI, Nadine MONHOUANOU,  
Anifath AKADIRI, Colombe TONADJI,**

On s'est connu dans la joie, on a mûri dans la souffrance et par la grâce de Dieu, on a survécu. Alors que le Tout Puissant guide vos pas afin vous finissiez vite et bien. Merci pour votre soutien.



**A Taibou DIALLO, Halimatou DIALLO, Mireille DIAKE,**

J'ai eu le privilège de faire votre connaissance et je remercie Dieu de m'avoir fait cet honneur car depuis, je sais que j'ai des amies sur qui je peux compter en toute circonstance. Merci pour votre soutien et que Dieu nous unisse davantage.

**A Fatoumata « maman », Fatoumata « mami », Oumou, Amina, Hawa, Halimatou et à toute la famille BARRY,**

Vous avez été mon oreille quand j'ai eu besoin d'être écouté et vous étiez présentes quand j'ai eu besoin d'affection et de chaleur familiale. Merci pour votre soutien et qu'Allah vous assiste dans vos projets et vous garde sous sa protection. Je vous aime.

**A mes promotionnaires,**

Mathieu GANDONOU, Patrice HOUNDJE, Muriel MEHOBBA, Aziz AKPA, Jihane ADEBO, Géraud AMOUSSOU, Charmance GUEDENON, Irisse, Christel AKONDE, José ASSOGBA, Mohamed Lamine TOURE, Kader MAIGA, Moudasco, Berthe, Francis, Armand, Guy, Blaise, Herman, Arthur, Palma, Sonia, Alexis, William... Merci pour toutes ces années passées ensemble et pour votre soutien tout au long de mon cursus.

**A mes cadets de l'AEESBM**

Hervé, Hérodote, Serge, Juste, Stéphanie, Karel, Mohammed, Sinaps, Léonel, Marilynne, Esther, Nelly, Christelle, Ziyadath..... La vie à vos côtés n'a été que joie et plaisir. Bonne chance et du courage pour la suite.

**A mes aînés**

SOUDE Arnaud, Achille YABI, DOSSOU-SOIGNON Herman, BABIO Wahid, HOUNDJAHOUÉ Franck, Laïfoya, Roland AGUIDI, KADJA Aurora, COOVI Lisette, ZOUNON Raymonde, ZOMAHOUN Carène, Flore, Aïcha, ASSOGBA Maurice, MAVOHA Achille..., merci de m'avoir si bien accueilli à Bamako et d'avoir faciliter mon intégration.

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCOM de Baco Djicoroni*

---

**A mes amis Ingénieurs et futurs Ingénieurs,**

Rodrigue TOSSA, Rodrigue AMOUSSOU, Ange, Avit, Ismaël, Nadine, Phrodi, Yannick, M'baye, Ménard, Akim, Romuald et Carmel, merci pour votre amitié et pour votre soutien.

**A mes neveux et nièces,**

Rayane, Yanisse, Moukit, Yesdane, Mouhssine, Fariss, Nambyl, Amirath, Haznath, Kenza, Rayane Akorédé.

**A mes cousins et cousines,**

Tadjou Dine, Chams Dine, Mahmoud, Salim, Faïssolath, Choukourath, Djinadou, Kaliath, Is dine, Ismath, Kassirath, Gafar, Raliath, Moubarack, Radjab, et Kohir IBRAHIM, Moubarack BABABODY...

**A ma grande mère, mes Oncles et Tantes**

**A mes amis(es),**

Idriss et sa famille, Serpos DOSSOU, Atika MAMA, Jeanne- Marie, Félicienne, Christian SOMAKPO, Eric, Abbé Pyrrus, Ganiou ALAO, Carole et Caroline TOSSA, Moufidath, Rokiath, Gérard, Kolawolé, Anicet, Marcus, Stéphanie, Omar, Moustapha (Buffon), Amirath, Safiou, Amoros, Lucesse DJOSSOU, Ebenezer, Broda, Sébastien, Linda AMOUSSOUGA, Croisile, Sylvie, Virginie, Salé...

**Aux familles TOSSA, FAGBEMI, AGONHOSSOU, HOUNGNIMY, AKIMEY, GOMINA, ALE**

**A la Confédération des Etudiants Africains au Mali « CONEAM »**

Sala, Daniel, Martial, Epiphane, Eken, Will, Mathieu, Souleymane, Kémi, Rachid, Kader, Aïna, Bella, Fousséini, Roch

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCOM de Baco Djicoroni*

---

**A toute ma promotion**

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

**A tous les étudiants de la F.M.P.O.S.**

**A l'Ecole de Médecine de Parakou**

**Au Bénin ma chère patrie**

**Au Mali notre pays hôte**

**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.**

# HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

## Aux honorables membres du Jury

**A notre maître et président du jury :**

**Professeur Saharé FONGORO**

**-Maître de conférence en Néphrologie,**

**-Praticien et chef de service de néphrologie et d'hémodialyse au C.H.U du Point G,**

**-Enseignant titulaire de néphrologie à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.**

**-Chevalier de l'ordre de mérite de la santé.**

Cher maître,

C'est un grand plaisir et un honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Nous avons été profondément marqués par votre modestie, votre simplicité, votre générosité, votre disponibilité et votre sollicitude.

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

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

**A notre maître et juge le docteur Mahamane Mahamoudou MAIGA,**

**- Directeur du CSCOM de Bankoni**

**-Diplômé d'échographie de l'université de Montpellier (France).**

**- Formateur pour handicap international, médecin sans frontière et médecin du monde.**

**- Représentant de la fondation pour le développement médicale continu Québec Mali.**

**-Professeur d'enseignement clinique de la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'université de SHERBROOKE (Canada).**

Cher maître,

Nous sommes très flattés de vous compter parmi les membres de ce jury.

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

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

**A notre maître et Directeur de thèse le professeur Samba DIOP,**

**-Maître de conférence en anthropologie médicale.**

**-Enseignant-chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique publique/ sociale à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.**

**-Responsable de la section sciences humaines, sociales et éthiques du SEREFO- Centre VIH-TB FMPOS et NAID.**

**-Membre du comité d'éthique de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.**

Cher maître,

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

Formateur émérite, votre générosité, votre modestie, votre rigueur et votre désir permanent de perfectionnement dans tout travail scientifique font de vous un maître exemplaire et reconnu de tous.

Nous avons eu la chance d'être un de vos élèves et soyez en rassuré que nous nous servirons, toute notre vie, des méthodes de travail que vous nous avez inculquées.

Soyez assuré ici de notre sincère reconnaissance.

**A notre maître et co-directeur le docteur Boukassim MAIGA,**

- Médecin-chef du CSCom de Baco Djicoroni,**
- Diplômé en gestion supérieure des programmes de santé communautaire orientés vers la lutte contre le VIH/SIDA (DSGSC),**
- Maître associé de médecine de famille. Université de Sherbrooke. CANADA.**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant d'apporter votre savoir faire à l'élaboration de ce travail.

Nous avons été profondément marqués par votre abord facile, votre générosité, votre disponibilité, votre sollicitude et votre sens du travail bien fait.

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

Veillez trouver ici le témoignage de notre infinie gratitude.



## SOMMAIRE

### INTRODUCTION ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Introduction : .....	23
Cadre théorique : .....	27
But.....	30
Hypothèse : .....	30
Objectifs : .....	31

### CADRE CONCEPTUEL

<b>I- Revue de littérature.....</b>	<b>33</b>
1.1. Déterminants de l'utilisation des services de santé dans les pays en voie de développement :.....	33
1.2 Modèle d'utilisation des services de santé : .....	35
1.3. Déterminants liés à la qualité des soins : .....	38
<b>II- Généralités sur le Mali :.....</b>	<b>42</b>
2.1 Situation administrative et socio démographique : .....	42
2.2. Situation sanitaire : .....	46
2.2.1. Historique : .....	46
2.2.2. Organisation de la gestion des soins : .....	47
2.2.3. Indicateurs de santé : .....	49
2.3. Historique de la santé communautaire : .....	51
2.4. Rappel sur les associations de santé communautaire.....	53
2.4.1. Quelques définitions.....	53
2.4.2. Structure et organe de gestion de la santé communautaire.....	54
2.4.3. Processus de mise en place du centre de santé communautaire.....	57

## **DEMARCHE METHODOLOGIQUE**

1- Cadre et lieu d'étude : .....	60
2- Type et période d'étude : .....	61
3- Echantillonnage : .....	62
4- Population d'étude : .....	62
5- Critères de recrutement des cas : .....	62
6- Collecte, stockage, saisie et analyse des données : .....	62
7- Considérations éthiques : .....	63
<b>RESULTATS</b> :.....	64
<b>COMMENTAIRES ET DISCUSSION</b> : .....	79
<b>CONCLUSION</b> : .....	86
<b>RECOMMANDATIONS</b> : .....	88
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> : .....	91
<b>ANNEXES</b> : .....	96

## Liste des abréviations

<b>ASACO</b>	: Association de santé communautaire
<b>ASACOBA</b>	: Association de santé communautaire de Banconi
<b>CAM</b>	: Convention d'assistance mutuelle
<b>CSA</b>	: Centre de santé d'arrondissement
<b>CSAR</b>	: Centre de santé d'arrondissement revitalisé
<b>CSCom</b>	: Centre de santé communautaire
<b>CPN</b>	: Consultation prénatale
<b>CSRef</b>	: Centre de santé de référence
<b>DSFC</b>	: Division santé familiale et communautaire
<b>EDS</b>	: Enquête démographique et de santé
<b>IB</b>	: Initiative de Bamako
<b>IGM</b>	: Institut géographique du Mali
<b>INRSP</b>	: Institut national de recherche en santé publique
<b>Km</b>	: Kilomètre
<b>KBK</b>	: Cercle de Kéniéba, Bafoulabé, Kita
<b>MS</b>	: Ministère de la santé
<b>NSP</b>	: Ne sait pas
<b>OMS</b>	: Organisation mondiale de la santé
<b>ONG</b>	: Organisation non gouvernementale
<b>PDDSS</b>	: Plan décennal de développement socio-sanitaire
<b>PMA</b>	: Paquet minimum d'activités
<b>PRODESS</b>	: Programme de développement socio-sanitaire
<b>PSPHR</b>	: Projet santé population et hydraulique rural
<b>RGPH</b>	: Recensement général de la population et de l'habitat

## **LISTE DES SCHEMAS ET TABLEAUX**

**SCHÉMA I :** Cadre conceptuel du système de soin d'après le modèle de POOL ET CARLTON (1986).

**SCHEMA II :** Carte administrative du MALI – Régions et cercles

**SCHÉMA III :** Modalités de mise en place des structures de gestion de l'ASACO (*D'après AG IKNANE A., CAMARA I, Module de formation des ASACO/CSCOMs, Plan-Mali, Dec 2003*)

**Tableau I :** Attributs et dimensions de la qualité des soins

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

**Tableau III :** Répartition de la population par région et par sexe en 1998 :

**Tableau IV :** Évolution de la population malienne en millier d'habitants

**Tableau V :** Ratio de couverture en personnel de santé selon la qualification malienne en 2001

**Tableau VI :** Tarification actuellement en vigueur au CSCom de Baco Djicoroni

**Tableau VII :** Répartition des ménages en fonction de leur composition

**Tableau VIII :** Répartition des chefs de ménage selon leur âge

**Tableau IX:** Répartition des femmes en âge de procréer selon leur âge

**Tableau X:** Répartition des chefs de ménages selon la profession

**Tableau XI :** Répartition des femmes en âge de procréer selon la profession

**Tableau XII :** Répartition des ménages selon la fréquentation du CSCom

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCom de Baco Djicoroni*

---

**Tableau XIII:** Répartition des ménages selon les motifs de consultation

**Tableau XIV :** Répartition des ménages selon les services de santé qu'ils utilisent en particulier

**Tableau XV :** Répartition des ménages selon leurs opinions par rapport au site du CSCoM

**Tableau XVI :** Répartition des ménages selon leurs opinions sur l'état des locaux

**Tableau XVII :** Répartition des ménages selon leurs opinions par rapport à la durée de l'attente

**Tableau XVIII :** Répartition des ménages selon leurs opinions par rapport à la salle d'attente

**Tableau XIX:** Répartition des ménages selon leurs opinions par rapport à la qualité de l'accueil

**Tableau XX :** Répartition des ménages selon leurs opinions par rapport à la qualité de la consultation

**Tableau XXI :** Répartition des ménages selon leurs opinions par rapport à la disponibilité du personnel

**Tableau XXII:** Répartition des ménages selon leurs opinions par rapport au coût des prestations

**Tableau XXIII :** Répartition des ménages par rapport à l'achat des médicaments

**Tableau XXIV :** Raisons avancées par les ménages n'ayant pas honoré les prescriptions médicamenteuses

**Tableau XXV :** Répartition des ménages selon leurs opinions par rapport à l'efficacité des médicaments prescrits

**Tableau XXVI :** Répartition des femmes enquêtées selon la réalisation des CPN lors de la grossesse

**Tableau XXVII :** Répartition des femmes enquêtées selon le lieu d'accouchement

**Tableau XXVIII:** Répartition des femmes par rapport à l'accueil des sages-femmes en fonction des services de santé utilisés

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCoM de Baco Djicoroni*

---

**Tableau XXIX:** Vaccination des nouveaux nés

**Tableau XXX :** Répartition des ménages selon leur satisfaction en fonction du service offert

**Tableau XXXI :** Répartition des prestataires par rapport à leur opinion sur des infrastructures disponibles

**Tableau XXXII :** Opinion des prestataires par rapport à leur besoin de formation continue

# *Introduction et justification de l'étude*

## **Introduction**

L'accessibilité des populations les plus démunies aux soins de santé primaires demeure une préoccupation au cœur des politiques de santé dans les pays à faible revenu. Depuis 1987, les pays d'Afrique au sud du Sahara se sont engagés avec détermination dans des réformes visant à améliorer l'accès aux soins de santé primaires, la qualité des soins et l'adhésion communautaire [5]. Cette redynamisation des soins de santé primaires lancée en **1987** en Afrique et appelée « **Initiative de Bamako** », en permettant d'accroître les ressources financières des structures de soins qui assureraient en contre partie la disponibilité des médicaments essentiels génériques, avait comme objectifs [5] :

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

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

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCOM de Baco Djicoroni*

---



au dessous de 0,4 contacts/personne/an [19]. Au Mali, les taux d'utilisation des services de soins s'élevaient à 0,18 en 2003 et présentent malgré tout de fortes disparités selon les aires de santé [9].

