

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

République du Mali
Un peuple - Un but - Une foi



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2020 – 2021

N°/

THESE

Utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de DARSALAM

Présentée et soutenue publiquement le 09/12/2021

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par

M. Mamby DIALLO

Pour l'obtention du Doctorat de médecine (Diplôme d'état)

JURY

Président : **Pr Guimogo DOLO**
Co-directeur : **Dr Ibrahim FALL**
Jury : **Dr Jean Baptiste GUINDO**
Jury : **Dr Sidy BANE**
Directeur : **Pr Boubacar MAIGA**

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce travail

- A mon créateur, Dieu le Tout Puissant

Je rends grâce à ALLAH, le Tout Puissant, le Très miséricordieux, le Tout miséricordieux, le gardien de l'humanité, la gloire de l'espoir, le protecteur de celui qui cherche la protection pour m'avoir guidé et donné la force nécessaire à la réalisation de ce travail.

-Au prophète Mohamed S.A.W

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

- A mon père FEU DIALLA DIALLO :

J'ai prié le bon DIEU pour que vous voyiez ce jour mais DIEU a décidé autrement. Tes conseils ton amour envers tes enfants, un père exemplaire. J'aurais voulu partager avec toi les joies de ce moment solennel de ma vie, mais le destin en a décidé autrement. BOUA, grâce à ta sagesse et à ta qualité d'homme modèle, tu as cultivé en nous le sens du respect, de l'honneur, de la dignité, de l'amour et de l'endurance dans le travail. Ton souci a toujours été de nous inculquer l'amour du travail bien fait et le sens du devoir. Reçois ici tout l'amour que je n'ai pas eu le temps de te prouver. Repose en paix BOUA et que Dieu reçoive ton âme dans son paradis éternel. AMIN.

- A ma mère HOULEY BAH

Il n'existe pas de mots Ma mère bien aimée pour te dire ce que je ressens en ce moment. Ce travail est le résultat de tes sacrifices, de tes prières, de tes conseils inlassables et quotidiens dans le seul but de voir tes enfants devenir des personnes respectueuses et respectables. Tu as pris soin de nous. Tu nous as toujours protégés. C'est cela associé à toutes tes prières qui m'ont permis de progresser. Voici le fruit de ton amour et de tes sacrifices. Merci maman ! Que le Tout Puissant t'accorde longue vie avec beaucoup de santé pour que tu puisses bénéficier des fruits de ce travail.

REMERCIEMENT

REMERCIEMENT

A mes amis et colocataires :

Comme on a l'habitude de le dire : c'est dans les moments difficiles qu'on reconnaît ses vrais amis. Sachez qu'en aucun instant je n'ai regretté votre compagnie. Merci pour votre affection et pour votre sincère fidélité. Que Dieu renforce d'avantage ce lien si sacré qui nous unit.

A mes Professeurs de la FMOS.

A tous les personnels du cabinet médical KALALE, ASACOTOM, ASACODAR.

Aux aînés : Dr DOUMBIA, Dr DEMBELE ; Dr TRAORE DAOUDA, Dr KOUYATE, Dr DRAMANE COULIBALY merci pour l'encadrement.

A mes camarades de la FMOS.

A toute la 9ème Promotion du Numéris Clausus.

A tous les personnels du groupe <<B B S>>de N'tomikorobougou.

A tous ceux de près et de loin qui ont contribué à l'élaboration de ce document

A mon groupe de travail : YACOUBA DIABY ; MAMOUDOU SISSOKO ; MADY SOW

Ensemble on a su regrouper nos forces afin de s'aider mutuellement pour franchir les différents obstacles de la vie des étudiants.

Je vous dis encore merci pour votre courage et votre persévérance et surtout pour vos soutiens dans les peines partagées.

A mes Tontons : Feu MADOU DOUMBIA HAROUNA BAH ; FOUSSEYNI DIALLO.

Les mots me manquent terriblement pour exprimer mes sentiments aujourd'hui.

- A mes tantes : PENDA BAH, ASSITAN BAH, GEDADO BAH, SALAMA DIALLO ET feu ALIMA DIALLO et toutes les autres.

Vous avez toujours fait preuve de bonne volonté et d'une grande affection dont un neveu peut vouloir. Vos bénédictions ne m'ont jamais fait défaut. Trouvez ici l'expression de mes meilleurs souvenirs et de ma reconnaissance à votre égard.

- A mes cousins et cousines

Je ne saurai oublier ce lien d'amitié de fraternité et de grande complicité qui nous unit.

Le fait de vous avoir été une source d'inspiration pour moi et je considère cela comme une chance énorme. Votre soutien inconditionnel m'a accompagné tout au long de ce travail. Je ne peux que vous rassurer que je serai toujours là pour vous.

Je vous souhaite plein succès dans tout ce que vous entreprendrez, et courage pour le reste du trajet si épineux. Je suis fier de vous. Que Dieu consolide cette cohésion entre nous.

Utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de DARSALAM

- A mes frères et sœurs : **HABIBOU DIALLO FATOUMATA DIALLO ; TAHIROU DIALLO ; MAMADOU DIALLO ; SEYDOU DIALLO.**

La fraternité n'a pas de prix dit-on. J'espère qu'elle restera toujours un lien sacré entre nous. Trouvez tous ici l'expression de mon fraternel amour. Ce travail est le vôtre.

-A ma grande sœur : **FEU MAMOU DIALLO.**

Même si tu n'es pas là, tu resteras à jamais dans mon cœur et dans mes souvenirs. Je tiens à te dire que je ne t'oublierai jamais. Je prie le bon Dieu pour qu'il t'accueille dans son paradis.

A mes ; filles et fils aimés : **HOULEY DIALLO, MARIAMA DIALLO ; DIALLA DIALLO et tous les autres.**

Mes enfants ce travail est le vôtre ; vous sachez que votre père vous aime très fort gros bisou !!!!

A tous les personnels interne et externe de l'ASACOTOM (Association de Santé Communautaire de N'Tomikorobougou) et de l'ASACODAR. Je vous adresse mes sincères remerciements lors de ma formation et bon sens d'esprit collégial. Merci de m'avoir facilité ce travail.

A tous les enseignants et professeurs qui m'ont enseigné depuis l'école fondamentale, lycée à nos jours trouvez ici mes sincères remerciements.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et président du jury

Pr. Guimogo DOLO

- PhD en entomologie et parasitologie médicales
- Responsable de l'enseignement de la génétique à la FMOS
- Chef de l'unité biologie moléculaire du MRTC.
- Membre du comité sahélien des pesticides,
- Membre du comité « Vector control Working Group » (VCWG) de ROLL Back Malaria,
- Consultant du programme santé de « Health Institut » de l'Université de Columbia.

Cher maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations, illustre bien votre générosité et votre humilité. Homme de science remarquable par vos connaissances et votre qualité pratique, c'est un véritable privilège pour nous de vous compter parmi ce jury.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

A notre Maître et directeur de thèse

Professeur Boubacar Maïga ; MD, Ph D

- Titulaire d'un PhD,
- Maître de conférences d'immunologie
- Médecin chercheur au centre de recherche et de formation du Paludisme(MRTC) de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
- Modérateur de PROMED –Francophone pour les maladies infectieuses

Cher maître,

Votre calme, votre humilité et votre patience font de vous un sage.

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 sommes fiers d'avoir appris à vos côtés. Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude

A notre Maître et Co-directeur de thèse

Dr. Ibrahim FALL

- Ex Directeur technique du CSCOM de N'tomikorobougou
- Médecin spécialiste en médecine communautaire.
- Membre du Conseil National de l'Ordre des Médecins
- Chef de service de l'unité de médecine générale du CSREF de la commune III.

Plus qu'un Co- directeur de thèse vous avez été notre guide, notre éducateur, notre ami. Vous avez dirigé ce travail avec amour et joie, sans ménager aucun effort. Vos conseils et remarques ont été d'une grande utilité à l'amélioration de ce travail. Qu'il nous soit permis cher maitre de vous exprimer notre profonde gratitude. Qu'ALLAH LE TOUT PUISSANT vous accorde une santé de fer et la longévité !

A notre Maître et Membre du jury

Dr Jean Baptiste GUINDO.

- Médecin directeur technique du CSCOM de Koulouba point G,
- DTC chargé de la santé de reproduction du CSCOM de Koulouba point G,
- Médecin enseignant chargé de cours d'anatomie, pathologie-chirurgie des écoles de santé (ESB), N'Dougou et Mouneah de BAMAKO.

Cher maître,

Nous avons l'honneur et le privilège de vous avoir parmi les juges de ce travail.

Nous avons été touchés par votre accueil, votre simplicité et votre modestie qui font de vous une personnalité remarquable.

Veillez accepter cher maître nos sincères remerciements.

Qu'ALLAH vous assiste !

A notre Maitre et Membre du jury

Dr Sydi BANE

- Enseignant chercheur,
- Médecin biologiste : titulaire d'un master en immunologie et DES en biologie clinique,
- Assistant en immunologie à la faculté de médecine,

Cher Maitre,

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Votre compétence, votre rigueur scientifique et votre discrétion nous ont émerveillés. Recevez ici cher Maitre, notre reconnaissance et notre plus grand respect. Qu'Allah vous donne une longue vie. Amen !

Sommaire

Table des matières

1. Objectifs :	3
2. Généralités :	4
2.1 Généralités sur le Mali :	4
2.1.1 Situation géographique :	4
2.1.2 Situation administrative et sociodémographique :	4
2.2 Situation sanitaire :	6
□ Historique :	6
2.3 Indicateurs de santé	7
2.4 Approche conceptuelle	8
2.4.1 Description de la recherche	8
2.5 Déterminants de l'utilisation des services de santé dans les pays en développement	10
But de l'étude :	12
3. LA METHODOLOGIE	12
3.1 CADRE ET LIEU D'ETUDE :	12
3.2 TYPE ET PERIODE D'ETUDE :	12
3.3 LA POPULATION D'ETUDE :	12
3.4 Critères d'inclusion :	12
3.5 Critères de non inclusion :	13
3.6 INSTRUMENT ET TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNEES :	13
A. Quantitative : questionnaire semi directif :	13
B. Qualitatif :	13
3.8 Gestion et analyse des données	15
4. Organigramme du CScom :	17
4.1 Qualité technique ou intrinsèque :	18
4.1.1 Aspects institutionnels :	18
4.1.2. La conformité et la stabilité des organes de gestion de l'ASACO :	18
4.2 L'Infrastructure et l'équipement :	19
4.2.1 Les infrastructures :	19
4.2.2. Liste des médicaments disponibles et leur prix de session :	19
4.2.3. Equipe technique :	19
4.3 Les horaires de travail :	20
4.5. Organisation de l'offre de service :	21
5. RESULTAT	22

Utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de DARSALAM

5.1 Résultat des activités du CSCOM :.....	22
6. Commentaires et discussions :	37
6.1. Par rapport à la méthodologie :	37
6.2 Par rapport à la qualité technique ou intrinsèque :	37
6.2 Par rapport à la qualité perçue ou extrinsèque :	38
6.2.1 Profil socio démographique :.....	38
6.2.2. Utilisation des services de santé :	38
6.3. Financement des soins :.....	39
6.4. Dimension de la qualité des soins :.....	39
6.4.1. Accessibilité :	39
6.4.2 Acceptabilité :	39
6.4.3. Réactivité :.....	40
5.4.5. Satisfaction :	40
7. Conclusion :	41
8. Recommandations :.....	41
8.1 Au plan opérationnel.....	41
8.1.1. À l'endroit des autorités sanitaires et partenaires financiers :	41
8.1.2. À l'endroit du personnel de santé :	42
8.1.3. À l'endroit des responsables des ASACO :.....	42
8.1.4. À l'endroit des communautés :.....	42
8.2. Au plan de la recherche	42
9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :.....	45
FICHE D'ENQUETE :	49

Liste des tableaux

Tableau I Tarification des actes : (en francs CFA)	20
Tableau II : Répartitions de l'échantillon selon l'Ethnie	22
Tableau III : Répartitions selon la profession	23
Tableau IV : Répartitions selon la tranche d'âge.....	23
Tableau V : Répartitions selon le nombre d'acte médical durant la période d'étude	24
Tableau VI : Répartition selon le montant payé pour une prestation médicale :	25
Tableau VII Répartition selon la fréquentation du CScom	26
Tableau VIII : Répartition selon le montant payé sur place.....	27
Tableau IX: Répartitions selon le moyen de transport utilisé	28
Tableau X : Répartitions selon le temps mis pour arriver au CScom.....	28
Tableau XI: Répartitions selon l'emplacement du CSCOM.....	28
Tableau XII : Représentation selon confidentialité des patients du CSCOM	29
Tableau XIII : Répartitions selon la présence de toilette au CScom.....	29
Tableau XIV : Répartitions selon le respect des patients au CScom.....	29
Tableau XV : Répartitions selon l'accueil du patient dans le CScom	29
Tableau XVI : Répartition selon les personnes ayant reçu une ordonnance après consultation.....	30
Tableau XVII : Répartition selon le montant élevé sur ordonnance.....	30
Tableau XVIII: Répartition selon la recommandation du CScom aux autres	31
Tableau XIX : Répartitions selon les consultations pendant les saisons de pluie	31
Tableau XX : Répartitions selon les consultations des tradithérapeutes.....	32
Tableau XXI: Répartitions selon les consultations Médicament de la rue	32
Tableau XXII : Répartitions selon la fréquence de consultations dans d'autres structures de santés	32
Tableau XXIII : utilisation des services durant la dernière saison de pluies	34
Tableau XXIV : Représentation selon le respect des patients	34
Tableau XXV : Répartitions selon l'écoute donné aux malades	35
Tableau XXVI : Répartition selon la compréhension de la maladie du patient.....	35

Liste des figures

Figure 1 : Organigramme du CScom de DARSALAM	17
Figure 2 : Répartitions selon le sexe	22
Figure 3 : Répartitions selon l'état de santé après traitement	24
Figure 4 : Répartitions selon la perte de temps lors de la consultation.....	26
Figure 5 : Répartition selon la première visite au CScom	30
Figure 6 : Répartition selon le niveau d'instruction	31
Figure 7 : Répartitions selon la dernière visite du CScom en mois	33
Figure 8 : Répartition selon la fréquentation du Cscm en année	33
Figure 9 Représentation de l'échantillon selon le statut matrimonial.....	34

Introduction :

Le lancement de la stratégie des soins de santé primaire en **1978** en Afrique, appelée <<**Initiative de Bamako**>>, a permis depuis lors de situer le rôle fondamental que les individus et les communautés doivent jouer dans le cadre de la résolution de leurs propres problèmes de santé [30].

La mise en place de l'initiative de Bamako lors de la 37^{ième} réunion de l'OMS en 1987 a permis l'introduction du système de recouvrement des coûts dans les structures sanitaires publiques, la gestion conjointe des ressources générées par le personnel de la santé et communauté ainsi que la décentralisation du secteur de la santé. La déclaration de la politique sectorielle de la santé et de la population a été adoptée par le Mali le 15 décembre 1990. La principale stratégie de cette politique sectorielle de la 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 [30]. Cette nouvelle option politique en matière de la santé a permis de faire évoluer la pyramide sanitaire du Mali en fonction des trois (3) niveaux :

- ✓ Le niveau national conceptuel
- ✓ Le niveau régional d'appui stratégique
- ✓ Le niveau périphérique opérationnel ou d'exécution

Le plan Décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) 1998-2007 a été élaboré dénommer 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 [26].

L'utilisation des services de santé de premier niveau en Afrique reste très faible malgré les efforts importants qui ont été consacrés depuis plus d'une décennie pour renforcer l'offre des soins. Il en est de même pour le Mali avec seulement 44 pour cent de la population qui a accès aux soins dans un rayon de 5km en 2002 et 45 pour cent en 2003. Des travaux de plus en plus nombreux démontrent que la qualité, telle qu'elle est perçue par les patients et leurs familles, est un des déterminants majeurs de l'utilisation des services de santé. Les comportements en cas de maladies sont fortement associés à l'image de qualité que projettent les dispensateurs de soins [5]. La faible utilisation des formations sanitaires publiques est pour une large part attribuable à une qualité des services déficients [28].

Utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de DARSALAM

On peut apprécier la qualité sous deux angles = la qualité technique qui renvoie essentiellement aux compétences et aux pratiques professionnelles et la qualité perçue (Satisfaction du patient par rapport aux services rendus) qui fait l'objet de cette étude. Elle met en relief la qualité des relations entre les patients et les professionnels de santé.

Les conceptions de la qualité de soins s'appuient, plus ou moins explicitement sur les prémisses suivantes : des ressources adéquates, utilisées selon les << règles de l'art >> conduisant à la production de services appropriées, dont la prescription (par les professionnels) et l'utilisation (par les usagers) pertinentes ont un impact positif sur la santé.

Utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de DARSALAM

1. Objectifs :

1.1 Objectif général :

- Faire une investigation de l'offre de service de santé pour la satisfaction des usagers du CSCoM de Darsalam.

1.2 Les Objectifs SPECIFIQUES :

- ✓ Évaluer la perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de Darsalam,
- ✓ Déterminer le niveau de fréquentation des services de santé par les populations de l'aire de santé de Darsalam,
- ✓ Déterminer le niveau de satisfaction de la population par rapport à la qualité des soins reçus notamment au niveau de leur globalité, de leur continuité et de leur réactivité.

2. Généralités :

2.1 Généralités sur le Mali :

La République du Mali est située au cœur de l'Afrique occidentale. Sa forme évoque selon l'image d'un historien un « papillon aux ailes inégales ».

2.1.1 Situation géographique :

Pays continental par excellence, le Mali couvre une superficie estimée à 1 241 248 km². Il partage 7200 km de frontière avec l'Algérie au Nord ; le Niger à l'Est ; le Burkina Faso au Sud-est ; la Côte-d'Ivoire et la Guinée Conakry au Sud ; le Sénégal et la Mauritanie à l'Ouest. Le relief est peu accidenté, c'est un pays de plaines et de bas plateaux. L'altitude moyenne est de 500 m. Le régime hydrographique est essentiellement constitué par les bassins du Haut Sénégal et du Niger. Le pays est traversé par ces deux grands fleuves : le fleuve Sénégal et le fleuve Niger. Le réseau hydrographique dessert surtout le sud du pays. La partie occidentale de cette zone est arrosée par le fleuve Sénégal et ses affluents, la partie orientale par le fleuve Niger et ses constituants. Le régime de l'ensemble de ce réseau est tropical : hautes eaux en période hivernale et basses eaux en saison sèche. Ainsi, du Sud au Nord, 25% du territoire est situé dans la zone soudanaise, 50% dans la zone sahélienne et 25% dans le désert du Sahara. Le climat est sec avec l'alternance d'une saison sèche et d'une saison pluvieuse qui dure en moyenne 5 mois au sud et moins d'un mois au nord. Le niveau des précipitations diffère également en fonction des zones : 1300 à 1500 mm de pluie par an au sud du pays, la moyenne est de l'ordre de 200 mm par an au nord. Le delta intérieur du Niger est caractérisé par un climat particulier. Avec ses 300 km de long sur 100 km de large, il joue un rôle régulateur dans le climat de la région. Cette nappe d'inondation est une véritable mer intérieure au cœur même du sahel [20].

2.1.2 Situation administrative et sociodémographique :

Le Mali est divisé en **10 régions** économiques, administratives (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao, Kidal, Ménaka et Taoudéni) et le **district de Bamako** qui a rang de région (Située sur les rives du fleuve « le fleuve du sang », la ville de Bamako est construite dans une cuvette entourée de collines. Elle s'étend d'Ouest en Est sur 22 km et du Nord au Sud sur 12 km, pour une superficie de 267 km². Le district de Bamako compte une forêt classée, celle de Koulouba qui s'étend sur une superficie de 2 010 ha) ; **49 cercles** (actuellement préfectures) ; **258 arrondissements** (actuellement sous-préfectures) et **703 communes** [29]. Selon les données du cinquième recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) en 2019, le Mali comptait environ **19.66 millions** habitants dont **51% de**

Utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de DARSALAM

femme et 49% d'homme. La densité est d'environ 16,24 habitants au kilomètre carré. En. La majorité de la population du pays réside en milieu rural (74,5 %). Le taux d'urbanisation est de 22,5 %. La répartition spatiale est inégale.