La déclaration de la **politique sectorielle de santé et de population** a été adoptée par le Mali le 15 décembre **1990**. La principale stratégie de cette politique sectorielle de santé est la responsabilisation des communautés dans le processus de prise en charge de leur propre état de santé avec leur participation active et volontaire. Elle consacre le désengagement progressif de l'état dans le système d'offre de soins au niveau du premier recours, le laissant entièrement aux communautés organisées en association de santé communautaire. Cette nouvelle option politique en matière de santé a permis de faire évoluer la pyramide sanitaire du Mali en fonction de trois niveaux [10]:

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

Ensuite le plan Décennal De Développement Sanitaire et Social (**PDDSS**) **1998-2007** a été élaboré dénommé **PRODESS** (Programme de Développement Sanitaire et Social) pour la période **1998- 2002**. Un des objectifs du **PRODESS** est d'étendre la couverture sanitaire et d'améliorer la qualité des soins afin d'offrir le PMA aux populations les plus éloignées. Selon les études, la problématique de l'utilisation des services de santé dans les pays réside au niveau de l'accessibilité financière aux soins de santé, mais aussi et surtout de la qualité du service offert, en référence à des enquêtes menées dans certaines capitales (Niamey, Abidjan, Dakar, Bamako) [5].

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCom de Baco Djicoroni*

---

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

aspects suivants :

- l'accessibilité financière aux soins [15,22],
- les pratiques parfois défavorables, voire déloyales du personnel soignant vis-à-vis des patients [13,18],
- la qualité des soins délivrés [24],
- l'état de santé du patient, le vécu socioculturel et religieux en rapport avec la perception du patient, de sa maladie et de la gravité de cette dernière [8,11].

## **CADRE THEORIQUE**

La **santé**, concept facilement prôné par les politiques fait appel le plus souvent à des notions très délicates : stratégies, formations, sensibilisations, évaluations.

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

Au Mali par exemple, la sous utilisation des services de santé par les populations malgré la mise en œuvre de l'initiative de Bamako ajoutée au médiocre niveau de santé des populations (comme en témoignent les taux élevés de mortalités infantiles et infanto-juvéniles respectivement 113 et 229 pour mille naissances vivantes ; de mortalité maternelle 582 pour mille accouchements [4]) constitue une preuve palpable de l'échec des politiques de santé dans le pays.

L'utilisation des services est un indicateur de résultat et en dehors de l'aspect politique, plusieurs autres éléments peuvent intervenir comme atout de motricité. Ce sont : la notion des maladies, l'information et la sensibilisation des populations, le vécu socioculturel, les comportements et

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CCom de Baco Djicoroni*

---

attitudes du personnel, les facilités financières faites aux usagers, la réputation du centre de santé, la nature du geste médical.

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

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

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

**L'information et la sensibilisation** des populations : elle vise un changement dans le comportement des populations en rapport avec la fréquentation des services de santé. Son rôle sera d'éduquer les familles et ménages à reconnaître de façon objective les signes de danger et les priorités de santé, ainsi que la nécessité de recourir aux structures de santé avant d'éventuels cas d'aggravation de leur état de santé. Exemple des indigènes qui selon des enquêtes menées préfèrent reléguer les soins de santé moderne au second plan ; en témoigne les propos recueillis d'une femme : si mes enfants tombent malades, je les emmène d'abord chez mon beau-père qui est guérisseur.

En l'absence d'amélioration je les emmène au CSCom. Fin de citation.

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

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCom de Baco Djicoroni*

---

- les maladies attribuées à des facteurs surnaturels ou considérées trop graves dépassant la nature humaine sont adressées soit aux guérisseurs soit à des charlatans.
- des enquêtes ont montré que dans certaines localités le besoin de se nourrir précède le besoin de santé. [4]
- la fréquence de certains services peut être considérée comme honteuse : au Lesotho par exemple, la malnutrition est liée à la mauvaise conduite de la mère ; les services de grossesse sont difficiles à fréquenter pour les jeunes filles enceintes.

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

- Exemple 1 : le CSCom de Banankabougou en commune VI de Bamako qui a à sa tête : des médecins, des étudiants stagiaires de la faculté de médecine, des infirmières offrant un service permanent, un personnel dynamique et la rigueur dans le travail affiche chaque année des performances à la hausse : 0,49 consultation par enfant par an ; 0,48 consultation curative par personne par an ; 80% des taux d'accouchement [4].
- Exemple 2 : sur la qualité de l'accueil : depuis que le personnel a changé de comportement en matière d'accueil, les gens se déplacent vers le centre. Fin de citation des propos d'un chef de village lors d'une enquête en milieu rural au Mali [4].

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

La nature du geste médical : dans certaines localités du Mali, les patients ont plus confiance aux injections car selon eux, elles guérissent vite. La seringue du Dokotoro est extraordinaire ; avis d'un patient lors d'une enquête en milieu rural au Mali [4].

Les résultats d'une étude sur la qualité des soins en milieu urbain (Bamako) restitués en 2000, ont permis de faire un certain nombre de constats [9]:

- Le coût élevé de la consultation ( la surtarification, la multiplicité des ordonnances) et du transport agissent négativement et de façon significative sur la demande de soins quelque soit le type de formation et le statut économique du malade;
- Il existe une iniquité dans l'accès aux soins : les pauvres ont surtout recours à l'automédication (coût moins élevé de l'ordre de 300 à 350 FCFA et aux tradithérapeutes.

Vu toutes ces remarques, le constat est fait que depuis l'initiative de Bamako, beaucoup d'efforts ont été mis en œuvre pour répondre aux questions concernant la fréquentation des services de santé de niveau I au Mali dont les taux jusqu'à nos jours demeurent bas.

La présente étude devrait identifier les déterminants qui pourraient expliquer cette situation afin de dégager des stratégies pour amener les populations à mieux fréquenter les centres.

### **But de l'étude**

Améliorer l'offre de service pour la satisfaction des usagers du CSCom de Baco Djicoroni.

### **Hypothèses**

1. La fréquentation des services de santé est liée au bon accueil et à la qualité des soins.
2. La fréquentation des services de santé est fonction des facteurs d'ordre économique (faible revenu des populations, coût élevé des soins).
3. La fréquentation des services de santé dépend des facteurs d'ordre socioculturel l'utilité des soins de santé de la reproduction et insuffisance d'information sur les services de santé.

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCom de Baco Djicoroni*

---

## **Objectifs**

### **1. Objectif général :**

Evaluer la fréquentation du centre de santé communautaire de Baco Djicoroni par les populations.

### **2. Objectifs spécifiques :**

- Identifier la nature des services offerts dans le CSCom de Baco Djicoroni.
- Identifier les déterminants d'utilisation du CSCom de Baco Djicoroni par les populations.
- Déterminer le taux de satisfaction des usagers du service.

# *Cadre conceptuel*



## **I. Revue de la littérature :**

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

### **1.1. Déterminants de l'utilisation des services de santé dans les pays en développement :**

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

Les **autres déterminants** sont plus spécifiques et dépendants de l'environnement (accès géographique, état de santé des patients), des

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CScCom de Baco Djicoroni*

---

caractéristiques des individus (âge, genre, instruction) et des cultures et pratiques (perception de la maladie et de sa gravité) [5].

Dans une étude réalisée en 2005 par Mushagalusa SALONGO [20] sur les déterminants socio-économiques de l'utilisation des services, il ressort que l'utilisation des services de santé est un évènement dichotomique, soit l'individu utilise soit il n'utilise pas. La demande des soins de l'individu est donc mesurée par la probabilité d'accéder aux services de santé s'il est malade. Ainsi deux individus ayant des caractéristiques socio-économiques différentes auront des probabilités inégales d'accéder aux soins.

Selon leurs observations, une étude sur les caractéristiques de la population libanaise ne bénéficiant d'aucune couverture médicale [15] a révélé que l'accès aux soins de santé existe quand il y a utilisation des services de santé et dans ce contexte il prend la forme d'un « **accès réalisé** ». Dans le cas contraire, quand il n'y a pas utilisation des services de santé ou quand cette utilisation est limitée face à un besoin, cet accès devient un « **accès potentiel** » et plusieurs obstacles sont présumés (**Northam, 1996**) [15]: il existe des obstacles qui sont d'abord d'ordre géographique quand il est nécessaire de parcourir de grandes distances pour accéder aux soins, d'autres sont d'ordre **financier** et se retrouvent surtout dans les pays où il n'existe pas de système d'assurance maladie couvrant l'ensemble de la population tels qu'aux **Etats-Unis**. Certains obstacles d'ordre temporel se trouvent dans les pays comme la **Grande Bretagne** où existent de longues listes d'attente pour des opérations courantes [15].

Il existe d'**autres obstacles** à l'accès aux soins de santé qui sont d'ordre **social et culturel** : **social** parce que les catégories favorisées peuvent plus facilement accéder à des équipements de haut niveau en raison de leur réseau de relation ou de leur information et **culturel**, car des croyances ou des modes de représentation liés à l'appartenance culturelle peuvent créer des barrières pour l'accès aux soins [15]. Ceci est particulièrement vrai pour les pays en voie de développement, mais aussi pour des pays où existent des minorités ethniques (**Lucas Gabrielli, Nabet et Tomeler 2001**) [15].

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CCom de Baco Djicoroni*

---

D'après **Kroeger (1983)** qui a compilé plusieurs études réalisées dans les pays en voie de développement selon une étude réalisée en 2000 par **SISSOKO H.** sur les aspects liés à l'utilisation des accoucheuses traditionnelles [21], il ressort les principaux déterminants de l'utilisation des services de santé dans ces pays et les regroupe de la façon suivante :

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

## **1.2. Modèle d'utilisation des services de santé :**

Le modèle de comportement de l'utilisation des services de santé (**Andersen 2001**) [21], constitue le cadre de référence de cette étude.

Le modèle suggérait que l'utilisation des services de santé est fonction de la prédisposition des personnes à utiliser ces services, des éléments qui facilitent ou entravent cette utilisation et des besoins des personnes à recourir aux soins. L'unité de mesure était la famille.

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

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

- **la concrétisation de ce besoin** qui se traduira par des comportements d'utilisation et de non utilisation. [21].