La population des femmes en âge de procréer (15-49 ans) s'élevait à 3.189.905 et représentaient ainsi la prévision est de 20,6 millions en 2025 et 34,2 millions en 2050. La répartition spatiale est inégale : moins de 10% de la population occupe les $\frac{3}{4}$ de la superficie [20]. La population est caractérisée par sa jeunesse : La répartition par âge met en évidence une forte proportion de jeunes. En effet, 18 % de femmes et 21 % d'hommes sont âgés de 15-19 ans ; environ 20 % de femmes et 14 % d'hommes appartiennent au groupe d'âges 25-29 ans. Puis, au fur et à mesure que l'âge augmente à partir de 25-29 ans, on constate une diminution régulière des proportions. Globalement, ces caractéristiques reflètent la structure d'une population jeune. En ce qui concerne l'état matrimonial, on relève que 85 % de femmes et 63 % d'hommes étaient en union. Du fait que les hommes ont tendance à se marier plus tard que les femmes, la proportion de célibataires est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (37 % contre 14 %). À l'inverse, la proportion de personnes en rupture d'union (divorce, séparation ou veuvage) est nettement plus élevée chez les femmes (2 %) que chez les hommes (1 %). L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est estimé à 6,1 enfants par femme ; l'ISF est plus élevé en milieu rural (en moyenne, 6,5 enfants par femme) qu'en milieu urbain (5,0 enfants). Pour le désir d'enfants : Parmi les femmes actuellement en union, 21 % ont déclaré ne plus vouloir d'enfants (supplémentaires). À l'opposé, 69 % des femmes ont déclaré qu'elles souhaitaient un enfant ou un autre enfant : 34 % ont déclarés qu'elles souhaitaient un enfant ou un autre enfant dans les deux années à venir, et 28 % souhaiteraient cet enfant plus tard (après deux ans) c'est-à-dire qu'elles expriment le désir d'un certains espacements des naissances. Par ailleurs, 7 % des femmes voudraient un enfant ou enfant supplémentaire mais elles ne savent pas quand. L'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes de 15-49 ans en union n'est pas très élevée : 10 % ont déclaré utiliser une méthode contraceptive quelconque, et la plupart utilise une méthode moderne (10 % contre moins de 1 % pour les méthodes traditionnelles). Dans l'ensemble, 74 % de femmes ont consulté un professionnel de santé durant la grossesse de leur naissance la plus récente. La couverture vaccinale des femmes enceintes contre le tétanos est encore faible au Mali : moins de la moitié des femmes (47 %) ont reçu les injections antitétaniques requises pour prévenir le tétanos néonatal. Pour la connaissance du VIH, la grande majorité des femmes (83 %) et presque tous les hommes (96 %) ont déclaré avoir entendu parler du VIH/sida. Il est particulièrement bas chez les filles avec 33,3% contre 47,1% pour les garçons. L'économie

Utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de DARSALAM

repose essentiellement sur l'agriculture, l'élevage et la pêche. Les taux de fréquentation scolaire par âge détaillé et par sexe, montrent que les taux de scolarisation des filles et des garçons augmentent globalement jusqu'à l'âge de 11 ans. Bien que les taux de fréquentation scolaire des garçons soient, globalement, toujours plus élevés que ceux des filles, on constate un « décrochage » des filles par rapport aux garçons à partir de 15 ans, âge auquel 46 % des garçons fréquentent l'école contre 36 % des filles. À 18 ans, l'écart est plus important puisque seulement 20 % des jeunes filles fréquentent encore l'école, contre 34 % des garçons Pour les taux.

2.2 Situation sanitaire :

- **Historique :**

Avant 1960, les soins de santé étaient gratuits et le secteur privé inexistant [19]. Dès les années 1970 les difficultés financières ont fait que l'Etat ne pouvait plus assurer correctement le fonctionnement des formations sanitaires publiques. Parallèlement les besoins de santé des populations ne cessaient de croître d'année en année [2]. Dès lors le principe de la gratuité des soins était remis en cause. A la suite de la stratégie des soins de santé primaires, définie lors de la conférence mondiale d'Alma Ata en 1978, le Mali a élaboré en 1981 une charte de développement sanitaire. L'exercice privé de la médecine été autorisé en 1985 au Mali. En 1987, la 37ème réunion du comité régionale l'OMS a été tenue à Bamako. La première association de santé communautaire a vu le jour dans le quartier Banconi (du district de Bamako) le **12 juillet 1988** sous le nom **ASACOBA** qui créa donc le 1^{er}CSCOM le **09 mars 1989**. Les résultats jugés satisfaisants après une année d'activité, ont favorisé le développement de ce nouveau type de formation sanitaire « privé communautaire à but non lucratif », dont les principes de fonctionnement cristallisaient l'ensemble des recommandations de l'initiative de Bamako [9]. Le 15 décembre 1990, le Mali fit une déclaration de Politique Sectorielle de Santé et Population (PSSP) dont le but était « d'améliorer le niveau de santé de la population et plus particulièrement celui des femmes et des enfants » [9]. De 1992 à 1997, le Projet Santé Population et Hydraulique Rurale (PSPHR) a été le principal instrument de mise en œuvre de cette politique sectorielle de santé et de population. Elle consistait à la décentralisation du secteur de la santé par la création de CSCOM gérés par les ASACO. En 1996, le Département a lancé l'élaboration d'un plan décennal de développement en adoptant une approche dite « **approche programme** » [9]. Celle-ci consistait à avoir une vision globale et intégrée du développement sanitaire à la place

Utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de DARSALAM

de « l'approche projet ». Ainsi, en Juin 1998, le gouvernement malien a adopté le second Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS 1998-2007) après celui de 1981-1990. Le premier programme quinquennal de ce plan est le Programme de Développement Sanitaire et Social PRODESS (1998-2002). Ce Programme quinquennal 1998-2002 avait pour but essentiel d'atténuer la dégradation persistante de l'état de santé de la population malienne, malgré les efforts importants déployés par l'état malien avec l'appui de ses partenaires. Les objectifs spécifiques visés sont :

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

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 était considérablement faible en 2019 :

- Taux de couverture sanitaire : 30 à 40% dans un rayon de 5 et 15km,
- Taux de mortalité néonatale : 35 pour mille,
- Taux de mortalité post néonatale : 23 pour mille,
- Taux de mortalité juvénile : 42 pour mille,
- Taux de mortalité infanto-juvénile : 98 pour mille,
- Taux de mortalité maternelle : 582/100000 naissances vivantes,
- Taux brut de mortalité : 45,1 pour mille,
- Taux de couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois :
 - BCG : 84% ;
 - DTCP1 :80% ;
 - Rougeole : 72%.
- 38% des enfants de moins de 3 ans souffrent de malnutrition chronique
- 8,6% des enfants de moins de 3 ans souffrent d'épisodes de diarrhées.

Selon une étude d'évaluation de l'impact des maladies chez les enfants de moins de 15 ans en milieu rural au Mali (Duflos et al, 1986, cité par HI, 1995), il a été établi que les principales

Utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de DARSALAM

causes de mortalité et de morbidité étaient dues surtout au paludisme (24,9%), les maladies diarrhéiques et gastro-entérites (13,3%), les problèmes néo-natals (11,0%), les infections respiratoires aiguës (10,0%), la rougeole (10,0%), la malnutrition (8,9%), les hémoglobines (8,9%), le tétanos (2,6%). L'organisation du système de santé comprend trois niveaux :

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

Le niveau intermédiaire ou régional qui joue le rôle d'appui au niveau périphérique.

Le niveau opérationnel qui joue un rôle de planification, programmation et d'exécution des opérations.

En matière de soins curatifs, le Mali disposait en 2019 :

- 9 hôpitaux nationaux de 3ème référence ;
- 1 centre national d'odontostomatologie ;
- 1 institut d'ophtalmologie tropical
- 58 hôpitaux de 2ème référence ;
- 1368 CSCom ;
- 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 :

2.4 Approche conceptuelle

2.4.1 Description de la recherche

Au lendemain de leur indépendance les pays africains y compris le Mali déclareraient la santé comme un droit et instauraient le système de santé favorisant l'accès aux soins de santé pour tous. Cependant les systèmes de santé hérités de la période coloniale, basés sur les infrastructures hospitalières lourdes n'étaient pas adaptés à la répartition démographique et aux besoins de santé de base de ces pays.

Les années 80 virent donc une réorganisation profonde des systèmes de santé en Afrique avec une forte décentralisation et une stratégie axée sur la prévention et les soins de santé primaires.

Les pays africains surendettés ne pouvaient plus financer leurs services de santé, l'idée du financement des coûts des prestations auprès des malades fit son apparition au début des

Utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de DARSALAM

années 80 et fut officiellement lancé par l'OMS à Bamako en septembre 1987 sous le nom d'initiative de Bamako (IB). Son postulat de base était que le malade serait prêt à payer une somme raisonnable pour sa santé à condition qu'il puisse trouver un service et un personnel qualifié adapté à la demande.

Les politiques de santé des pays africains au sud du Sahara ont connu de nombreuses réformes depuis trois décennies. Dès les années 1985 au Mali, nous avons eu l'apparition d'un secteur privé communautaire à but non lucratif et privé à but lucratif (médecines, pharmacies, laboratoires, cabinets dentaires), [03]. La plupart des politiques nationales de santé accompagnées par les partenaires au développement ont considérablement renforcé l'offre publique de soins de premier niveau. Mais en dépit de cet accroissement substantiel de l'offre des soins, le taux d'utilisation des structures de soins reste faible dans l'ensemble de ces pays et oscillait entre 0,10 et 0,30 contacts par personne et par an [03]. Au Mali, la politique sectorielle de santé repose sur une décentralisation de système de soins basée sur la garantie des soins de santé primaire assurés par des centres de la santé (publics, communautaires, privés ou confessionnels) [5]. Cette politique semble occulter, ou du moins, sous-estimer l'importance des différents modes de vie et de représentations sociales des populations locales. La question qui nous préoccupe ici réside dans le constat général d'une faible fréquentation des services de santé (publics, privés ou communautaires) par les populations locales [24]. En effet, la perspective adoptée est de chercher à comprendre la manière dont la maladie s'articule à la culture et sa prise en compte par les institutions et les symboles de la société. Dans la relation thérapeutique la personnalité du patient, son caractère, son environnement physique, psychologique, croyance sont prises en compte en plus des symptômes cliniques [27,28]. Aux vues de toutes ces remarques le constat est fait que depuis IB beaucoup d'efforts ont été mis en œuvre pour répondre aux questions concernant des patients au niveau I dont nous sommes à la recherche de sa qualité et la dimension anthropologique de l'accueil dépend de ce dernier. Dans le souci de trouver une solution à l'amélioration de la qualité des soins nous examinerons dans quelle mesure pourrions-nous évaluer l'importance de l'anthropologie médicale au cours de l'accueil du patient et améliorer les soins. [3, 12, 7]

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

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

- Les déterminants financiers (recouvrement des coûts, paiement direct des soins, niveau de revenu des ménages, prix et coût des soins, coût de transport, couverture de maladie) ;
- Les déterminants liés à la qualité des soins (qualité structurelle, disponibilité en médicaments, processus de soins, relation soignant /soigné, qualité perçue, satisfaction des usagers) ;
- Les déterminants socioculturels.

Les autres déterminants sont plus spécifiques et dépendants de l'environnement (accès géographique, état de santé des patients), des caractéristiques des individus (âge, genre, instructions) et des cultures et pratiques (perception de la maladie et de sa gravité) [16]. D'après **Kroeger (1983)**, qui a compilé plusieurs études réalisées dans les pays en développement et celle réalisée en 2000 sur les aspects liés à l'utilisation des accoucheuses traditionnelles [31]. Il ressort les principaux déterminants de l'utilisation des services de santé dans ces pays et les regroupés de façon suivante :

- **Caractéristiques des individus ou les facteurs prédisposant** : sociodémographiques (l'âge, le sexe, l'éducation, la taille de la famille, le statut matrimonial, la religion, l'ethnie) ;
- **Caractéristiques liées à la maladie, aux perceptions** que les patients ont de la maladie (caractère chronique ou aigu, bénin ou sévère de la maladie, les contextes étiologiques, les caractéristiques contextuelles, les caractéristiques individuelles, le comportement de santé et les résultats de santé [2].