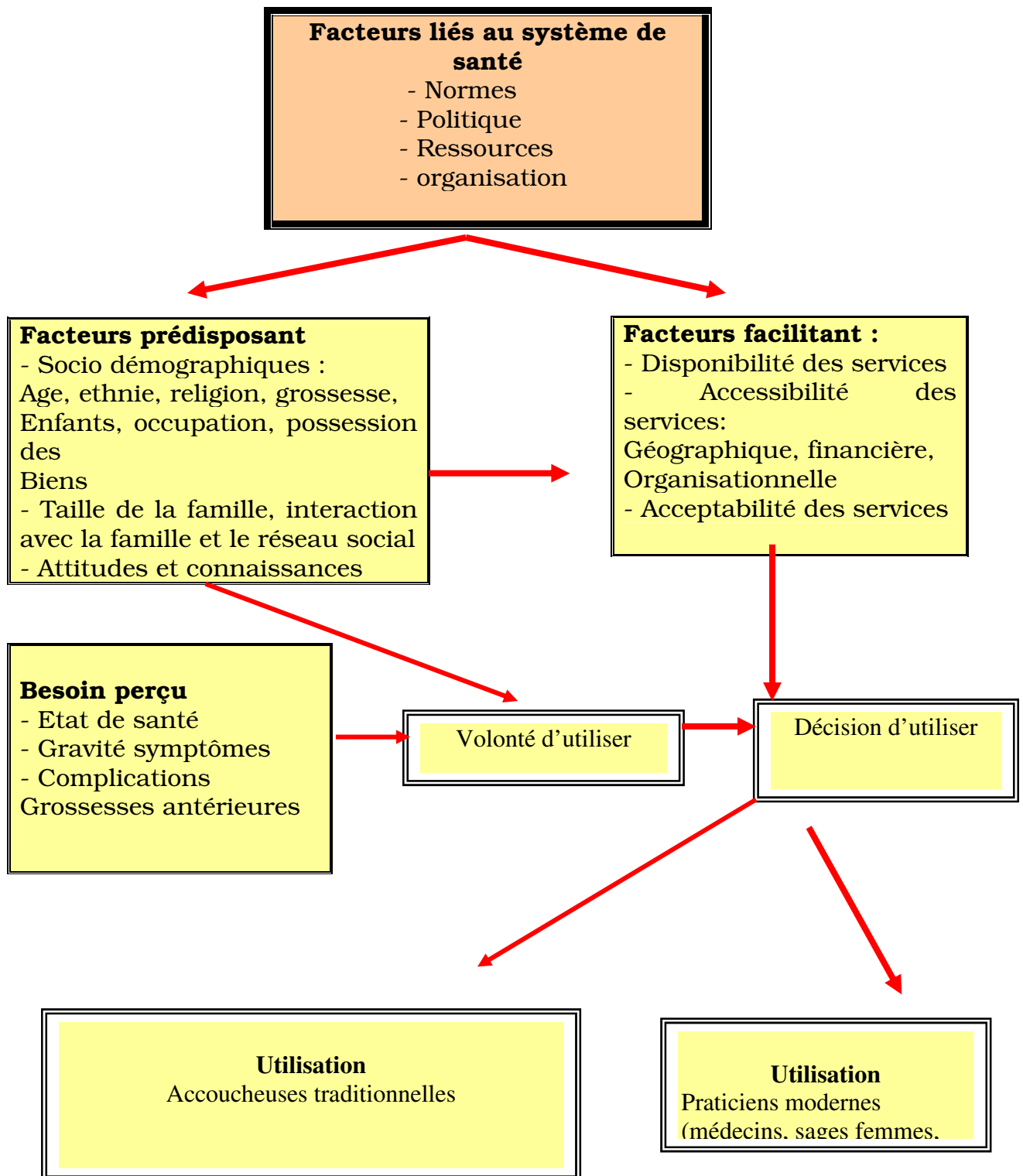
Cependant, l'élément principal du modèle, reste le comportement des individus en particulier au niveau de leur utilisation des services de santé et des résultats qui en découlent en terme d'état de santé et de satisfaction des services [15]. Le modèle comporte donc quatre variables : les caractéristiques contextuelles, les caractéristiques individuelles, le comportement de santé et les résultats de santé [15].

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

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

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

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



**SCHÉMA I : CADRE CONCEPTUEL DU SYSTÈME DE SOIN D'APRÈS LE MODÈLE DE POOLE ET CARLTON (1986).**

### **1.3. Déterminants liés à la qualité des soins :**

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

#### **1.3.1. Selon l'école Américaine :**

La qualité des soins recouvre cinq composantes :

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

#### **1.3.2. Selon l'OMS :**

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

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

En outre, la qualité ne peut être considéré 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

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCoM de Baco Djicoroni*

---

technologiques et bien entendu les valeurs culturelles du milieu. [12] Pour Donabedian (Donabedian, 1992), la qualité englobe tous ces aspects. Il en classe les attributs en six (6) grandes catégories : l'efficacité, **l'efficience**, le **caractère optimal**, **l'acceptabilité**, **la légitimité**, et **l'équité**.

La 1<sup>ère</sup> catégorie (**efficacité**) renvoie au résultat en terme de santé. L'efficience et le caractère optimal sont proches et nuancent la notion de résultat pour intégrer des contraintes, entre autres financières. La quatrième catégorie (**l'acceptabilité**) permet de prendre en compte l'environnement technique et social et aussi les caractéristiques de la personne concernée par l'intervention ou l'acte. Finalement, les notions de légitimité et d'équité se rapportent à des préférences et des valeurs sociales [12].



### 1.3.2.1. Attributs et dimension de la qualité : [12]

**Tableau I : Attributs et dimensions de la qualité des soins:**

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

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

Cette recherche illustre le fait que la qualité perçue par les usagers recouvre un spectre très large de représentations. Bien entendu les ressources (médicaments, médecins, locaux) y occupent une place importante mais d'autres attributs comme la compétence du personnel ou les relations entre les patients et les professionnels sont également présents [12]. A ce sujet, il est frappant de noter la diversité des qualités attendues des professionnels de la santé et la précision avec laquelle elles sont énoncées (accueil, considération, compassion, etc...).

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

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

## **II. Généralités sur le Mali : [27,35].**

Le Mali est un vaste pays continental de l'Afrique de l'Ouest situé dans la zone soudano- sahélienne couvrant une superficie de 1 241 238 km<sup>2</sup>. Il est limité au nord par l'Algérie, à l'est par le Niger et le Burkina Faso, à l'ouest par le Sénégal et Mauritanie, au sud par la Guinée, la Côte d'Ivoire et le Burkina Faso.

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

### **2.1. Situation administrative et socio-démographique**

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

Trois principales zones climatiques :

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

Selon le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH)<sup>1</sup>, d'avril 1998, le Mali avait une population résidente de 9 810 912 habitants dont 50,5% de Femmes contre 49,5 % d'hommes. Avec un taux d'accroissement annuel de 2,2 %, la population résidente estimée en 2006 à 11 616 052 d'habitants <sup>3</sup> atteindra **12 689 595** en 2007 et 19 153 000 habitants en 2025 (2). La population malienne est à 73,2% rurale, malgré une forte mobilité liée à l'exode rural. Elle se caractérise par sa jeunesse.

En effet, 55,2% de la population a moins de 19 ans et 17 % moins de 5 ans dont 14 % âgé de 12 à 59 mois. Les femmes en âge de procréer représentent 22,6 % de la population générale.

Le Mali figure parmi les pays à forte croissance démographique. La densité de la population est faible (7,7 habitants par Km<sup>2</sup>), mais reste inégalement répartie.

**Tableau III : Répartition de la population par région et par sexe en 1998 :**

RÉGION	POPULATION EN 1998			Taux d'Accroissement	Population totale 2007
	Hommes	Femmes	Total		
Kayes	671 678	702 638	1 374 316	2,3%	<b>1 777 563</b>
Koulikoro	778 332	792 175	1 570 507	2,5%	<b>2 031 320</b>
Sikasso	880 108	902 049	1 782 157	2,8%	<b>2 305 071</b>
Ségou	831 386	843 972	1 675 358	2,1%	<b>2 166 935</b>
Mopti	730 771	747 734	1 478 505	1,3%	<b>1 912 323</b>
Tombouctou	232 978	243 815	476 793	0,3%	<b>616 692</b>
Gao	193 517	201 077	394 594	1,2%	<b>510 374</b>
Kidal	22 285	20 101	42 386	2,2%	<b>54 823</b>
Bamako	514 967	501 329	1 016 296	4,0%	<b>1 314 494</b>
ENSEMBLE	4 856 022	4 954 890	9 810 912	2,2%	<b>12 689 595</b>
%	49,50%	50,50%	100%		<b>100%</b>

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

Le taux de natalité est estimé à 46,1 pour mille ; celui de la mortalité générale est de 15,2 pour mille et l'espérance de vie à la naissance est de 61,6 ans [23].

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCom de Baco Djicoroni*

Les mariages précoces sont fréquents avec un âge médian à 16 ans pour les filles et 25 ans pour les garçons. Près de 50% de la population sont âgés de moins de 15 ans et plus de 45% sont de 15 à 49ans. Le taux brut de scolarisation dans l'enseignement de base reste encore avec 40,9% (année 1997-1998). Il est particulièrement plus bas chez les filles que chez les garçons avec respectivement 33,3% et 47,1%. Les scolaires entre 5 à 19 ans constituent 37% de la population. Le taux d'alphabétisation des adultes au niveau national reste faible. Il était de 26% en 1997 avec des fortes disparités d'une part entre les hommes et femmes et d'autre part entre zones urbaines et zones rurales. Le Mali est un pays pauvre. Seulement 49% de la population et 50% de la population urbaine ont accès à l'eau potable. L'économie repose essentiellement sur l'agriculture l'élevage et la pêche.

**Tableau IV : Évolution de la population malienne en millier d'habitants**

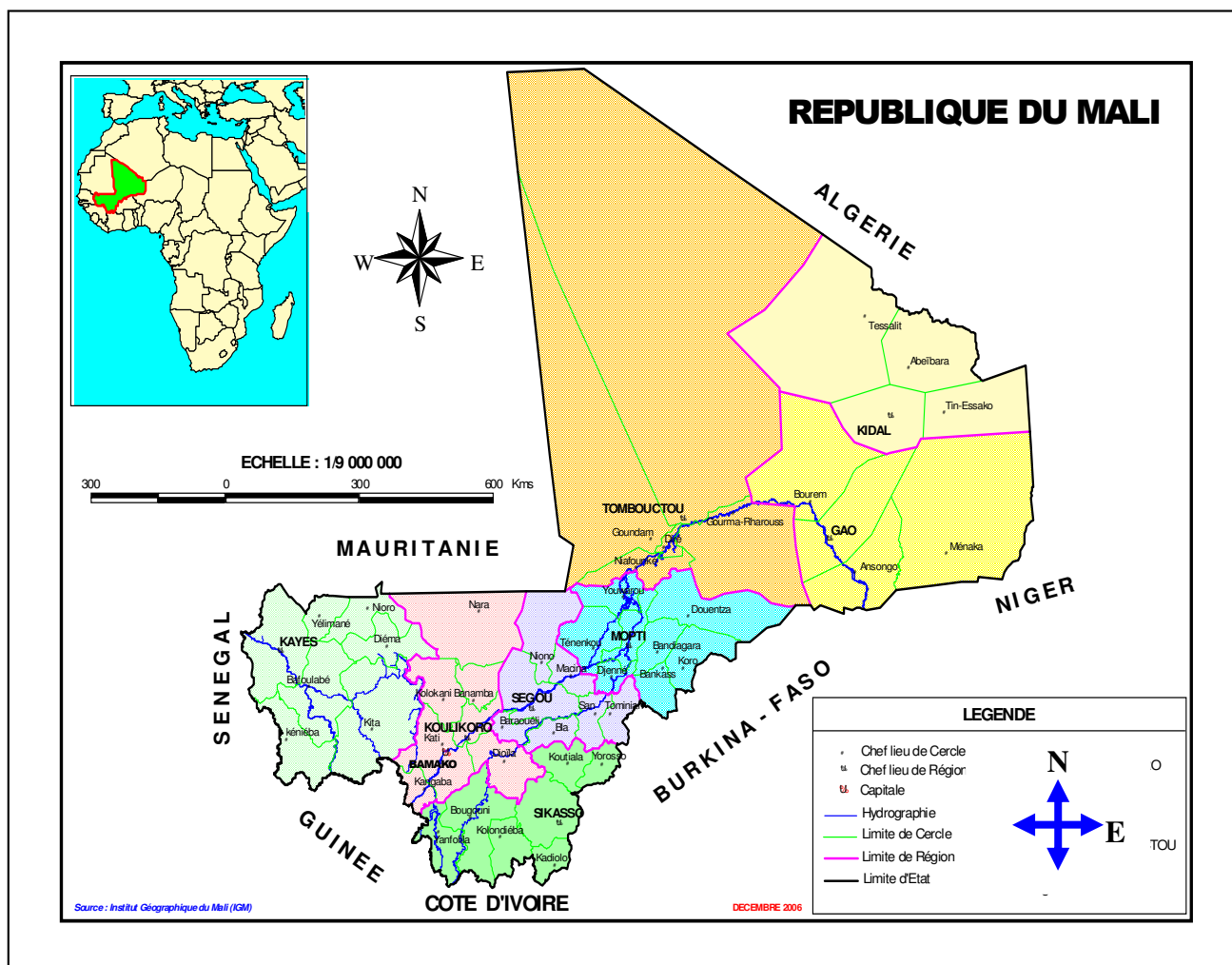
<b>Population</b>	<b>1995</b>	<b>2005</b>	<b>2015</b>	<b>2022</b>	<b>2025</b>
<b>Population totale</b>	9 012	11 366	14 896	17 500	19 153
<b>Population rurale</b>	6 611	7 581	8 834	9 418	9 785
<b>Population urbaine</b>	2 351	4 162	6 779	8 062	9 368

**Source :** Prospectives Mali 2025.

Le régime politique est basé sur la démocratie et le multipartisme. Depuis 1992 le régime constitutionnel malien a opté pour la décentralisation, c'est à dire la décentralisation et la responsabilité des communautés dans la gestion des affaires publiques. Les responsabilités de chaque niveau administratif sont clairement définies et, le plan de développement économique et social ainsi que les plans sectoriels sont élaborés dans le respect des attributions respectives des régions, districts, cercles et communes.

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCoM de Baco Djicoroni*

**SCHEMA II : CARTE ADMINISTRATIVE DU MALI - RÉGIONS ET CERCLES**



**Source :** Institut Géographique du Mali (IGM00 2006)

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCom de Baco Djicoroni*

## **2.2. Situation sanitaire**

### **2.2.1. Historique :**

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

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

En effet, plus qu'une simple exigence d'autonomie ou de participation communautaire, il s'est agi en réalité de répondre à une nécessité économique, vue l'incapacité des structures publiques d'assurer aux populations un niveau de soins décent, à cause de ressources insuffisantes et de mauvaise gestion [3].

Le 15 décembre 1990, fut adoptée une déclaration de politique nationale de population avec pour objectif fondamental l'amélioration des conditions de vie de population à travers l'éducation, la santé, le logement, l'alimentation, la nutrition [16].

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCom de Baco Djicoroni*

---

L'adoption du PRODESS et au regard de la composante « intégration de la lutte contre la maladie et des actions en matière de santé de la reproduction et de nutrition », une nouvelle réforme de la Direction Nationale de la Santé Publique est intervenue avec la création de la Division Santé de la Reproduction en 2000 en lieu et place de la DSFC<sup>3</sup>.

La période 1998-2000 consacrée à la création des conditions de mise en œuvre du PRODESS, a été marquée par un ralentissement de l'ensemble des activités de santé aux niveaux opérationnels et régionaux. Chaque région et cercle ont cependant mis à profit cette période pour mener des analyses et élaborer des plans quinquennaux de développement sanitaire. D'autre part, la politique d'extension de couverture sanitaire à travers le PMA s'est élargie à l'organisation du système de référence évacuation.

### **2.2.2. Organisation de la gestion des soins**

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

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

---

<sup>3</sup> DSFC : Division Santé Familiale et Communautaire



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

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

C'est ainsi qu'en décembre 1990 [16], a été élaboré la déclaration de politique sectorielle de santé et population dont le but est « d'améliorer le niveau de santé de la population et plus particulièrement celui des femmes et des enfants.

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

En 1996, le département de la santé a lancé l'élaboration d'un plan décennal de développement sanitaire et social en adoptant une approche dite « approche programme ». Celle-ci consiste en une vision globale et intégrée du développement sanitaire et social de type participatif. Ainsi, en juin 1998, le gouvernement malien a adopté le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) allant de 1998 à 2007 et le

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CCom de Baco Djicoroni*

---

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

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

### **2.2.3. Indicateurs de santé**

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

- Taux de couverture sanitaire : 30 à 40% dans un rayon de 5 et 15 km [23],
- Taux de mortalité infantile : 113 pour mille [18],
- Taux de mortalité infanto-juvenile : 229 pour mille [18],
- Taux de mortalité maternelle : 582/100000 naissances vivantes [18],
- Taux brut de mortalité : 45,1 pour mille [23],
- Taux de couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois [17] :
  - BCG : 73% ;
  - DTCP1 :76% ;
  - DTCP3 : 52%
  - Rougeole : 53%.

- 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

L'organisation du système de santé comprend trois niveaux :

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

En matière de soins curatifs, le Mali disposait en 2001 de (35) :

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

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

**Tableau V : Ratio de couverture en personnel de santé selon la qualification malienne en 2001 :**

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

Source : Rapport Direction Nationale de la Santé (2001)

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

### **2.3. Historique de la santé communautaire :**

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

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

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCom de Baco Djicoroni*

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

Mais la première initiative de gestion et de participation des communautés dans la définition et la gestion de leur système de santé remonte à la naissance de la première association de santé communautaire au Mali qui a vu le jour dans le quartier de Banconi le 1er juillet 1988 sous le nom d'association de santé communautaire de Banconi (ASACOBA) : une année après l'adoption de la stratégie dite Initiative de Bamako. En réalité le processus de l'approche communautaire devant consacrer la naissance de l'ASACOBA est antérieur à l'initiative de Bamako puisqu'il remonte à 1986 à travers la publication par les sciences sociales de l'INRSP sous la direction du Pr Claude PAIRAULT et du Dr Tieman DIARRA » (6). Cette recherche sociale dans le quartier de Banconi avait conclu au besoin ressenti par les populations du quartier de Banconi de disposer de leur propre structure de soins, puisque l'Etat n'en a pas mis à leur portée. Elle a créé le premier centre de santé communautaire à Banconi en mars 1989; et les résultats jugés satisfaisants après une année d'activité ont favorisé le développement de ce nouveau type de formation sanitaire ayant conduit ainsi à sa généralisation à travers tout le pays, puis dans les autres pays africains.

## **2.4. Rappel sur les associations de santé communautaire au Mali.**

### **2.4.1. Quelques définitions :**

#### **2.4.1.1. La Santé communautaire :**

Selon ROCHON (Canada), elle est l'art et la science d'améliorer l'état de santé de la population, de prévenir la maladie et de promouvoir l'efficacité des services de santé par la coordination des efforts communautaires (1). Le système de santé communautaire comprend deux entités distinctes, mais inter liées :

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

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

#### **2.4.1.4. L'aire de santé :**

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

L'aire de santé est déterminée sur la base d'une population comprise entre 5000 et 10000 habitants vivant dans un rayon de 15 km autour d'un

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCom de Baco Djicoroni*

---

CSCoM/CSAR et ayant en commun des affinités d'ordre socio anthropologiques. Ces critères ont pour but de permettre aux CSCoM/CSAR (1) :

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

#### **2.4.1.5. Le Paquet minimum d'activité (PMA):**

Le PMA correspond à l'offre d'activités intégrées de soins de santé : il comporte des activités préventives, curatives, et promotionnelles. Il s'agit entre autres de traitement des maladies courantes, consultations prénatales et postnatales avec accouchement et vaccination (10). Il s'agit d'un minimum d'offre de soins (plancher) que devrait normalement offrir un centre de santé communautaire et ne constitue nullement un plafond, mais bien au contraire.

#### **2.4.2. Structure et organe de gestion de la santé communautaire :**

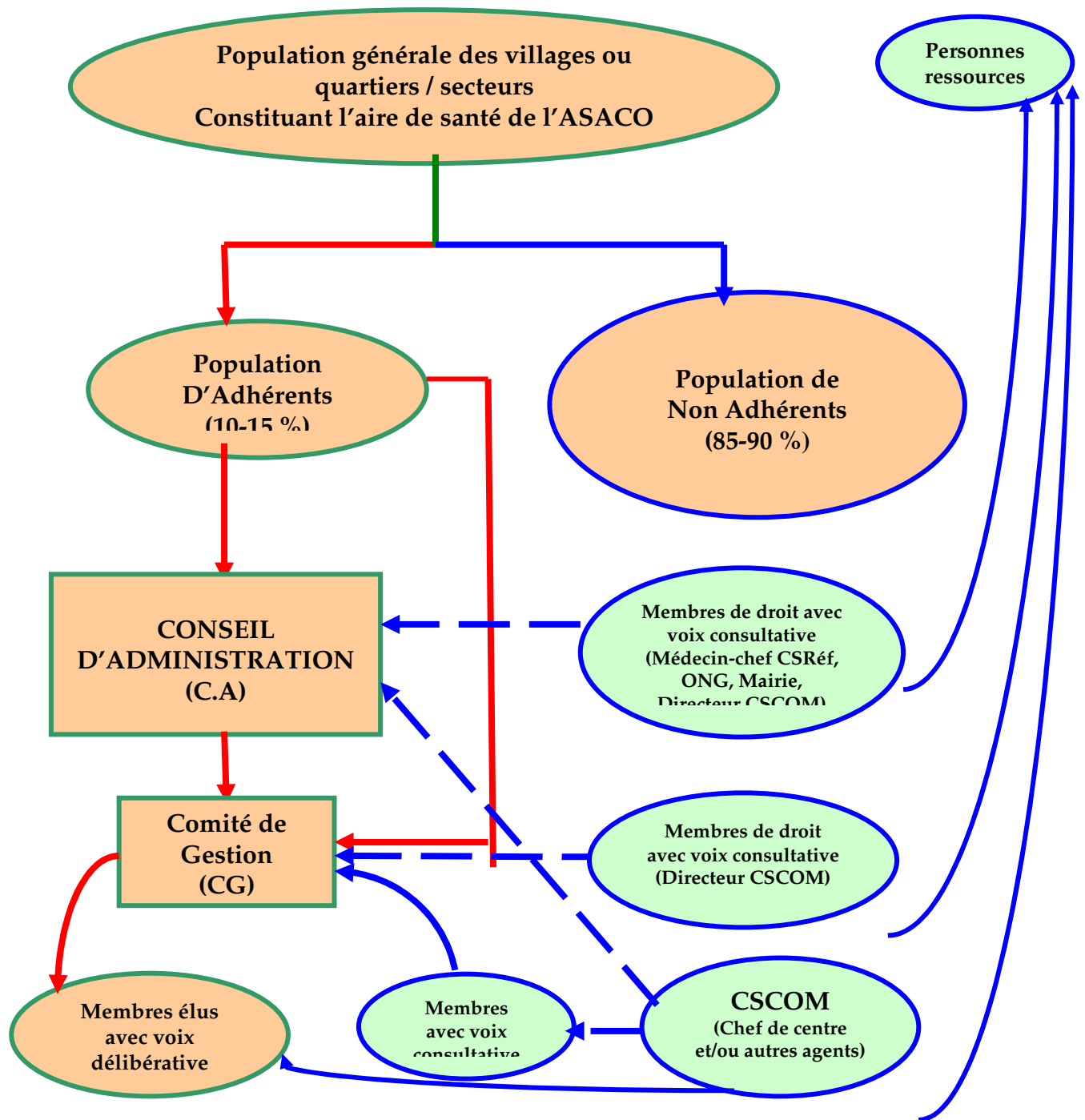
**L'Assemblée générale** (AG) est l'instance suprême de prise de décision de l'ASACO. Elle est normalement composée de l'ensemble des adhérents de l'ASACO qui sont constitués par les représentants de l'ensemble des villages constituant l'aire de santé. L'assemblée générale met en place les organes de gestion de l'ASACO qui auront la charge de la gestion du centre de santé communautaire. Il s'agit du **conseil d'administration** (CA) qui compte habituellement entre 15 à 20 membres et le **comité de gestion (CG)** plus restreint limité le plus souvent à 5 à 7 membres. L'autorisation de création de l'ASACO émane de l'administration territoriale dont les pouvoirs sont actuellement transférés aux collectivités décentralisées à travers les maires d'après le décret N°02-314/P-RM du 4 juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales. Le comité de gestion est l'organe d'exécution du conseil d'administration.

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCoM de Baco Djicoroni*

---

Il comprend habituellement : un président, un secrétaire administratif, un trésorier, un commissaire au compte. Il gère le centre de santé au quotidien en collaboration avec le chef du centre. Il rend compte directement au conseil d'administration. Le processus de mise en place de l'ASACO est synthétisé ci-dessous :





**SCHÉMA III : MODALITÉS DE MISE EN PLACE DES STRUCTURES DE GESTION DE L'ASACO** (D'après AG IKNANE A., CAMARA I, Module de formation des ASACO/CSCOMs, Plan-Mali, Dec 2003)

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCOM de Baco Djicoroni*

### **2.4.3. Processus de mise en place du centre de santé communautaire**

Après le processus de création de l'association de santé communautaire pour les populations de l'aire de santé, le bureau mis en place à travers son conseil d'administration s'atèle aux modalités de création du centre de santé communautaire. Lorsqu'il n'y a pas de structure de soins déjà en place (cas du centre de santé d'arrondissement à revitaliser), les membres des organes de gestion entreprennent les démarches nécessaires à la création de leur CSCom. L'élaboration d'une étude de faisabilité prenant en compte les prévisions de ressources mobilisées et mobilisables et les charges constitue le préalable à la création du CSCom. Une approche communautaire qui dégage la participation communautaire dans la création du CSCom est réalisée. La détermination et la mobilisation de la quote part communautaire dans la réalisation du génie civile est une étape importante dans la construction du CSCom.

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

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

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

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

**- Pour l'ASACO:**

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

**- Pour l'Etat :**

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

# *Démarche méthodologique*

## **1. Cadre et lieu d'étude :**

Le quartier actuel de Baco-Djicoroni est un ancien village de la périphérie de Bamako qui a été fondé en 1898 par un chasseur nommé LAYE DIAKITE originaire de Féréla (dans le Wassoulou). Il est situé dans la commune V du district de Bamako, sur la rive droite du fleuve Djoliba. Il est limité par :

- 🚧 le quartier Sabalibougou à l'est,
- 🚧 le fleuve Djoliba à l'ouest,
- 🚧 le quartier de Torokorobougou au nord, et
- 🚧 l'arrondissement de Kalabankoro au sud.

Le quartier de Baco Djicoroni abrite une population de 48479 habitants selon recensement de Avril 2009, répartie en 5 secteurs : Dougoukoro ( où vit la famille fondatrice), Sokoura ( où se situe le CSCom de la localité), Hérimakoro ; Plateau et ACI.

**NB : les chiffres du recensement de Avril 2009 ne sont pas encore publiés.**

### **Brève présentation de l'Association Santé Communautaire de Baco-Djicoroni**

❖ Le quartier de Baco- Djicoroni disposait depuis 1985 d'un local construit par la population pour servir de Dispensaire-PMI. A la faveur de la politique sectorielle de santé du MALI, la population du dit quartier s'est organisée en Association de santé Communautaire (ASACO) en 1992. Cette association dénommée ASCOM BACO-DJI officiellement enregistrée a obtenu son récépissé de création le 17/11/1992 et son agrément d'exercice le 11/05/1995. Elle a signé la Convention d'Assistance Mutuelle avec l'Etat le 30/08/1994.

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCom de Baco Djicoroni*

---

Au terme de son premier mandat 1992-1997, un nouveau bureau du Conseil d'Administration composé de 11 membres a été mis en place le 10/11/1998 par l'assemblée générale.