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

Utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de DARSALAM

taux de morbidité, de mortalité et de handicap). **Les caractéristiques individuelles** présentent les mêmes caractéristiques que les précédents.

Cadre conceptuel :

A la lumière des indicateurs du tableau ci-dessous :

Année	Nombre de consultation curative	Nombre de CPN	Nombre d'accouchement
2016	1424	221	21
2017	1588	243	43
2018	441	401	109
2019	2472	167	49
Totale	5925	1032	222

But de l'étude :

Contribuer à accroître l'utilisation des services de santé grâce à l'accès à des soins de qualité.

3. LA METHODOLOGIE

Notre étude s'est déroulée comme suit :

3.1 CADRE ET LIEU D'ETUDE :

L'étude s'est déroulée au centre de santé communautaire de DARSALAM ; un quartier de la commune III du district de Bamako.

3.2 TYPE ET PERIODE D'ETUDE :

Notre étude transversale descriptive par sondage aléatoire simple s'est réalisée en 2019 pendant 9 mois, dont 1 mois de collecte des données ; 3 mois d'encodage, saisie, épuration et analyse des données ; et 5 mois de rédaction de la thèse.

3.3 LA POPULATION D'ETUDE :

Les habitants de l'aire de santé de DARSALAM ; qu'il soit utilisateur ou non des services du centre de santé communautaire de DARSALAM afin d'apprécier leur niveau de satisfaction par rapport aux services offerts par le centre de santé

- ✓ **Echantillonnage ;** Exhaustif
- ✓ **Budget d'étude ;** Propre fond
- ✓ **Produit attendu :** Document de thèse

3.4 Critères d'inclusion :

- ❖ Hommes et femmes âgés de 15 ans et 70 ans.
- ❖ Résidents dans l'aire de santé à DARSALAM depuis au moins 6 mois.

3.5 Critères de non inclusion :

- ❖ Personnes qui ne peuvent pas répondre aux questions à cause de déficit ou handicap (déficience intellectuelle, démence etc.).
- ❖ Personnes de moins de 15 ans.
- ❖ Personnes ne résidants pas dans l'aire de santé de DARSALAM depuis au moins 6 mois.
- ❖ Personnes ne voulant pas participer à l'étude.

3.6 INSTRUMENT ET TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNEES :

A. Quantitative : questionnaire semi directif :

Le questionnaire quantitatif permet de recueillir les caractéristiques des participants tels qu'âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle ainsi que d'autres caractéristiques ou questions fermées jugés important pour l'étude en question, en se basant sur une revue de la littérature. Il doit être court, neutre et anonyme. On peut également y inclure une question concernant la motivation et/ou la satisfaction de la participation. Son objectif est avant tout de démontrer la pertinence de l'échantillon choisi dont les limites doivent être expliquées lors de la discussion.

B. Qualitatif :

Focus group composé par :

- Le médecin chef du CSREF CIII
- Le chef de service de l'unité de médecine générale du CSREF CIII
- Le représentant des DTC du CSREF CIII
- Le DTC du Cscm de DARSALAM
- Les responsables de la maternité et de l'unité PEV du Cscm de DARSALAM
- Le président de l'ASAODAR et son comité de gestion
- Le chef de quartier de DARSALAM
- La représentante des femmes et des jeunes de DARSALAM
- Le directeur d'école de tomikorobougou

• Guide d'entretien de focus group :

La méthode des focus groupes (groupes focalisés) est une méthode qualitative de recueil des données. Il s'agit d'une technique d'entretien de groupe, un groupe de discussion semi structuré, modéré par un animateur neutre en présence d'un observateur, qui a pour but de collecter des informations sur un nombre limité de questions définies à l'avance.

• L'organisation logistique des groupes de discussion

- Le lieu de réunion :

Utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de DARSALAM

Les séances doivent avoir lieu dans un endroit neutre, agréable et convivial, dans une atmosphère détendue et peu bruyant. Le lieu de réunion doit être facilement accessible à la population ciblée. La discussion a lieu autour d'une table (pas trop grande) pour stimuler la discussion car les individus doivent se voir les uns les autres et placés sur un pied d'égalité.

-La date et l'horaire

Le choix de la date et des horaires de la réunion doit être bien réfléchi et s'adapter aux contraintes personnelles de chacun des participants.

- L'accueil des participants

L'accueil est important car un climat de convivialité favorise les échanges. En début de séance la mise à disposition de rafraîchissements permet de mettre en place une atmosphère chaleureuse et détendue.

- La constitution des groupes Il faut essayer de constituer des groupes assez homogènes pour que les débats soient fructueux et égalitaires. Plus les groupes sont homogènes plus vite on arrivera à saturation d'idées et inversement. Néanmoins, il faut s'adapter à la disponibilité des participants.

- Le matériel d'enregistrement doit être performant et placé au milieu de la table accessible à toutes les voix.

- Le nombre de groupes à organiser est déterminé par l'obtention de « saturation d'idées », défini comme le moment où il n'y a pas d'émergence de nouvelles idées majeures dans les groupes et n'est donc pas connu d'avance. En moyenne, il faut 3 à 4 groupes focalisés pour chaque profil de participants pour répondre à ce principe de « saturation d'idées », mais cela dépend de la complexité de sujet à traiter et de l'échantillon.

- **Guide d'interview individuelle approfondie :**

L'enquête par interview individuelle permet de récolter des informations approfondies et personnelles sur les représentations de ce qu'est un étudiant en bonne santé, sur les problèmes de santé des étudiants et leurs déterminants, et sur leurs liens avec les études. Elle offre aussi l'avantage de ne pas représenter de difficultés particulières d'organisation. L'enquête donne l'occasion de repérer les partenaires potentiels et de cerner comment chacun définit les responsabilités de l'école et des étudiants par rapport à la santé. Les résultats de cette enquête constituent le matériel sur lequel se baser pour concevoir le questionnaire de l'enquête quantitative, mais aussi pour déterminer déjà les grandes lignes du projet santé. Enfin, grâce à ces différentes rencontres personnelles, le processus de promotion de la santé au sein de l'école commence à prendre son envol.

Utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de DARSALAM

Il s'agit d'un questionnaire personnel

- ❖ Un questionnaire sur la qualité technique ;
- ❖ Un questionnaire portant sur l'appréciation générale de la qualité des soins (accessibilité ; acceptabilité ; continuité ; réactivité des soins ; accouchement et consultation générale)
- ❖ La collecte des données se fera à partir du questionnaire sur une fiche d'enquête individuelle pour l'appréciation de la qualité perçue. L'appréciation de la qualité technique se fera par une analyse documentaire des différents rapports existants pour apprécier les différents indicateurs de ressources et d'utilisation des services.
- ❖ Pour apprécier la qualité des soins, nous allons considérer le concept de qualité perçue par population, en développant les stratégies basées sur :
 - La satisfaction de la population par rapport à la qualité des soins reçus notamment au niveau de leur globalité, de leur continuité et de leur réactivité.
 - La perception de la population par rapport à l'accessibilité des soins niveau géographique organisationnel économique et socioculturel.
 - Les besoins non comblés par les populations.

Cependant, pour renforcer les éléments de l'analyse, nous allons introduire des éléments tirés de la qualité technique appuyée par les éléments du processus de mise en œuvre à travers :

- Les équipements disponibles,
- L'état des locaux
- Les ressources humaines disponibles et leur niveau de qualification,
- L'organisation des soins
- La disponibilité des médicaments essentiels et
- Le cout des médicaments
- Le déroulement de la collecte des données concernera un nombre d'échantillon bien déterminé ; placé vers les populations ; et le respect de l'éthique et de la déontologie médicale fera partie

3.8 Gestion et analyse des données

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 19. Des vérifications des données ont été faites sur la base de l'examen de la distribution des variables. L'analyse statistique descriptive a été faite par des tableaux croisés

3.9 Considérations éthiques :

L'enquête a été basée uniquement sur l'interrogatoire ne comportant de danger pour les personnes interviewées

Au contraire elle a permis de faire des échanges d'information fructueuse entre l'enquêteur et la population (y compris les tradithérapeuticien)

Les résultats ont permis de connaître les compléments d'information qui sont nécessaire a apporté à la population

Les bonnes pratiques médicales ont été respectées et les résultats seront diffusés sous forme d'atelier, de séminaire ou e publication

L'adhésion a l'enquête a été libre et sans contrainte toutes les personnes interviewées pouvaient volontairement arrêter sa participation à n'importe quel moment de l'étude.

Les fiches de consentements ou d'assentiment éclairé préétablie ont été soumises dans un climat de confidentialité absolue.

4. Organigramme du CScom :

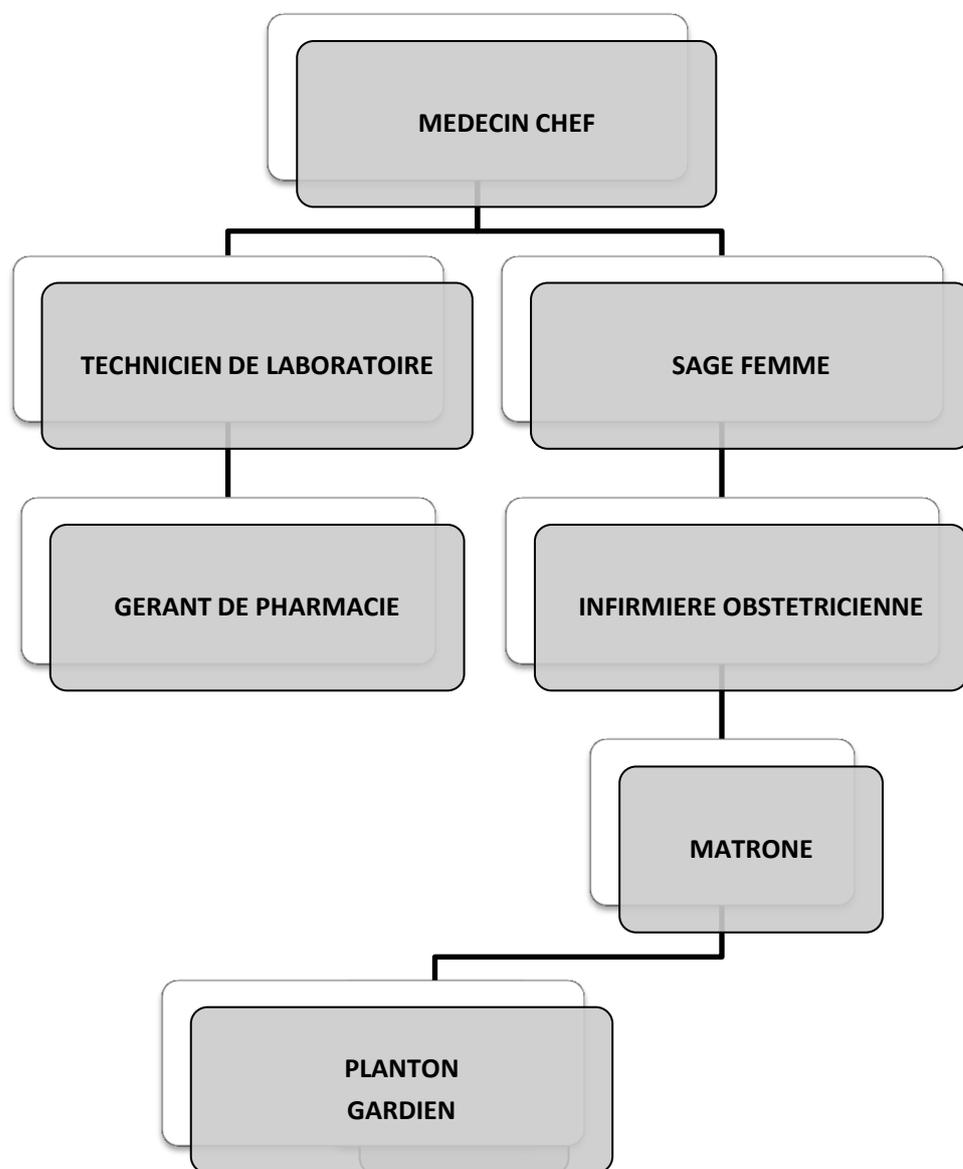


Figure 1 : Organigramme du CScom de DARSALAM

Utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de DARSALAM

Ce chapitre comprend deux parties :

- La première concerne la **qualité technique ou intrinsèque**, elle porte sur le rapport d'activité du CSCoM, l'infrastructure, le personnel, la gestion du CSCoM, l'organisation du travail et le système de financement des soins (tarification et subventions).
- 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 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 termes de qualité et de satisfaction des usagers du CSCoM.

4.1 Qualité technique ou intrinsèque :

4.1.1 Aspects institutionnels :

Le centre de santé communautaire de DARSALAM a vu le jour le 02 mars 1993. Sa construction a été rendue possible grâce à la contribution des habitants de DARSALAM.

Située dans la commune III du District de Bamako, la population de DARSALAM en 2019 était de 16123 habitants. Le quartier de DARSALAM est limité à l'Est par le centre commercial. A l'Ouest par le quartier du N'tomkorobougou, le Nord par la colline de Koulouba, et au Sud par ouolobougou Bolibana. L'ASACO dispose d'un récépissé de déclaration fournit par les autorités administratives.

4.1.2. La conformité et la stabilité des organes de gestion de l'ASACO :

Conformément au cadre institutionnel et réglementaire tel que précisé, L'ASACO de Darsalam, compte actuellement les organes suivants :

L'assemblée générale qui est l'instance suprême de l'ASACO est composée de l'ensemble des représentants du quartier de l'aire de santé qui sont au nombre de 17. L'assemblée générale se réunit chaque mois. La dernière assemblée générale de l'ASACO date du 25 juillet 2019 soit un taux de réalisation des AG de 100 %. Le **conseil d'administration** : est souverain dans la prise de décisions du centre.

4.2 L'Infrastructure et l'équipement :

4.2.1 Les infrastructures :

Le CSCOM comprend deux unités : un dispensaire et une maternité.

- **Le dispensaire** comprend 6 pièces dont une salle de consultation,

Une salle de soin, une salle d'observation une salle pour le laboratoire et une pharmacie (une pharmacie pour le jour et la nuit).

- **La maternité** comprend 5 pièces dont une salle de consultation pour la sage-femme, une salle d'accouchement, une salle de suite de couche une salle de garde et une salle pour l'enfant sain et pour le PTME

Les bâtiments sont en dur, en bon état, et bien aérés. L'éclairage est assuré par l'électricité et la source d'eau potable est constituée de robinet. Le système de gestion des déchets biomédicaux est fonctionnel. Les déchets sont incinérés dans une fosse à ciel ouvert se trouvant dans l'arrière-cour du centre. Un incinérateur permettra une meilleure gestion des déchets biomédicaux et garantira la sécurité et l'hygiène des patients et des soignants. Les salles sont propres, le sol est fait en carreau et en ciment qui est balayé et essuyé tous les jours. Les ordures ne traînent pas dans la cour. Le centre de santé communautaire de Darsalam 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.

4.2.2. Liste des médicaments disponibles et leur prix de session :

Le centre dispose d'une gamme riche de médicaments essentiels tous en dénomination commune internationale (DCI) (voir liste en annexes)

4.2.3. Equipe technique :

Le personnel du CSCOM comprend **10** agents :

- - **un médecin généraliste** payé par la collectivité territoriale.
- **Une sage-femme diplômée d'état** payée par la collectivité territoriale.
- **Une infirmière nutritionnelle** : payée par la collectivité territoriale
- **Un technicien de laboratoire** ; payé par l'ASACO
- **Deux gérantes de pharmacie** payées par l'ASACO ;
- Et **un gardien manœuvre** payé par l'ASACO.
- **Une gestionnaire** payée par l'ASACO ;
- **Une obstétricienne** payée par la collectivité territoriale ;
- **Deux hygiénistes** payées par l'ASACO.

Utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de DARSALAM

Par ailleurs, d'autres agents bénévoles exercent dans le centre.

➤ **Les partenaires :**

- **UTM :** Dans le cadre des activités de mutualités pour lesquelles une collaboration fructueuse existe entre les deux entités,
- **ONG-jigi :** pour leur soutien à la gérance des médicaments et des documents ;
- **ONG ACTED :** pour la collaboration dans le cadre des contrats (prise en charge de 250 femmes déplacées du nord) ;
- **Le projet norvégien MPN :** pour le partenariat dans le cadre de l'appui aux femmes du quartier ;
- **La Mairie de la commune III :** pour la mise en place de la Convention d'Assistance Mutuelle (CAM) avec les ASACO de la commune, pour l'aide apportée dans le cadre des contributions de l'Etat transférées aux collectivités pour la lutte contre la maladie ;
- **La CANAM :** dans le cadre de mise en œuvre de l'AMO.

4.3 Les horaires de travail :

La permanence est assurée de 8 h à 14h 00mn tous les jours ouvrables assurée par le médecin généraliste et de 14 h 00mn pour la garde et 8h à 8h du jour suivant pour les jours fériés assurés par les étudiants de la médecine partir de la classe de la 5eme année.

4.4. Tableau I Tarification des actes : (en francs CFA)

TABLEAU I : TARIFS PRATIQUES SELON LES TYPES D'ACTE MEDICAUX :

Activites	Adherents	Non adherents
consultation medicale	300	600
Accouchement	2500	2500
injection	250	250
pansement	200	200
perfusion	500	500
CPN	500	500
suture	2000	2000
carnet PF(DIU)	1000	1000
Jadel	3000	3000
Confiance inj	1600	1600
circoncision	6000	6000

Utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de DARSALAM

Il n'y a pas de différence significative entre adhérents et non adhérents dans la tarification des actes.

4.5. Organisation de l'offre de service :

L'organisation de l'offre de service est assurée par un médecin généraliste. La permanence est assurée grâce au service de garde de sage-femme aidée par les étudiants en médecine (5ème année au moins) qui assurent surtout les activités curatives. La permanence de soins n'est pas assurée pour les activités préventives (vaccination, CPN) qui se font tous les mardis pour la vaccination. La planification familiale se fait à tout moment

5. RESULTAT

5.1 Résultat des activités du CSCOM :

Tableau II : Répartitions de l'échantillon selon l'Ethnie

Ethnie	Effectifs	Pourcentage (%)
Bambara	138	46,0
Peulh	58	19,4
Dogon	15	5,0
Malinkés	52	17,3
Bobo	3	1,0
Autres	34	11,3
Total	300	100

Autre ethnie : Sonrhaï, woolofs, senufo, Sarakolé,

L'ethnie bambara était la plus représentée avec un taux de **46%**.

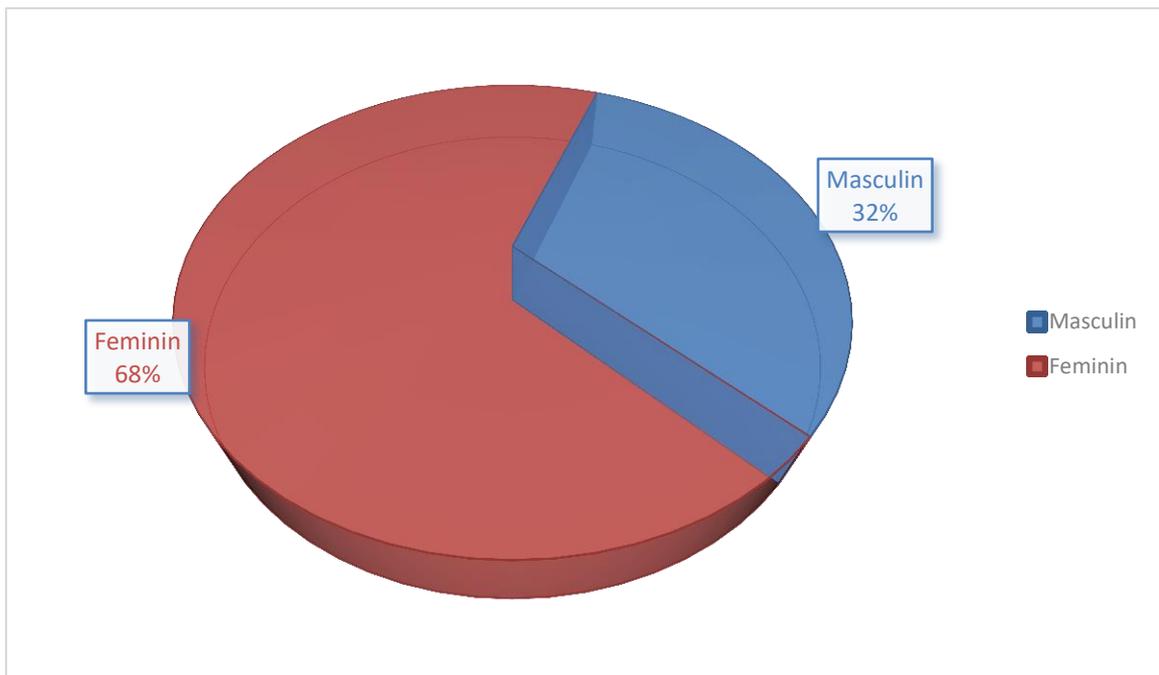


Figure 2 : Répartitions selon le sexe

Le sexe féminin était le plus représenté avec un taux de **68%**, avec un Ratio de **2,16** en faveur des femmes.