Un Comité de Surveillance composé de 5 membres a également été élu le 01/05/1999.

L'ASCOM-BACO-DJI est membre de la Fédération Nationale des ASACO (FENACOM) et de la Fédération Locale (FELASCOM).

#### ❖ **Les textes et les instances de l'ASACO:**

L'ASCOM BACO-DJI est régie par les textes suivants :

- Un statut ;
- Un règlement intérieur ;
- Un règlement intérieur sur le fonctionnement du CA.

Les institutions dirigeantes de cette ASACO sont :

- L'Assemblée Générale ou AG ;
- Le Conseil d'Administration ou CA qui comprend 11 membres élus en AG pour un mandat de 5ans ;
- Le Conseil de Gestion ou CG qui compte 5 membres ;
- Le Comité de Surveillance qui compte également 5 membres.

#### ❖ **Centre de Santé Communautaire CSCom:**

Le CSCom de Baco Djicoroni qui est la structure créée par l'Association de Santé qui abrite actuellement l'ancien local construit en 1985 par la population, est fonctionnel depuis le 1<sup>er</sup> Mars 1993. Il s'est développé grâce au partenariat dynamique établi par l'ASCOM avec les services de santé de l'Etat, l'aide de deux Fondations (CRUDEM et MIMESA) et certaines personnes donatrices.

Il offre ce jour et avec satisfaction le paquet minimum d'activités prévu par l'Arrêté Interministériel.

## **2. Type et période d'étude :**

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCom de Baco Djicoroni*

---

Il s'agissait d'une enquête transversale ayant intéressé les ménages du quartier de Baco Djicoroni suivi d'une enquête transversale au niveau du CSCom du dit quartier. Ces enquêtes se sont étalées sur une période allant du 19 Avril au 25 Juin 2009 et se sont basées sur du porte à porte afin d'avoir les avis des ménages.

### **3. Echantillonnage :**

L'étude a concerné 500 ménages résidant dans le quartier de Baco Djicoroni. Elle a également concerné les prestataires de service présents dans le CSCom du dit quartier ayant accepté de répondre aux questionnaires qui leur ont été adressés.

### **4. Population d'étude :**

La population étudiée était constituée par les résidents du quartier de Baco Djicoroni qu'ils soient utilisateurs ou non utilisateurs du centre de santé communautaire de Baco Djicoroni.

### **5. Critères de recrutement des cas :**

Les critères d'inclusion à notre étude étaient:

- être chef de ménage, femme en âge de procréer (15-49 ans) résidant dans le quartier et acceptant de répondre à nos questionnaires et ceux concernant leurs enfants de 1mois à 7ans.
- être prestataire de soins exerçant dans le CSCom et acceptant de répondre à nos questionnaires.

Les critères de non inclusion étaient:

- être une personne ne voulant pas participer à notre étude.
- être une personne ne pouvant pas répondre aux questions à cause d'un déficit ou d'un handicap (déficience intellectuelle, démence...)
- être une personne ne résidant pas dans le quartier de Baco Djicoroni.
- être un prestataire de soins ne travaillant pas dans le CSCom de Baco Djicoroni.

## **6. Collecte, stockage, saisie et analyse des données :**

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

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

## **7. Considérations éthiques:**

Le respect de l'éthique et la déontologie médicale faisait partie intégrante de la présente étude, nous avons:

- Expliqué aux participants le but de notre étude, les procédures de notre enquête,
- Répondu à toutes les questions qui nous ont été adressées en vue de comprendre nos objectifs,
- Expliqué le caractère volontaire de leur participation,
- Expliqué le principe de confidentialité inclus dans nos recherches afin d'obtenir leur consentement effectif pour le bon déroulement de notre étude sur le terrain.



# *Résultats*

Ce chapitre comprend deux parties :

- La première concerne la qualité technique ou intrinsèque, elle porte sur l'infrastructure, le personnel, la gestion du CSCom, l'organisation du travail.
- La seconde concerne la qualité perçue par la population ou extrinsèque comportant les résultats de l'enquête réalisée auprès des ménages quant à leur accès à ses soins, leur satisfaction à la qualité de ses soins reçus et leurs besoins non comblés.

Les résultats obtenus seront interprétés tout en tenant compte de l'objectif de l'étude et des questions de recherche. De ces résultats découleront des recommandations afin de permettre aux autorités et aux prestataires de soins d'améliorer l'offre de service en terme de qualité et de satisfaction des usagers du CSCom.

## **1-Qualité technique ou intrinsèque**

### **1-1 Aspect organisationnel**

#### **1-1-1. L'Infrastructure et l'équipement :**

Le centre dispose des infrastructures en dur constitué de trois blocs :

- Le premier comprenant une aile pour les soins, une salle d'attente, la consultation médicale et la pharmacie ;
- Le deuxième est constitué par le laboratoire, la salle d'échographie, le bureau du major et la salle de garde ;
- Le troisième bloc abrite le logement du médecin à l'étage ; au rez de chaussée on a la maternité, la salle de perfusion ou hospitalisation. La maison du gardien est contiguë à ce bâtiment.

- Un hangar préfabriqué dans la cour, complète l'infrastructure du centre et sert comme Centre de Récupération Nutritionnelle (CRen).

Les bâtiments sont dans l'ensemble suffisants pour les activités actuellement réalisées dans le centre, mais ne sont pas conformes aux normes de qualité, puisque les soins préventifs (maternité) côtoient les soins curatifs.

Le CSCom de Baco Djicoroni dispose des équipements nécessaires à la réalisation du paquet minimum d'activités. Les équipements disponibles permettent d'élargir la gamme d'activité et améliorer ainsi la qualité de l'offre aux patients.

### **1-1-2. Le personnel :**

Le CSCom de Baco Djicoroni dispose de 16 agents qui sont soit des fonctionnaires donc payés par l'Etat ou sur fonds PPTE, soit recrutés par l'ASACO sur concours, donc rémunérés par cette dernière pour la majorité.

Le personnel est constitué par :

- un médecin généraliste, directeur du centre. Il est secondé ou remplacé par un autre médecin qui est son adjoint en cas d'indisponibilité.
- trois infirmières qui assurent les soins infirmiers et autres tâches dans le cadre de leur compétence.
- cinq sages femmes pour la prise en charge des femmes enceintes et autres problèmes d'ordre gynécologique, assistées par
- une matrone
- un gérant qui assure le rôle du pharmacien depuis le départ de celui-ci qui n'a pas été malheureusement remplacé ;
- une infirmière de laboratoire est disponible également pour les examens complémentaires ;
- deux aide- soignants
- un major pour coordonner les soins préventifs, curatifs et les gardes
- un technicien de surface,

- et enfin un gardien pour assurer la sécurité du CSCom

## **1-2. Organisation et fonctionnement :**

### **1-2-1. Niveau d'hygiène et de propreté des locaux :**

Les salles sont propres, le sol est fait de ciment qui est balayé tous les jours. Les ordures ne traînent pas par terre. Les couches de peinture se dégradent ainsi que la devanture du bâtiment principal à cause de l'érosion.

L'électricité et l'eau sont fournies par l'EDM ; par ailleurs les salles sont suffisamment aérées et assez bien éclairées.

Les toilettes sont disponibles, une pour le personnel et l'autre pour les usagers du centre. Elles sont bien entretenues. Le CSCom dispose d'un incinérateur qui permet une meilleure gestion des déchets biomédicaux et garantira la sécurité et l'hygiène des patients et des soignants.

Il existe par ailleurs un système de communication ; le téléphone fonctionne correctement.

### **1-2-2. Les horaires de travail :**

Les horaires de travail vont de 7h 30 à 16 h. L'équipe de garde assure la continuité des soins et la prise en charge des urgences. Le médecin logé dans la cour est sollicité en cas de besoin.

### **1-3. Tarification des actes :**

La tarification fixée par l'AG en fonction de la capacité contributive des populations est donnée dans le tableau suivant. Les tarifs sont affichés dans la salle d'attente.

**Tableau VI : Tarification actuellement en vigueur au CSCom de Baco Djicoroni :**

**Consultation**

Prestations	Adhérents	Non adhérents
Enfant	200	600
Adulte	300	750
Pansement	500	1000
Petite chirurgie	1000	2000
Perfusion	1000	1000
Accouchement	1000	2000

**Examens de laboratoires**

Examens	Adhérents	Non adhérents
Selles POK	600	750
Groupage/rhésus	750	1000
BW( VDRL ou TPH	750	1000
Test d'Emmel	600	750
ECBU	1250	1500
GE	500	1000
Taux d'Hémoglobine	1000	1000
Glycémie	1500	1500
Albumine- sucre	250	500
Frottis vaginal	1500	2000
Widal	2500	3000

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCom de Baco Djicoroni*

Toxo	3500	3500
------	------	------

## 2- Qualité perçue ou extrinsèque

### 2-1. Profil de l'échantillonnage

**Tableau VII : Répartition des ménages en fonction de leur composition**

Composition du ménage	Fréquence	Pourcentage
Chef de ménage	500	33,9%
Femme en âge de procréer	500	33,9%
Enfant ≤ 7 ans	474	32,2%
Total	1474	100%

La majorité de ménages avaient des enfants dans la tranche d'âge retenue.

**Tableau VIII : Répartition des chefs de ménage selon leur âge**

Age	Fréquences	Pourcentages
< 30ans	111	22,2
<b>30 - 45ans</b>	<b>293</b>	<b>58,6</b>
> 45ans	96	19,2
Total	500	100,0

La plupart des hommes questionnés avaient entre 30 et 45ans soit 58,6% des cas.

**NB : On n'a pas rencontré de femme chef de ménage dans notre échantillon.**

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CCom de Baco Djicoroni*

**Tableau IX: Répartition des femmes en âge de procréer selon leur âge**

Age	Fréquence	Pourcentages
< 25ans	161	32,2
<b>25 - 35ans</b>	<b>283</b>	<b>56,6</b>
>35ans	56	11,2
Total	500	100,0

Les femmes ayant entre 25 et 35ans étaient les plus nombreuses soit 56%.

**Tableau X: Répartition des chefs de ménages selon la profession**

Profession	Fréquence	Pourcentage
<b>Commerçant</b>	<b>185</b>	<b>37,0</b>
Artisan	166	33,2
Fonctionnaire d'Etat	66	13,2
Fonctionnaire dans le privé	39	7,8
Sans employ	13	2,6
Autres	31	6,2
Total	500	100,0

Autres : Marabout (4), Griot (3), Etudiant (3), Cultivateur (6), Pêcheur (6), Pompiste (4), Tradithérapeute (4), Boulanger (1).

Les commerçants en majorité avaient fréquenté le CSCom soit 37%.

**Tableau XI : Répartition des femmes en âge de procréer selon la profession**

Profession	Fréquence	Pourcentage
Fonctionnaire	50	10,0
Commerçante	129	25,8
<b>Femme au foyer</b>	<b>255</b>	<b>51,0</b>

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCom de Baco Djicoroni*

Artisane	53	10,6
Autres	13	2,6
Total	500	100,0

Autres : Etudiante (4), Elève (2), Artiste (4), Technicienne de surface (3).

Chez les femmes enquêtées, les femmes au foyer étaient les plus nombreuses soit 51%.

## 2-2. Utilisation des services de santé

**Tableau XII : Répartition des personnes enquêtées selon la fréquentation du CSCoM**

Fréquentation du CSCoM	Fréquence	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>590</b>	<b>59</b>
Non	410	41
Total	1000	100,0

Les personnes enquêtées ayant fréquenté le CSCoM font 59% de l'effectif.

**Tableau XIII: Répartition des personnes enquêtées selon les motifs de consultation médicale**

Motifs de consultations	Fréquences	Pourcentages
Fièvre	126	21,4
<b>Douleurs aiguës</b>	<b>201</b>	<b>34,1</b>
Vaccination	89	15,1
Consultation gynécologiques	47	8,0
Accouchement	46	7,8
CPN	24	4,1
Soins infirmiers	31	5,3
Autres	26	4,4
Total	590	100,0

Autres : Toux (8), Anorexie (10), Asthénie (6), Dermatose (2)

Les motifs de consultation majoritaires étaient les douleurs aiguës soit 34,1%.

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCoM de Baco Djicoroni*



**Tableau XIV : Répartition des personnes enquêtées selon les services de santé utilisés en particulier**

Service de santé	Fréquences	Pourcentages
<b>CSCOM</b>	<b>972</b>	<b>66</b>
Clinique	227	15,4
CSREF	179	12,1
Centre hospitalier	60	4,1
Médecine traditionnelle	36	2,4
Total	1474	100,0

Le CSCom est la première structure fréquentée par les personnes enquêtées soit 66%.

### **2-3. Dimensions de l'accessibilité des soins**

**Tableau XV : Répartition des personnes enquêtées selon leurs opinions sur le site du CSCom**

Emplacement	Fréquence	Pourcentage
<b>Bon</b>	<b>339</b>	<b>48,4</b>
Acceptable	267	38,2
Mauvais	94	13,4
Total	700	100,0

La majorité des personnes enquêtées ont jugé le site du CSCom adéquat soit 48,4%.

**Tableau XVI : Répartition des personnes enquêtées selon leurs opinions sur l'état de propreté des locaux**

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCom de Baco Djicoroni*

Etat des locaux	Fréquences	Pourcentages
<b>Propres</b>	<b>475</b>	<b>67,9</b>
Pas mal	210	30
Sales	15	2,1
Total	700	100,0

Les locaux étaient jugés propres par la majorité des personnes enquêtées soit 67,9%.

**Tableau XVII : Répartition des personnes enquêtées selon leurs opinions par rapport à la durée de l'attente**

Durée de l'attente	Fréquence	Pourcentages
<b>Longue</b>	<b>499</b>	<b>71,3</b>
Pas longue	201	28,7
Total	700	100,0

L'attente était jugée longue par 71,3% des personnes enquêtées.

**Tableau XVIII : Répartition des personnes enquêtées selon leurs opinions sur la salle d'attente**

Installation pendant l'attente	Fréquences	Pourcentages
Inconfortablement	127	18,1
<b>Assez confortablement</b>	<b>458</b>	<b>65,4</b>
Très confortablement	115	16,5
Total	700	100,0

La majorité des personnes enquêtées ont affirmé avoir été assez confortablement installées soit 65,4%.

**Tableau XIX: Répartition des personnes enquêtées selon leurs opinions par rapport à la qualité de l'accueil**

Attitude du prestataire	Fréquences	Pourcentages
Désagréable	81	11,6
Indifférente	259	37

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCOM de Baco Djicoroni*

<b>Attentive et polie</b>	<b>360</b>	<b>51,4</b>
Total	700	100,0

L'accueil a été jugé bon par 51,4% des personnes enquêtées.

**Tableau XX : Répartition des personnes enquêtées selon leurs opinions par rapport à la qualité de la consultation**

Consultation	Fréquences	Pourcentages
<b>Bonne</b>	<b>441</b>	<b>63</b>
Pas mal	252	36
Mauvaise	7	1
Total	700	100,0

La majorité des personnes enquêtées ont trouvé que la consultation était de bonne qualité, soit 63%.

**Tableau XXI : Répartition des personnes enquêtées selon leurs opinions par rapport à la disponibilité du personnel**

Disponibilité du personnel	Fréquences	Pourcentages
Toujours	275	40,3
<b>Souvent</b>	<b>412</b>	<b>58,9</b>
Rarement	10	1,4
NSP	3	0,4
Total	700	100,0

La majorité des personnes enquêtées soit 58,9% ont trouvé le personnel du CSCoM souvent disponible.

**Tableau XXII: Répartition des personnes enquêtées selon leurs opinions par rapport au coût des prestations.**

Accessibilité des prix	Fréquence	Pourcentages
Bon	105	15
<b>Acceptable</b>	<b>580</b>	<b>82,9</b>
Elevé	15	2,1
Total	700	100,0

Le coût des prestations a été jugé acceptable par la majorité des personnes enquêtées soit 82,9%.

### **Tableau XXIII : Répartition des personnes enquêtées par rapport à l'achat des médicaments**

Achat des médicaments	Fréquences	Pourcentages
<b>Oui</b>	<b>679</b>	<b>97,0</b>
Non	21	3,0
Total	700	100,0

Presque toutes personnes enquêtées ayant consulté ont acheté les médicaments prescrits soit 97%.

### **Tableau XXIV : Raisons avancées par des personnes enquêtées n'ayant pas honoré les prescriptions médicales**

Raisons	Fréquences	Pourcentages
<b>Manque d'argent</b>	<b>9</b>	<b>42,9</b>
Rupture du médicament	4	19
Coût du médicament	5	23,8
Autres	3	14,3
Total	21	100,0

Autres : NSP (2), Je n'avais pas confiance en la prescription (1)

Le manque d'argent a été l'argument majoritairement avancé pour expliquer le non achat des médicaments soit 42,9%.

### **Tableau XXV : Répartition des personnes enquêtées selon leurs opinions par rapport à l'efficacité des médicaments prescrits**

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCoM de Baco Djicoroni*

Efficacité du traitement	Fréquences	Pourcentages
<b>Efficace</b>	<b>645</b>	<b>95</b>
Peu efficace	23	3,4
Non efficace	11	1,6
Total	679	100,0

La majorité des personnes enquêtées ayant pris les médicaments ont trouvé le traitement efficace soit 95%.

#### 2-4. Maternité

**Tableau XXVI : Répartition des femmes enquêtées selon la réalisation des CPN lors de la grossesse**

CPN	Fréquences	Pourcentages
<b>Oui</b>	<b>469</b>	<b>99,8</b>
Non	1	0,2
Total	470	100,0

Presque toutes les femmes enquêtées ont fait les CPN au cours de leur grossesse soit 99,8%.

**Tableau XXVII : Répartition des femmes enquêtées selon le lieu d'accouchement**

Lieu d'accouchement	Fréquences	Pourcentages
<b>CSCoM</b>	<b>392</b>	<b>83,4</b>
Clinique	45	9,57
CSRef	18	3,84
Centre hospitalier	12	2,55
Domicile	3	0,64
Total	470	100

La majorité des femmes enquêtées ont accouché au CSCoM soit 83,4%.

**Tableau XXVIII: Répartition des femmes par rapport à l'accueil des sages- femmes en fonction des services de santé utilisés**

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCoM de Baco Djicoroni*

Accueil	CSCoM	Autres
<b>Bon</b>	<b>52</b>	<b>63</b>
Plus ou moins bon	187	15
<b>Mauvais</b>	<b>153</b>	<b>0</b>
Total	392	78

La majorité des femmes ayant accouché au CSCoM (153), soit 39% ont trouvé l'accueil mauvais.

### Tableau XXIX: Vaccination des nouveaux nés

Vaccination	Fréquence	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>470</b>	<b>100</b>
Non	0	0
Total	470	100

Tous les nouveaux- nés ont été vaccinés.

### 2-5. Satisfaction

#### Tableau XXX : Répartition des personnes enquêtées selon leur satisfaction en fonction du service offert

Satisfaction	Fréquences	Pourcentages
Oui	74	10,6
<b>Plus ou moins</b>	<b>590</b>	<b>84,3</b>
Non	36	5,1
Total	700	100,0

La majorité des ménages enquêtés ont été plus ou moins satisfaites soit 84,3%.

### 3. Prestataires de soins

#### Tableau XXXI : Répartition des prestataires par rapport à leur opinion sur des infrastructures disponibles

Suffisance des	Fréquence	Pourcentage
----------------	-----------	-------------

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCoM de Baco Djicoroni*

infrastructures		
Bien	0	0
Acceptable	2	12,5
<b>Insuffisante</b>	<b>14</b>	<b>87,5</b>
Total	16	100

La majorité des prestataires ont jugé les infrastructures insuffisantes soit 87,5%.

**Tableau XXXII : Opinion des prestataires par rapport au besoin de formation continue**

Aptitude	Fréquence	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>16</b>	<b>100</b>
Non	0	0

Tous les prestataires ont estimé avoir besoin de formation continue pour améliorer les prestations.

# ***Commentaires et discussion***



## **COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

### **Les limites de notre étude :**

Lors de notre échantillonnage, nous avons été confrontés à des difficultés pour la plupart liées à la non disponibilité des chefs de ménage qui étaient souvent au travail lors de nos passages à leur domicile, la réticence de certaines jeunes femmes en âge de procréer face aux questionnaires et aussi la non disponibilité de certains prestataires des soins.

### **1- Qualité perçue ou extrinsèque**

#### **1-1. Profil de l'échantillonnage**

##### **Par rapport à l'identité de la population**

Au terme de notre étude transversale et descriptive qui s'est déroulée du 19 Avril au 25 Juin 2009 au sein de l'aire de santé de Baco Djicoroni, on a pu questionner 500 ménages comportant chacun un chef de famille, une femme en âge de procréer et très souvent un enfant; ainsi que 16 prestataires de soins exerçant au niveau du CSCom de Baco Djicoroni. Les chefs de ménages et les femmes en âge de procréer étaient en proportions égales, soit 33,9% ; les enfants représentaient 32,2% de l'échantillon. Le fait qu'on ait enregistré des proportions différentes pour les enfants s'explique par le fait

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCom de Baco Djicoroni*

---

que nous avons rencontré des ménages sans enfant ou n'ayant pas d'enfant répondant à nos critères d'inclusion.

### **Par rapport à l'âge,**

La tranche d'âge majoritaire se situe entre 30ans et 35ans chez les hommes soit 58,6% et entre 25ans et 35ans chez les femmes soit 56,6%. Ces chiffres témoignent de la jeunesse des chefs de ménage et des femmes de Baco Djicoroni.

### **Par rapport à la profession,**

La profession dominante chez les chefs de ménage est le commerce (37%), suivie de l'artisanat (33,2%) alors que les sans emploi ne représentent que 2,6% de l'échantillon étudié. On pourrait en conclure que la population de Baco Djicoroni travaille afin de subvenir aux besoins des ménages. On aurait pu évaluer le revenu de chaque ménage, mais les conditions de l'étude n'ont pas favorisé cela à cause de la réticence des chefs de ménage à répondre à une question aussi sensible.

Selon notre échantillon, les femmes au foyer constituent plus de la moitié soit 51% de l'échantillon. Néanmoins, les commerçantes représentent 25,8% et constituent également une source de revenu financier dans le ménage. On suppose que les ménages n'auront pas trop de soucis financiers pour se rendre au CSCoM en cas de maladie.

## **1-2. Utilisation des services de santé**

### **Par rapport à la fréquentation du CSCoM,**

Les personnes enquêtées ayant fréquenté le CSCoM représentent une proportion de 59%. Kanta K.(14) a trouvé un taux de fréquentation de 50,2% du CSCoM de Ségué et Modeste Z.(26) quant à lui a obtenu 52,53% de ménages ayant fréquenté le CSCoM de Missira.

### **Par rapport à l'utilisation des services de santé,**

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCoM de Baco Djicoroni*

---

Il est ressorti que 66% des personnes enquêtées fréquentent particulièrement le CSCom de Baco Djicoroni. Kanta (14) quant à elle a obtenu une proportion de 50,5% de ménages fréquentant le CSCom de Ségué contre 52,53% obtenue par Modeste Z. (26) pour la fréquentation régulière du CSCom de Missira.

Les autres vont soit en clinique, au CSRef...

Dans l'étude sur l'utilisation des services de santé de premier niveau en Afrique par Audibert (4), il ressort que le facteur bloquant l'utilisation des services de santé est l'absence de qualité tant perçue (la disponibilité en médicaments à moindre coût, le mauvais accueil, l'attitude méprisante et condescendante du personnel soignant, les pratiques illicites et la malhonnêteté du personnel) qu'objective ( la faible compétence du personnel de santé, ou encore la non application des règles classiques de conduite thérapeutique).

### **1-3. Dimensions de l'accessibilité des soins**

#### **Par rapport au site du CSCom,**

Il a été jugé acceptable. Notons quand même que le CSCom est un peu exigü, car il est situé derrière le marché, à côté de la police et surtout en face de la mairie, ce qui rend parfois l'accès difficile les jours de célébrations de mariage.

#### **Par rapport à l'état de propreté des locaux,**

Le CSCom est bien entretenu. Mais ceux qui le trouvent sale n'ont pas entièrement tort car il n'y a pas de système efficace pour la gestion des ordures.

#### **Par rapport à l'attente,**

La majorité des personnes enquêtées soit 71,3% ont jugé l'attente très longue. Cela s'explique par soit le retard de prise en charge des patients, soit l'affluence du jour.

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCom de Baco Djicoroni*

---

### **Par rapport au confort de l'attente,**

La salle d'attente est très petite. Surtout lors de la vaccination, les femmes sont carrément installées dehors dans la cour. Même pour peser les nourrissons, faute de salles de pesée, le travail se fait sous une paillote dressée dans la cour du centre.

### **Par rapport à la qualité de l'accueil,**

L'accueil constitue la première phase du traitement car un patient bien accueilli se sent plus à l'aise et place sa confiance au personnel de soin, condition nécessaire pour être réceptif au traitement. Un peu plus de la moitié des personnes enquêtées ont trouvé l'accueil satisfaisant soit 51,4%. Kanta K (14) a obtenu un taux de 64,9% de satisfaction par rapport à l'accueil.

Notons aussi que l'accueil concerne aussi bien le personnel que les locaux du CSCom.

### **Par rapport à la qualité de la consultation,**

La majorité des personnes enquêtées ont trouvé que la consultation était de bonne qualité. Cela est à encourager car la prise en charge des patients ne doit tenir compte ni du statut du patient, ni de la condition économique du patient.

### **Par rapport à la disponibilité du personnel,**

Il n'y a pas de problème car seulement 1,4% des personnes enquêtées ont trouvé que le personnel était rarement disponible lors des heures de service.

### **Par rapport au coût des prestations**

La fréquentation du CSCom dépend aussi bien de la qualité des soins mais aussi du coût de consultation et de soins. La majorité des personnes

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCom de Baco Djicoroni*

---

enquêtées ont trouvé les prix acceptables soit 82,9%. Kanta K. (14) a obtenu un taux de 55,6% Ségué contre 98% pour Modeste Z.(26) en en zone industrielle.

#### **Par rapport à l'achat des médicaments**

Sans traitement, on ne peut pas penser à une guérison sauf miracle. Seulement 3% des personnes enquêtées n'ont pas acheté les médicaments pour diverses raisons notamment financières. Lazare C.(.) a obtenu 94,2% des ménages ayant honoré les prescriptions médicamenteuses.