Tableau III : Répartitions selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage (%)
Fonctionnaires	69	23
Ménagère	18	6
Eleveurs	55	18,3
Commerçant(e)	137	45,7
Cultivateurs	6	2
Autres	4	1,3
Etudiant	11	3,7
Total	300	100

Autre : gardien, batteur, Cuisinier, policier

Les commerçants étaient les plus représentés avec un taux de **45,7%**.

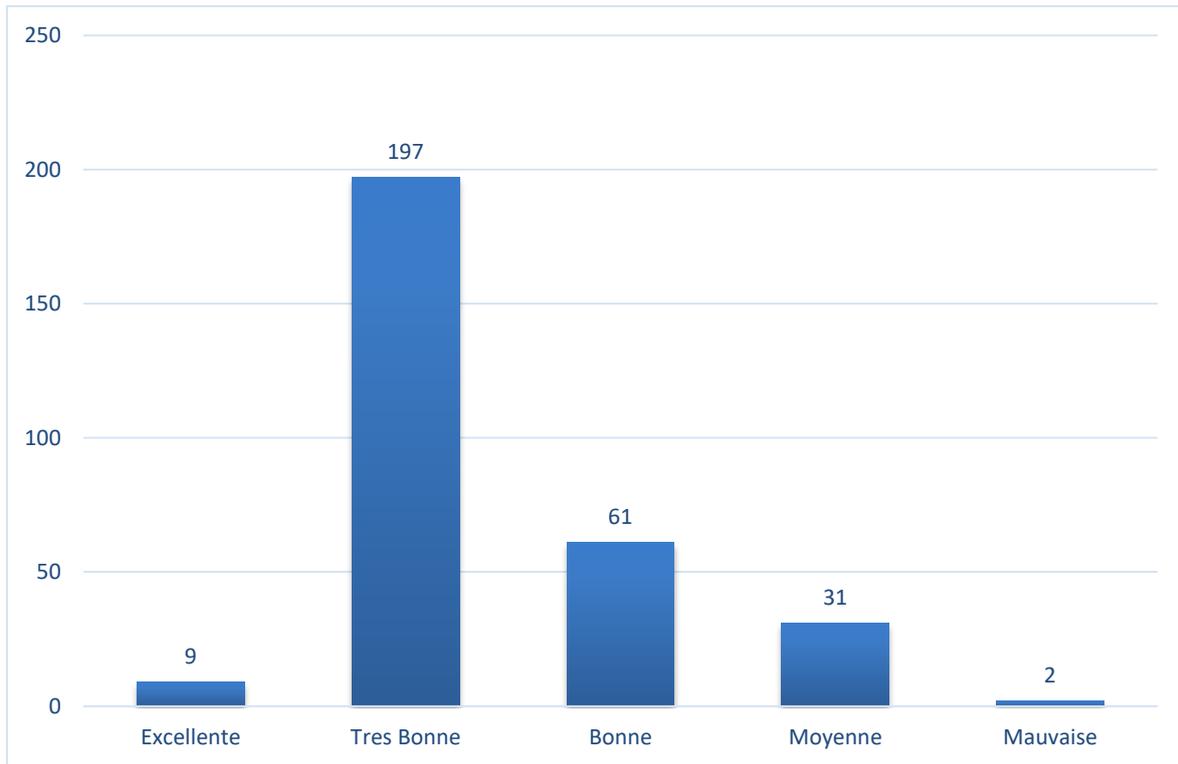
Tableau IV : Répartitions selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage (%)
[15-25[	19	6,3
[25-35[	117	39,0
[35-45[	112	37,3
[45et plus [	52	17,4
Total	300	100

La tranche d'âge de [25-35[et [35-45[étaient les plus représentés avec un taux respectivement de **39 %** et **37,3%**.

Avec une moyenne de **37,87 ans**, Ecartypes : **38,5 ans** Extrême allant de : **15 ans** à **70 ans**

Figure 3 : Répartitions selon l'état de santé après traitement



Au cours de notre étude 197 personnes avaient un bon état de santé soit un taux de **67,5%**.

Tableau V : Répartitions selon le nombre d'acte médical durant la période d'étude

Acte médicale	Effectifs
Consultation	200
CPN	33
Accouchement	17
Injection	400
Pansement	220

Tableau VI : Répartition selon le montant payé pour une prestation médicale :

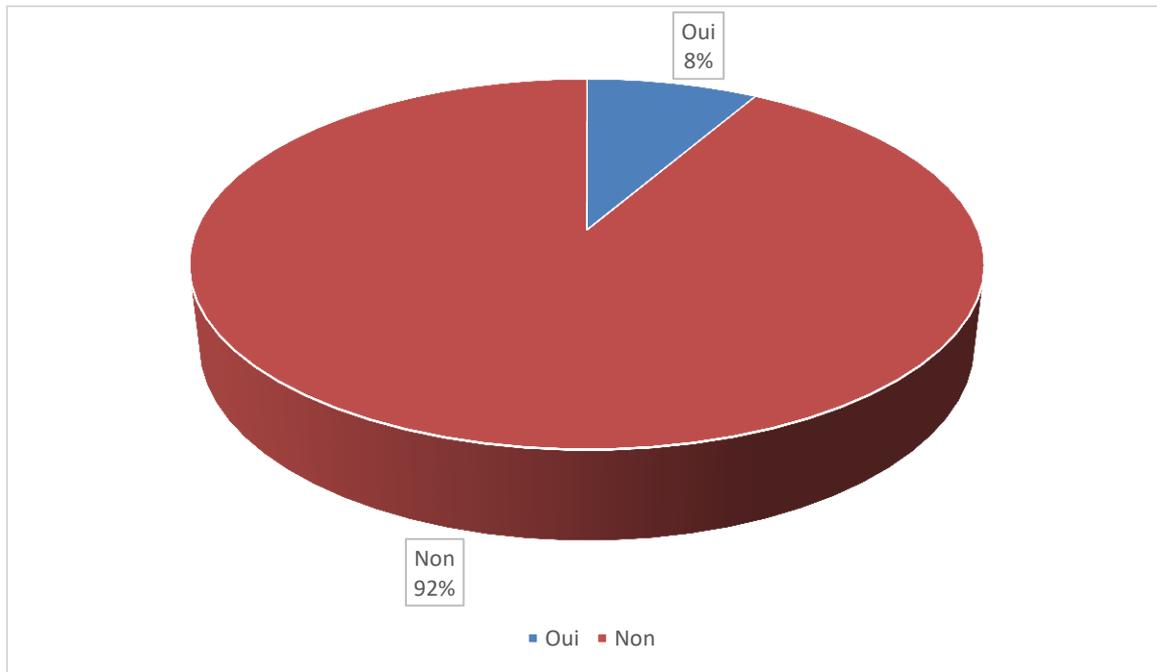
Montant en FCFA	Effectifs	Pourcentage (%)
200	9	3,0
250	3	1,0
300	16	5,3
350	1	0,3
500	158	53,0
600	72	24,0
700	1	0,3
750	1	0,3
1000	33	11,0
1300	1	0,3
2000	1	0,3
2500	1	0,3
8500	1	0,3
15000	2	0,6
Total	300	100

Le montant de 500 FCFA était le plus représenté avec un taux de **53%**

Moyenne : **652,39 FCFA**, Médiane : **500 FCFA**, Ecart-type : **1304,836FCFA**

Intervalle **1500FCFA** Minimum : **200FCFA** Maximum : 15000CFA

Figure 4 : Répartitions selon la perte de temps lors de la consultation



Les personnes ayant subi la perte de temps lors de la consultation étaient représentées avec un taux de **8%**.

Tableau VII Répartition selon la fréquentation du CScom

Fréquentation	Effectifs	Pourcentage (%)
Toujours	196	77,7
Souvent	40	15,9
Parfois	15	6,0
Jamais	1	0,4
Total	252	100

La fréquentation du CScom la plus représentée était la modalité toujours avec un taux de **77,8%**.

Tableau VIII : Répartition selon le montant payé sur place

Montant payé sur place	Effectifs	Pourcentage (%)
200	95	31,7
250	23	7,7
300	104	34,7
350	3	1,0
400	1	0,3
500	51	17,0
600	3	1,0
700	3	1,0
750	1	0,3
800	2	0,7
850	1	0,3
1000	8	2,7
1100	1	0,3
2000	3	1,0
2800	1	0,3
Total	300	100,0

Le montant le plus représenté était 300 FCFA avec un taux de **34,7%**

Moyenne : **318,06FCFA** Médiane : **288,98FCFA** Mode : **300FCFA**

Ecart-type : **321,344FCFA** Intervalle : **2800FCFA** Minimum : **0 FCFA**

Maximum : **2800FCFA** Somme : **91600FCFA**

Tableau IX: Répartitions selon le moyen de transport utilisé

Transport utilisé	Effectifs	Pourcentage (%)
A pied	230	91
En moto	17	7
Voiture	5	2
Total	252	100

La marche à pied pour aller au CScom était la plus représentée avec un taux de **91,3%**

Tableau X : Répartitions selon le temps mis pour arriver au CScom

Tranche de temps en minute	Effectifs	Pourcentage (%)
[0,5[	53	17,7
[5,10[	127	42,3
[10,15[	78	26,0
[15,20[	40	13,3
[20,25[	2	0,7
Total	300	100

La tranche de temps [5,10[était la plus représentée avec un taux de **42,3%**. Moyenne : **7,15**

min Médiane : **5,69 min** Mode : **5min**

Ecart-type : **3,906min** Intervalle : **19 min** Minimum : **1 min**

Maximum : **20 min** Somme : **1867 min**

Tableau XI: Répartitions selon l'emplacement du CSCOM

Bon Emplacement CSCOM	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	294	98
Non	6	2
Total	300	100

L'emplacement du CSCOM était acceptable par la population de DARSALAM a un taux **98%**.

Tableau XII : Représentation selon confidentialité des patients du CSCOM

confidentielle	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	275	92
Non	25	8
Total	300	100

La confidentialité des patients était assurée à **91,7 %**.

Tableau XIII : Répartitions selon la présence de toilette au CScom

Toilette	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	219	73
Non	81	27
Total	300	100

La présence des toilettes dans le CScom avait un taux de 73%.

Tableau XIV : Répartitions selon le respect des patients au CScom

Respect du patient	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	273	91
Non	27	9
Total	300	100

Au cours de notre étude 273 patients ont répondu oui au bon respect soit un taux de **91%**.

Tableau XV : Répartitions selon l'accueil du patient dans le CScom

Accueille	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	274	91,3
Non	26	8,7
Total	300	100

Au cours de notre étude 274 patients ont affirmé oui l'accueil bon soit un taux de **91,3%**.