#### **Par rapport à l'efficacité des médicaments,**

La satisfaction est grande puisque 95% des personnes enquêtées ont été guéri par le traitement prescrit. Cela confirme la performance du personnel soignant.

### **1-4. Maternité**

**Par rapport à la réalisation des CPN chez les femmes enceintes,** On a eu l'excellente surprise de constater que 99,2% des femmes l'ont fait, preuve qu'une bonne sensibilisation a été faite au sein des ménages pour le suivi des grossesses afin d'éviter des complications éventuelles. Kanta K. qui n'a eu que 22%.

#### **Par rapport au lieu d'accouchement,**

Les femmes ayant accouché au CSCom sont majoritaires. Cela s'explique par la proximité du CSCom, et aussi par le coût moins élevé de la prise en charge contrairement aux autres centres (clinique par exemple). Celles qui ont accouché ailleurs soit 16,6% des femmes ont expliqué leur choix par la recherche d'un meilleur équipement avec une meilleure prise en charge, peu importe le coût.

#### **Par rapport à la qualité de l'accueil des sages femmes en fonction du lieu d'accouchement des femmes**

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCom de Baco Djicoroni*

---

Sur les 392 femmes ayant accouché au CSCom de Baco Djicoroni, seulement 52 ont été satisfaites de l'accueil des sages-femmes et de la prise en charge, soit 13,3% de l'effectif. Les sages-femmes ont une mauvaise réputation par rapport à leur manque de courtoisie et leur comportement un peu détestable à l'égard des parturientes. Mais qu'est ce qui pourrait expliquer cette attitude de voir les gens différemment ? Est-ce le stress de donner vie, la fatigue de la journée car la plupart des accouchements se font dans la nuit en Afrique surtout, ou encore les caprices des parturientes qui justifient leur attitude ? Il serait bien qu'une étude soit faite à ce sujet afin de mieux comprendre leur réaction pour que des solutions soient trouvées à cet effet, car un bon accouchement dépend d'un bon accueil, du respect de l'intimité de la femme et enfin d'un bon suivi.

### **1-5. Satisfaction**

#### **Par rapport à la satisfaction,**

Les personnes enquêtées qui ont été plus ou moins satisfaites du service offert sont nettement plus nombreux soit 84,3% et celles qui sont satisfaites font 10,6% des personnes enquêtées. Le taux de satisfaction était respectivement de 75% à Ségué (14) et de 89,87% à Missira (26).

### **3. Prestataires de soins**

#### **Par rapport à la perception des prestataires sur la suffisance ou non des infrastructures**

La majorité des prestataires soit 87,5% ont trouvé les infrastructures insuffisantes (locaux, équipement et organisation confondus). Cette insuffisance a également été signalée par 50% des prestataires à Missira (26)

#### **Par rapport au besoin de formation continue**

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCom de Baco Djicoroni*

---

Tous les prestataires jugent avoir besoin de formation continue pour améliorer leur performance dans la pratique quotidienne de leur profession. Des ateliers de formation régulière seraient donc les bienvenus pour une mise à niveau.

# *Conclusion*

## **CONCLUSION**

La présente étude sur l'utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de Baco Djicoroni au sein de la commune V du district de Bamako, bien qu'elle ne soit pas une première, a permis d'apprécier le service offert et d'avoir l'opinion de la population par rapport à leur centre de santé.

A Baco Djicoroni, quartier résidentiel dont le niveau de vie est relativement élevé, en témoigne le fait que la plupart des chefs de ménage soient des opérateurs économiques, le taux de fréquentation du CSCom est relativement élevé. Cela peut s'expliquer par le fait que non seulement sa création ait été l'initiative de la population, mais aussi par la confiance que cette dernière a placée en son personnel stable et enfin par la performance du personnel soignant.

Le paquet minimum d'activités est bien assuré même si dans sa globalité certains soins ne sont pas assurés au quotidien comme le prévoit la politique nationale de santé : il s'agit de la planification familiale et de l'éducation sanitaire. La plupart des ménages est satisfait des prestations du CSCom.

Au total, le point sensible de l'étude se penche surtout dans le cadre d'une amélioration de la qualité des prestations et de l'offre du service au niveau du CSCom de Baco Djicoroni. Cela passe par un meilleur accueil et une bonne disponibilité des sages-femmes, notamment une amélioration des infrastructures ainsi que du plateau technique.



# ***RECOMMANDATIONS***

## **RECOMMANDATIONS:**

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

### **Au plan opérationnel**

#### **À l'endroit des autorités sanitaires et partenaires financiers :**

- Améliorer le taux de scolarisation de la population.
- Appuyer la création d'une mutuelle de santé pour améliorer l'utilisation des services de santé, facteur d'amélioration de la qualité de l'offre de soins et de lutte contre la pauvreté.
- Equiper le centre de santé communautaire en matériel de laboratoire pour renforcer la qualité diagnostique, facteur de renforcement de la qualité des soins.
- Construire un bloc maternité à part pour renforcer la qualité de l'offre de soins dans un contexte de confidentialité plus affirmé au niveau du CSCom.
- Recycler le personnel de santé à travers la formation continue et la formation en gestion administrative et financière.
- Poursuivre l'appui financier sous forme de subvention d'exploitation au CSCom.

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCom de Baco Djicoroni*

---

### **A l'endroit des instances de l'ASACO:**

- Collaborer étroitement avec le CSCom dans les prises de décision dans l'intérêt de la population.
- Assurer un meilleur fonctionnement du Conseil d'Administration en vue d'une meilleure gestion des centres de

Santé de niveau I.

- Tenir régulièrement le conseil de gestion de l'aire de santé et participer aux conseils de gestion du service socio sanitaire de cercle et de commune.

### **À l'endroit du personnel de santé :**

- Informer et sensibiliser les populations sur l'importance de la consultation prénatale, les accouchements au CSCom, la vaccination, la planification familiale, les examens et bilans généraux.
- 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.

### **À l'endroit des responsables des centres de santé de niveau I de l'aire de santé de Baco Djicoroni :**

- Améliorer les conditions de travail du personnel de santé.
- Organiser des tournées de sensibilisation dans l'ensemble des secteurs de Baco Djicoroni afin d'améliorer la fréquentation du CSCom.
- Améliorer la performance technique des agents de santé à travers des séances de formation.

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCom de Baco Djicoroni*

---

### **À l'endroit des ménages :**

Informier et sensibiliser votre entourage sur l'importance de l'utilisation des services de santé (CSCCom, CSRef, clinique, centre hospitalier) et sur l'inconvénient de l'automédication traditionnelle ou personnelle, de « pharmacie par terre », de l'accouchement à domicile et sur les insuffisances de la médecine traditionnelle.

### **Au plan de la recherche**

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

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

# *Références bibliographiques*

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CCom de Baco Djicoroni*

---

## **BIBLIOGRAPHIE**

**1.** Annuaire statistique du système d'information sanitaire DNSP de 1992 à 2000 et rapports d'activités du centre national des immunisations

**2. AG IKNANE A et Al**

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

**3. 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.

**4. AUDIBERT M., DE ROODENBEKE E.**

Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : analyse de la situation et perspectives, 2005, p 13-14,20, 27-28,49-51,73

**5. AUDIBERT M., DE ROODENBEKE ES, MATHONNAT J.**

Utilisation des services de santé en Afrique : «l'approche communautaire en termes d'offre de soins est – elle une réponse? » Développement durable et santé dans les pays du sud ; Paris Lyon, Décembre 2004

**6. CLAUDE P, DIARRA T.**

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

**7. DAGNOKO A.**

Connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de soins aux enfants malades dans le centre de santé de référence de la commune II, IV, V du district de Bamako, thèse médecine Bamako 2006

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCOM de Baco Djicoroni*

---

**8. DIAKITE B.D., DIARRA T., TRAORE S.,**

Recours aux soins et consommation médicale dans le quartier de Bankoni ;  
in J.Brunet-Jailly(ed), *se soigner au Mali*, Paris,Karthala/ ORSTOM, 153-  
175.2005

**9. Direction Nationale de la Santé, Ministère de la Santé Mali 2002**

Utilisation des services de santé de niveau I au Mali ; Annuaire SLIS2002

**10. DONGMO DJOUTSOP R L.,**

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

**11. ELTE J. (1999),**

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

**12. FOURNIER P, HADDAD,**

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

**13. JAFFRE Y., SARDAN O. (2003),**

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

**14. KANTA K.,**

Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les  
populations de l'aire de santé de Segué (cercle de Kolokani), thèse de  
médecine Bamako FMPOS,2007.

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako :  
cas du CSCom de Baco Djicoroni*

---

**15. MARICKO M. (2003),**

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

**16. Ministère de la Santé**

Secrétariat permanent du PRODESS, CPS Santé, 2002

**17. Ministère de la Santé,**

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

**18. Ministère de la santé,**

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

**19. NYONATOR F., KUTZIN J.,**

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

**20. Organisation Mondiale de la Santé «utilisation des structures de soins en Afrique » rapports annuels 1987-2004.**

**21. SALONGO PACIFIQUE M,**

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

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCOM de Baco Djicoroni*

---



**22. SISSOKO H,**

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

**23. TOURE L. (2002),**

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

**24. TRAORE M,**

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

**25. VANGENDERHUYSEN C. KADER L.A., DE GROOF D., NAYAMA M. (1999),**

La mortalité maternelle à Niamey pour une analyse globale ; in J. Brunet Jaily(ed), santé en capitales, la dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines, Abidjan CEDA, 29-46.

**26. ZOUMENOU M.**

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 de médecine Bamako FMPOS, 2008.

# *Annexes*

## FICHE D'ENQUETE PRESTATAIRES DE SOINS

### Identification du prestataire

**P1.** N° d'enquête: /\_\_/    **P2.** Profil du prestataire : /\_\_/ 1=Médecin ;  
2=Infirmier ; 3= Sage-femme ; 4=Gérant de pharmacie; 5=laborantin ;  
6=Aide soignant ; 7= Obstétricienne ; 99= Autres à préciser :.....

### Organisation du travail

**P3.** Quand est-ce que vous êtes de permanence? /\_\_/ 1= Toute la semaine ;  
2=2 à 4 fois par semaine ; 3=3 à 5 fois par semaine.

**P4.** Quand est-ce que vous êtes de garde ? /\_\_/ 1=1 fois par semaine ; 2=2  
fois par semaine ; 3=3 à 5 fois par semaine ; 4= pas de garde.

**P5.** Comment réagissent les usagers face à l'attente ? /\_\_/ 1=Bien ; 2=Mal,  
3=Assez- bien

**P6.** Avez-vous des suggestions pour améliorer le dispositif d'accueil des  
usagers ? /\_\_/ 1=Oui, 2=Non

**P7.** Si oui lesquelles ?.....

**P8.** Existe-t-il des difficultés de paiement des soins par certains usagers?  
/\_\_\_/ 1=Oui ; 2=Non ; 3=Parfois, 88=NSP.

**P9.** Si oui, y a-t-il des aides quelconques pour faciliter ces paiements des  
soins ? /\_\_\_/ 1= Oui ; 2=Non ; 88=NSP.

**P10.** Y a-t-il un bon suivi du traitement prescrit par les usagers ? /\_\_/  
1=Oui ; 2=Non ; 88=NSP

### Besoins des prestataires

**P11.** Estimez-vous avoir besoin de plus de formations pour accomplir les  
tâches demandées? /\_\_/ 1= Oui ; 2=Non ; 3=Plus ou moins ; 88=NSP.

**P12.** Comment trouvez-vous les infrastructures mises à votre disposition  
(matériels, bâtiments, salles, toilettes...) pour le service ? /\_\_/ 1=Bien ;  
2=Acceptable ; 3= insuffisantes.

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako :  
cas du CSCOM de Baco Djicoroni*

**P13.** Recevez-vous continuellement des produits fiables et du matériel nécessaire pour fournir des services de qualité à vos usagers? /\_\_\_/ 1= Oui ; 2=Non ; 88=NSP.

**P14.** Avez-vous des suggestions pour améliorer l'organisation du travail? /\_\_\_/ 1=Oui ; 2= Non.

**P15.** Si oui, lesquelles ? .....  
.....  
.....

**Merci de nous avoir accordé une partie de votre temps**

## FICHE D'ENQUETE CHEFS DE MENAGE

**M1.** N° d'enquête : /\_\_/  
**M2.** N° ménage : /\_\_/  
**M3.** Age: /\_\_/ 1= Moins de 35ans ; 2= Entre 35 et 45ans ; 3=Plus de 45ans.

**M4.** Profession : /\_\_/ 1=Commerçant ; 2=Artisan ; 3=Fonctionnaire de l'Etat ; 4=Fonctionnaire dans le privé ; 5=Sans emploi ; 99=Autres à préciser.....

### **Décrire l'utilisation des services de santé par les populations de l'aire de santé de Baco Djicoroni.**

**M5.** Combien de personnes vivent-elles au sein de votre famille ? /\_\_/  
1=Moins de 4 ; 2=Entre 4-10 ; 3=Plus de 10.

**M6.** Avez-vous fréquenté un centre de santé ces 30 derniers jours ? /\_\_/  
1=Oui ; 2=Non.

**M7.** Si oui, pour quels motifs ?/\_\_/ 1=Fièvre ; 2= Douleur aigue ; 3=Vaccination ; 4=Soins infirmiers; 99= Autre à préciser :.....

**M8.** De quelle maladie souffriez-vous alors selon le personnel soignant ?  
.....

**M9.** Quels sont les soins qui vous ont été délivrés par le personnel soignant par rapport à cette maladie ?.....  
.....

**M10.** Quel service de santé utilisez-vous ?/\_\_/ 1=CSCCom ; 2=Clinique ; 3=CSRef ; 4=Centre hospitalier ; 5=Médecine traditionnelle.

**M11.** Pourquoi utilisez-vous ce service en particulier ? :.....  
.....

Si la réponse est autre que (1), passez à la question (29).

### **Evaluer la perception de la population par rapport à l'accessibilité des soins au niveau géographique, économique, organisationnel et socioculturel.**

**M12.** Quels sont les moyens de transport que vous utilisez pour vous rendre au centre de santé? /\_\_/  
1=Pied ; 2=Taxi ; 3= Vélo ; 4= Moto ; 5=Voiture ; 99= Autre à préciser :.....

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCCom de Baco Djicoroni*

**M13.** Le site du CSCom est-il adéquat ? /\_\_\_/ 1=Oui ; 2=Non ; 3=Acceptable.

**M14.** Comment avez-vous trouvé les locaux? /\_\_\_/ 1=Sales; 2 =Propres ; 3=Pas mal.

**M15.** Comment étiez vous installé pendant l'attente ? /\_\_\_/ 1=Inconfortablement ; 2=Assez confortablement ; 3=Très confortablement.

**M16.** Avez-vous trouvé l'attente longue? /\_\_\_/ 1=Oui ; 2=Non

**M17.** Qui vous a reçu ? /\_\_\_/ 1=l'infirmière ; 2=Le médecin ; 3=La matrone ; 99=Autres à préciser.....

**M18.** La personne qui vous a reçu a-t-elle été ? /\_\_\_/ 1=Désagréable ; 2=Indifférente ; 3=Attentive et polie

**M19.** Avez-vous été satisfait de l'accueil ? /\_\_\_/ 1=Pas satisfait ; 2=Peu satisfait ; 3=Satisfait

**M20.** Comment s'est passée la consultation ? /\_\_\_/ 1=Bien ; 2=Mal ; 3=Pas mal

**M21.** Les horaires du CSCom vous conviennent ils ? /\_\_\_/ 1=Oui ; 2=Non

**M22.** Sinon pourquoi ?.....

**M23.** Le personnel sanitaire est il toujours disponible lors des heures de services ? /\_\_\_/ 1=Toujours ; 2=Souvent ; 3=Rarement ; 88=NSP

**M24.** Le coût des prestations vous est il favorable? /\_\_\_/ 1=Oui ; 2=Non

**M25.** Avez-vous acheté les médicaments qui vous ont été prescrits ? /\_\_\_/ 1=Oui ; 2=Non

**M26.** Sinon, quelle en est la raison ? /\_\_\_/ 1=Manque d'argent ; 2= Rupture du médicament ; 3=Cherté du produit ; 99=Autres à préciser.....

**M27.** Que pensez-vous de l'efficacité du traitement ? /\_\_\_/ 1=Non Efficace ; 2=Peu efficace ; 3=Efficace

**M28.** Si le traitement a été peu ou pas efficace, quelle en est la raison ? /\_\_\_/ 1=Incompétence du personnel ; 2=Sévérité de la maladie ; 3=Médicament non approprié ; 99=Autres à préciser.....

**M29.** Comment trouvez-vous l'accueil dans ce centre de santé ? /\_\_\_/ 1=Très bien ; 2=Bien ; Assez bien

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCom de Baco Djicoroni*

**M30.** Comment s'est passé la consultation ? /\_\_/ 1=Très bien ; 2=Bien ; Assez bien

**M31.** Comment trouvez-vous le coût des prestations dans ce centre ? /\_\_/  
1=Elevé ; 2=Acceptable

**M32.** Le traitement est il efficace ? /\_\_\_/ 1= Oui ; 2= Non.

**M33.** Avez-vous un enfant dont l'âge est compris entre 1 mois et 7 ans ? /\_\_\_/ 1= Oui ; 2= Non.

**M33.** Quel service de santé utilisez-vous pour votre enfant? /\_\_\_/ 1=CSCCom ; 2=Clinique ; 3=CSRef ; 4=Centre hospitalier ; 5=Médecine traditionnelle.

**M34.** Pourquoi utilisez-vous ce service en particulier ? : .....  
.....

**M35.** Que pensez vous de l'efficacité du traitement reçu par votre enfant dans ce centre de santé ? /\_\_/ 1=Non efficace ; 2=Peu efficace ; 3=Efficace ; 88=NSP

**Evaluer la satisfaction de la population par rapport à la qualité des soins reçus.**

**M36.** Etes-vous globalement satisfait du service offert ? /\_\_\_/1=Oui ; 2=Non ; 3=Plus ou moins.

**M37.** Si non, que proposez-vous pour améliorer la qualité des services ?.....

**Merci de nous avoir accordé une partie de votre temps !**

## FICHE D'ENQUETE FEMMES AGEES de 14-49 ans

**F1.** N° d'enquête : /\_\_\_/      **F2.** N° ménage : /\_\_\_/      **F3.** Age : /\_\_\_/  
1=Moins de 25ans ; 2=Entre 25 et 35ans ; 3= Plus de 35ans.

**F4.** Profession : /\_\_\_/ 1=Fonctionnaire ; 2=Commerçante ; 3=Femme au foyer ; 99=Autres à préciser.....

### **Décrire l'utilisation des services de santé par les populations de l'aire de santé de Baco Djicoroni.**

**F5.** Avez-vous fréquenté un centre de santé ces 30 derniers jours ?  
/\_\_\_/ 1=Oui ; 2=Non.

**F6.** Si oui, pour quels motifs ? /\_\_\_/ 1=Fièvre ; 2=Douleur aigue ;  
3=Vaccination ; 4=Consultations gynéco-obstétricales ; 5=Accouchement ;  
6=CPN ; 7=Soins infirmiers ; 99=Autres à préciser : .....

**F7.** De quelle maladie souffriez-vous alors selon le personnel soignant ?  
.....

**F8.** Quels sont les soins qui vous ont été délivrés par le personnel soignant par rapport à cette maladie ?.....  
.....

**F9.** Quel service de santé utilisez-vous ? /\_\_\_/ 1=CSCCom ; 2=Clinique ;  
3=CSRef; 4=Centre hospitalier ; 5=Médecine traditionnelle.

**F10.** Pourquoi utilisez-vous ce service en particulier ? .....  
.....

Si la réponse est autre que (1), passez à la question (29).

### **Evaluer la perception de la population par rapport à l'accessibilité des soins au niveau géographique, économique, organisationnel et socioculturel.**

**F11.** Le site du CSCCom est-il adéquat ?/\_\_\_/ 1=Oui ; 2=Non ; 3=Acceptable.

**F12.** Comment avez-vous trouvé les locaux? /\_\_\_/ 1=Sales; 2 =Propres ; 3=Pas mal.

**F13.** Comment étiez vous installé pendant l'attente ? /\_\_\_/  
1=Inconfortablement ; 2=Assez confortablement ; 3=Très confortablement.

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCCom de Baco Djicoroni*



**F14.** Avez-vous trouvé l'attente longue? /\_\_\_/ 1=Oui ; 2=Non

**F15.** Qui vous a reçu ? /\_\_\_/ 1=l'infirmière ; 2=Le médecin ; 3=La matrone ; 99=Autres à préciser.....

**F16.** La personne qui vous a reçu a-t-elle été ? /\_\_\_/ 1=Désagréable ; 2=Indifférente ; 3=Attentive et polie

**F17.** Avez-vous été satisfait de l'accueil ? /\_\_\_/ 1=Pas satisfait ; 2=Peu satisfait ; 3=Satisfait

**F18.** Comment s'est passée la consultation ? /\_\_\_/ 1=Bien ; 2=Mal ; 3=Pas mal

**F19.** Le personnel sanitaire est il toujours disponible lors des heures de services ? /\_\_\_/ 1=Toujours ; 2=Souvent ; 3=Rarement ; 88=NSP

**F20.** Le coût des prestations vous est- il favorable? /\_\_\_/ 1=Oui ; 2=Non

**F21.** Avez-vous acheté les médicaments qui vous ont été prescrits ? /\_\_\_/ 1=Oui ; 2=Non

**F22.** Sinon, quelle en est la raison ? /\_\_\_/ 1=Manque d'argent ; 2= Rupture du médicament ; 3=Cherté du produit ; 99=Autres à préciser.....

**F23.** Que pensez-vous de l'efficacité du traitement ? /\_\_\_/ 1=Non Efficace ; 2=Peu efficace ; 3=Efficace

**F24.** Si le traitement a été peu ou pas efficace, quelle en est la raison ? /\_\_\_/ 1=Incompétence du personnel ; 2=Sévérité de la maladie ; 3=Médicament non approprié ; 99=Autres à préciser.....

**F25.** Comment trouvez-vous l'accueil dans ce centre de santé ? /\_\_\_/ 1=Très bien ; 2=Bien ; Assez bien

**F26.** Comment s'est passé la consultation ? /\_\_\_/ 1=Très bien ; 2=Bien ; Assez bien

**F27.** Comment trouvez-vous les prix des consultations et des soins dans ce centre ? /\_\_\_/ 1=Elevé ; 2=Acceptable

**F28.** Le traitement est il efficace ? /\_\_\_/ 1= Oui ; 2= Non.

**F29.** Avez-vous un enfant de moins de 2 ans? /\_\_\_/ 1=Oui ; 2=Non.

**F30.** Si oui, avez-vous effectué les consultations prénatales (CPN) lors de la grossesse ? /\_\_\_/ 1=Oui ; 2= Non.

**F31.** Si oui, combien de visites CPN ? /\_\_\_/ 1=Moins de 3 ; 2=Entre 3 et 6.

**F32.** Si non, pourquoi ne pas avoir effectué les CPN ? :.....

.....

**F33.** Avez-vous accouché au CSCom ? /\_\_\_/ 1=Oui ; 2= Non.

F Sinon, où avez-vous accouché ?.....

**F34.** L'accouchement a-t-il été assisté par un personnel sanitaire ? /\_\_\_/

1=Oui ; 2= Non

**F35.** Avez-vous effectué des consultations post natales ? /\_\_\_/ 1=Oui ; 2=

Non

**F36.** L'enfant a-t-il été correctement vacciné ? /\_\_\_/ 1=Oui ; 2= Non

**F37.** Sinon pourquoi ?.....

**Evaluer la satisfaction de la population par rapport à la qualité des soins reçus.**

**F38.** Etes-vous globalement satisfaite du service offert ? /\_\_\_/ 1=Oui ;

2=Non ; 3=Plus ou moins

**F39.** Si non que proposez-vous pour améliorer la qualité des services? :

.....

**Merci de nous avoir accordé une partie de votre temps.**

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**Nom** : ADAM BABA-BODY

**Prénoms**: Abdel Amar Hudwahn

**Titre** : Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCom de Baco Djicoroni.

**Année universitaire** : 2009-2010

**Pays d'origine** : Bénin

**Ville de soutenance** : Bamako

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

**Secteur d'intérêt** : Médecine

**Résumé** : Il s'agit d'une étude transversale et descriptive qui s'est déroulée au sein du quartier de Baco Djicoroni en commune V du district de Bamako. Cette étude était portée sur l'utilisation des services de santé en mettant surtout l'accent sur l'offre du service à la population et avait comme objectif principal : d'évaluer la fréquentation du centre de santé communautaire de Baco Djicoroni par les populations.

La taille de notre échantillon était de 1474 cas, soit 500 chefs de ménage, 500 femmes en âge de procréer, 474 enfants et 16 prestataires de soins.

L'analyse des résultats a montré que 66% des ménages utilisent le CSCom pour résoudre leurs problèmes de santé ; 63% des ménages ont jugé la consultation de bonne qualité et 95% des ménages ont été satisfaits par leur prise en charge; le coût des prestations a été acceptable pour 82,9% des ménages ; 51,4% de la population trouvait l'accueil des prestataires bon ; 83,4% des femmes ont accouché au CSCom et enfin 84,3% des ménages se disait plus ou moins satisfait du service offert au CSCom de Baco Djicoroni.

La permanence des soins ainsi que le paquet minimum d'activités étaient bien assurés. La majorité des prestataires soit 87,5%, trouvait les infrastructures mises à leur disposition, insuffisantes pour offrir des prestations de qualité et tous estiment avoir besoin de formation continue pour une amélioration conséquente de l'offre du service.

*Utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCom de Baco Djicoroni*

---

**Mots clés** : Utilisation des services de santé, qualité des prestations, accueil, accessibilité, fréquentation, offre du service, Baco Djicoroni.

**Contact** : [hud\\_amar@yahoo.fr](mailto:hud_amar@yahoo.fr)

# *Serment D'Hippocrate*

**En** présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

**Admis** 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, de parti ou de classe sociale 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 reçue de leurs pères.

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

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

**Je le jure.**