Tableau XVI : Répartition selon les personnes ayant reçu une ordonnance après consultation

Reçu ordonnance	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	277	92,6
Non	23	7,4
Total	300	100

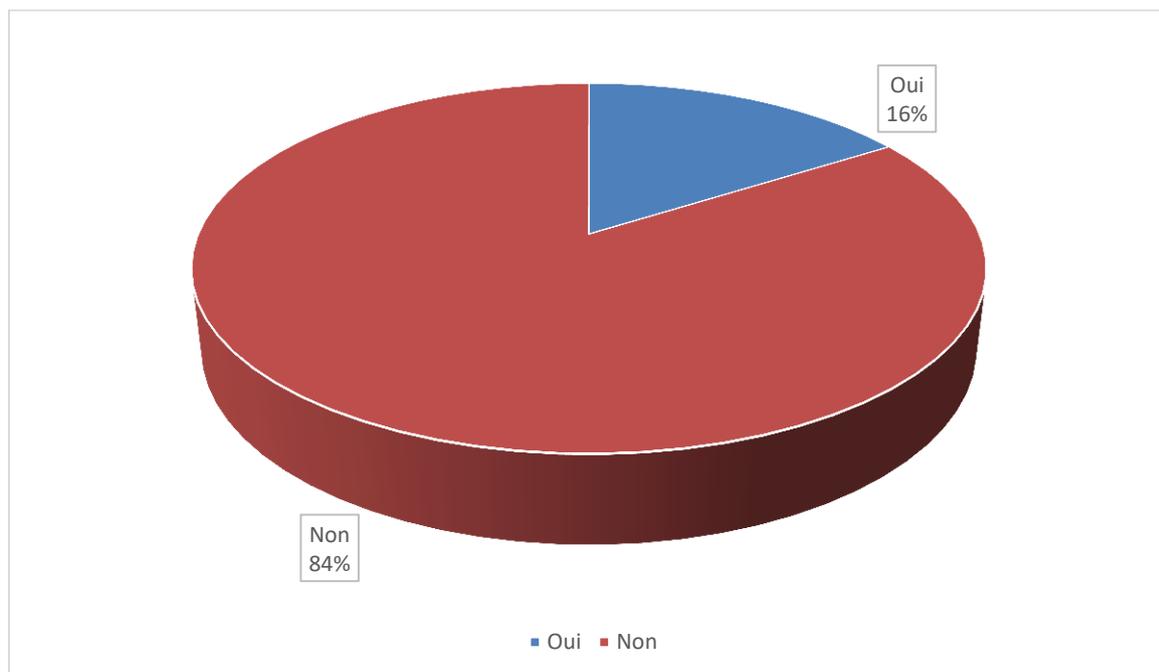
Au cours de notre étude 277 personnes ont reçu des ordonnances après consultation soit un taux de **92,6%**.

Tableau XVII : Répartition selon le montant élevé sur ordonnance

Montant élevé ordonnance	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	46	15,3
Non	254	84,7
Total	300	100

Au cours de notre étude 46 personnes ont répondu pour un montant élevé soit un pourcentage de **15,3%**.

Figure 5 : Répartition selon la première visite au CScom



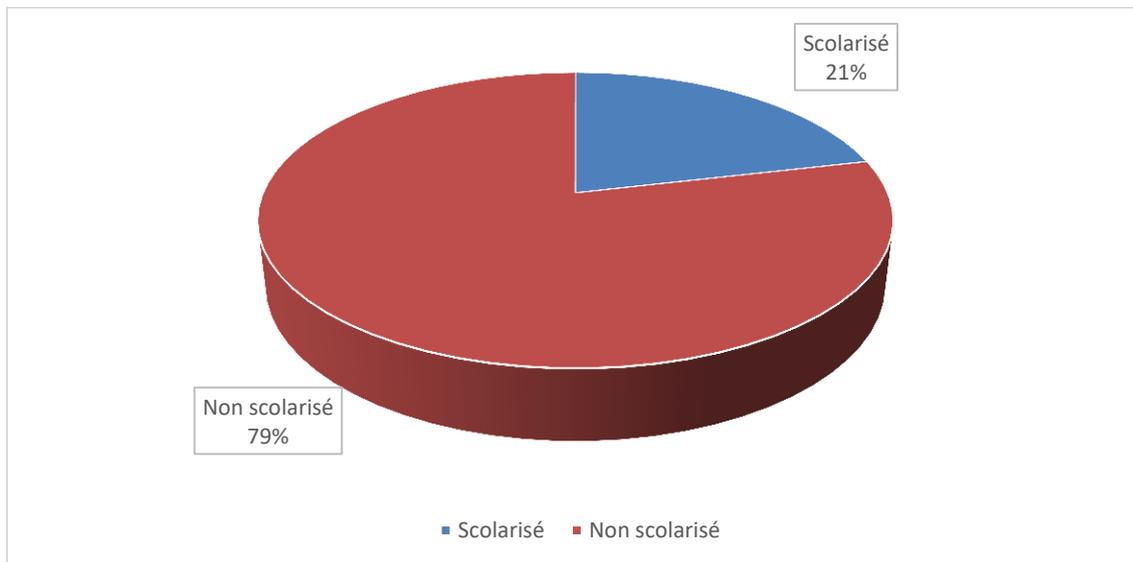
La première visite dans le CSCOM était représentée avec un taux de **16%**.

Tableau XVIII: Répartition selon la recommandation du CScom aux autres

Conseiller vous ce CScom	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	226	75,3
Non	74	24,7
Total	300	100

Au cours de notre étude 226 ont répondu oui pour la recommandation du CScom aux autres, soit un taux de **75,3%**.

Figure 6 : Répartition selon le niveau d'instruction



Au cours de notre étude la majorité était non scolarisée avec un taux de **79%**.

Tableau XIX : Répartitions selon les consultations des guérisseurs traditionnel pendant les saisons de pluie

Consultation traditionnelles	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	19	6,0
Non	281	94,0
Total	300	100

Au cours de notre étude 19 personnes consultaient le guérisseur traditionnel soit un taux de **6%**.

Tableau XX : Répartitions selon les consultations des tradithérapeutes

Médicament de la rue	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	18	6,0
Non	282	94,0
Total	300	100

Au cours de notre étude 18 personnes faisaient des consultations traditionnelles soit un taux de 6%.

Tableau XXI: Répartitions selon les consultations Médicament de la rue

Hospitalisé	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	16	5,3
Non	284	94,7
Total	300	100

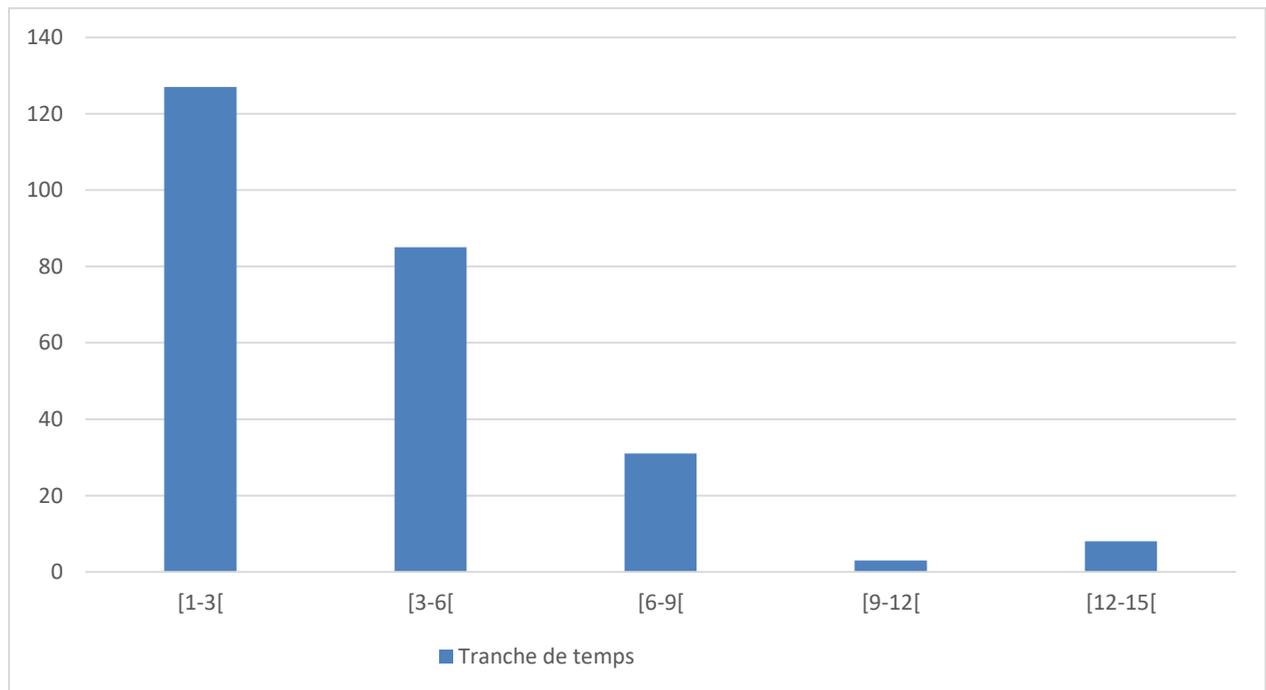
Au cours de notre étude 16 personnes avaient été hospitalisés soit un taux de 5,3%.

Tableau XXII : Répartitions selon la fréquence de consultations dans d'autres structures de santés

Autre structure de santé	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	47	15,7
Non	253	84,3
Total	300	100

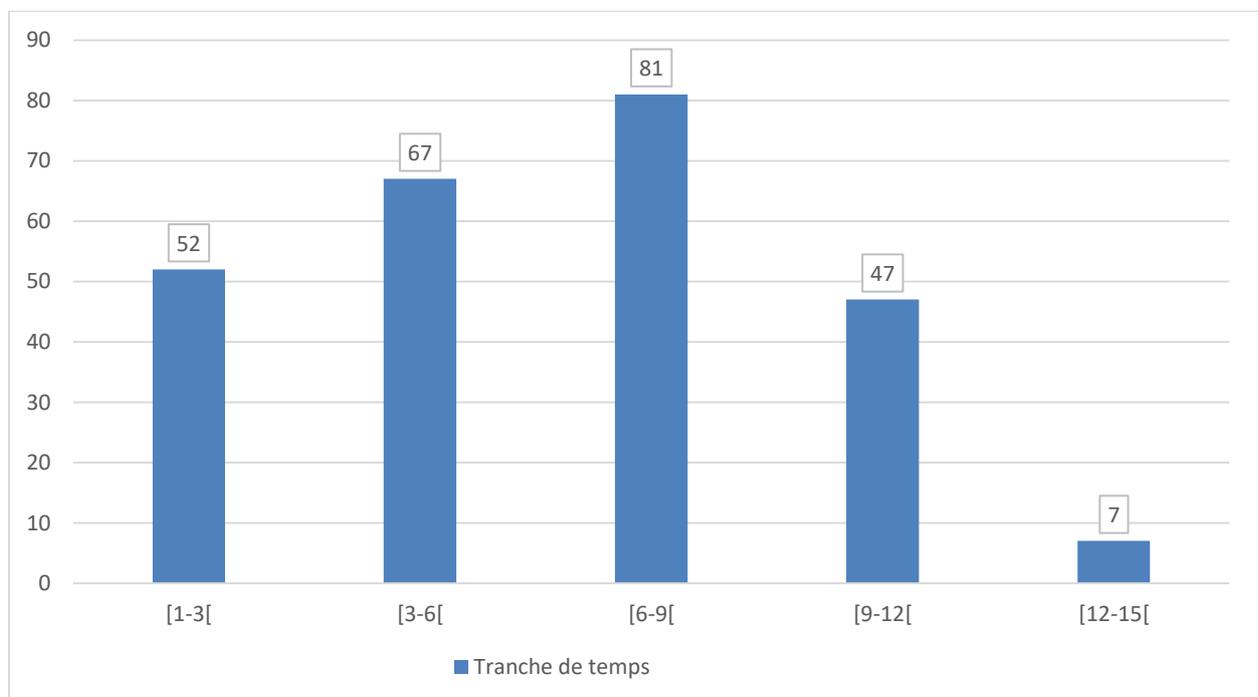
Au cours de notre étude 47 personnes consultaient d'autres structures de santé soit un taux de 15,7%.

Figure 7 : Répartitions selon la dernière visite du CScom en mois



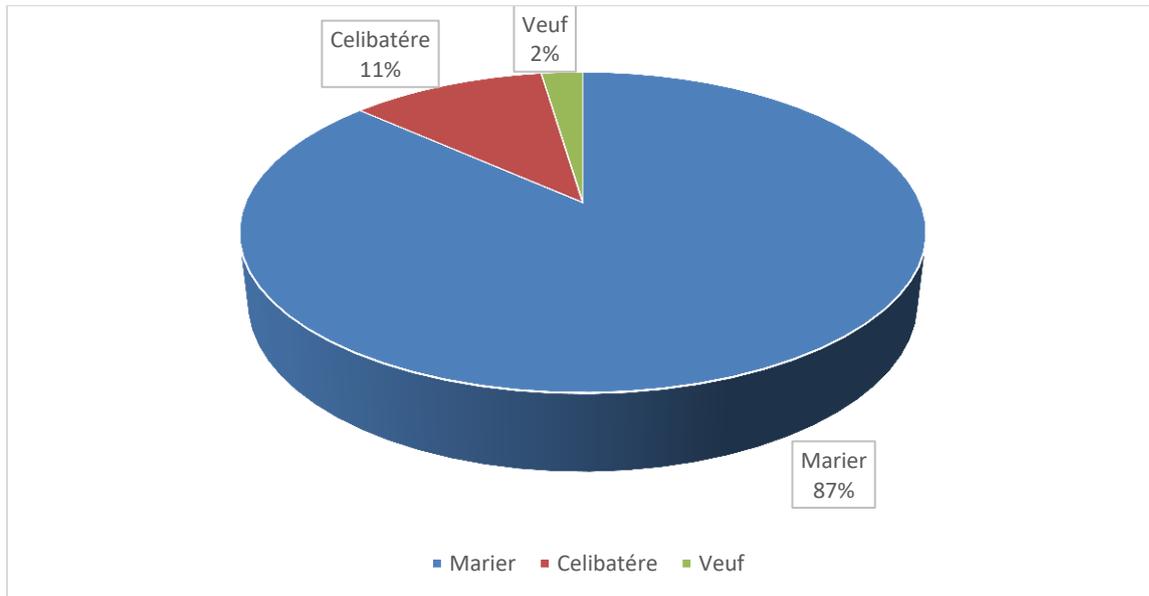
La tranche de temps [1-3 [était la plus représentée soit un taux de **50%**.

Figure 8 : Répartition selon la fréquentation du Cscom en année



La tranche de temps [6-9 [année été la plus représentée avec un pourcentage de **27%**.

Figure 9 Représentation de l'échantillon selon le statut matrimonial



Au cours de notre étude **87%** avaient un statut matrimonial marié.

Tableau XXIII : utilisation des services durant la dernière saison de pluies

Hospitalisations pendant la saison des pluies	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	40	16,3
Non	205	83,7
Total	245	100

Au cours de notre étude **16,3%** des patients étaient hospitalisés pendant la saison des pluies

Tableau XXIV : Représentation selon le respect des patients

Respect du patient	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	273	91
Non	27	9
Total	300	100

Au cours de notre étude **91%** ont répondu oui pour le respect du patient

Tableau XXV : Répartitions selon l'écoute donnée aux malades

Prêter attention aux malades	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	283	94,3
Non	17	5,7
Total	300	100

Au cours de notre étude **94,3%** ont été satisfait de l'attention donnée par le Médecin.

Tableau XXVI : Répartition selon la compréhension de la maladie du patient

Mieux comprendre sa Maladie	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	289	96,3
Non	11	3,7
Total	300	100

Au cours de notre étude **96,3%** ont pu mieux comprendre leurs problèmes de santé pour lequel ils sont venus en consultation.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

6. Commentaires et discussions :

6.1. Par rapport à la méthodologie :

Nous avons rencontré quelques difficultés :

- Dans un premier temps le refus de quelques personnes en raison de l'absence de leurs chefs de ménage, eux même étant en location.
- Secondairement le nombre relativement élevé de questions.
- En fin l'absence des hommes qui généralement n'étaient pas à la maison au moment des entretiens.

Malgré ces difficultés, l'enquête s'est déroulée dans de bonnes conditions, la taille de l'échantillon désirée a été obtenue.

6.2 Par rapport à la qualité technique ou intrinsèque :

La qualité technique fait référence à un ensemble de critères qui conditionnent la fonctionnalité et la viabilité du CSCoM, lui permettant de garantir l'offre de service de qualité acceptable pour tous.

Un centre de santé est dit fonctionnel lorsque certains critères définis par la politique sectorielle de santé sont remplis à savoir l'état du bâtiment, l'existence et la fonctionnalité des organes de gestion de l'ASACO, la qualité et le nombre des agents de santé et le niveau des différentes activités réalisées par le centre.

Le CSCoM de DARSALAM dispose de local propre et suffisant en termes de nombre de salles et peut même faire face à d'autres activités complémentaires notamment le laboratoire. Le bâtiment est en dur en bon état, bien aéré et bien éclairé. Par rapport aux aspects institutionnels, supports juridiques de l'existence du CSCoM, il existe une association de santé communautaire (ASACO) dont les organes de gestion (Assemblée Générale, Comité d'Administration, Comité de gestion, et de comité de surveillance) existent et fonctionnent à travers la tenue de réunions statutaires. Ces différentes réunions sont tenues régulièrement. L'organisation du CSCoM bien structurée car les archives sont bien tenues particulièrement les registres de consultation curative et de vaccination. Quant aux personnels de santé, il n'est pas conforme aux normes en termes de quantité et de qualité avec un médecin généraliste, une sage-femme, deux techniciens de laboratoires, un infirmier, une gérante de pharmacie, un gardien et un auxiliaire. La plupart des CSCoM sont tenus par 4 agents dont deux de santé et dans plus de 90 % des cas sont tenus par des infirmiers (1) le plus souvent de santé

Utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de DARSALAM

(Techniciens de santé). Le CSCOM de Darsalam par contre, compte plus que la moyenne du nombre d'agents par rapport au niveau régional et national dont un médecin et une sage-femme, ce qui représente un critère technique important pour l'acquisition de service de santé de qualité.

Depuis, sa création jusqu'à nos jours, le CSCom de Darsalam a toujours été dirigé par un médecin.

Par rapport à l'offre de service, le CSCom dispense le paquet d'activité mais pas complètement, car les activités promotionnelles en particulier l'hygiène et l'assainissement, la récupération et l'éducation nutritionnelles ne sont pas tout à fait offertes. Le niveau d'offre des activités curatives est satisfaisant.

Les activités promotionnelles et préventives ne sont pas offertes au complet, il y'a un manque de sensibilisation, d'éducation sanitaire et la planification familiale offertes au quotidien. Les activités d'immunisation ne sont pas dispensées complètement.

6.2 Par rapport à la qualité perçue ou extrinsèque :

6.2.1 Profil socio démographique :

L'échantillon étudié compte 68 % de femmes et 32 % d'hommes. L'ethnie Bambara représente 46 %. La tranche d'âge 25-35 et 35-45 ans était les plus représentés 39 % et 37 % de l'échantillon. Par rapport au niveau de scolarisation, 79 % de la population est analphabète alors que dans l'étude de Coulibaly L (15), sur la sous fréquentation des CSCom, 89,1% des femmes de Banamba, et 85,1 % des femmes de Dioila sont analphabètes, ceci explique que le taux de non scolarisation est très élevé à Darsalam. Les élèves représentent 16,14% de la population de Darsalam. Au plan matrimonial, 11 % de personnes enquêtées sont célibataires ; avec 39,58 % de ménagères.

6.2.2. Utilisation des services de santé :

L'échantillon a fréquenté le CSCom pour une première fois (16%) s'y rendent en première intention face à un problème de santé. Par ailleurs, en plus des services du CSCom, 7% des utilisateurs consultent aussi les guérisseurs traditionnels et 6% utilisent les « médicaments de la rue ». Dans l'étude sur l'utilisation des services de premier niveau en Afrique [26], il ressort que le facteur bloquant l'utilisation des services de santé est l'absence de qualité tant perçue qu'objectif. Dans cette étude, nous dirons que le facteur limitant l'utilisation du CSCom est multiple : socio culturel d'une part faisant que les gens ne se consultent qu'en cas

Utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de DARSALAM

de maladie grave, financier d'autre part dû au coût élevé de la prise en charge au CSCCom. Par ailleurs, le manque de confiance est un facteur limitant l'utilisation des services pour d'autres. Parmi les femmes n'utilisant pas les services du CSCCom, non utilisation des accoucheuses traditionnelles, peut contribuer à améliorer la fréquentation du CSCCom. L'automédication traditionnelle reste un facteur important de sous fréquentation du CSCCom.

6.3. Financement des soins :

Le coût moyen de l'ordonnance a été estimé à 6462 FCFA, ce qui est largement au-dessus du coût moyen de l'ordonnance dans les CSCCom variant entre 760 et 1845 FCFA et même à celui du centre de santé de référence qui varie aussi entre 1 302 et 2 430 FCFA [4]. Ce coût élevé s'explique par le fait que les actes (injection, perfusion, pansement etc.) sont payés chaque fois que les patients viennent pour un acte médical. Dans tous les cas 78% des usagers trouvent le coût des médicaments acceptable contre 22% qui déplorent la cherté. Dans une étude effectuée sur la qualité des soins dans les CSCCom de Koulikoro [26], 55,6% des enquêtés trouvaient le coût des médicaments abordable. Dans l'étude d'Alfarock [25], 80% des usagers trouvent le montant des frais de médicaments acceptable.

6.4. Dimension de la qualité des soins :

6.4.1. Accessibilité :

La plupart des usagers soit 91% vont à pied parmi lesquels, 64,19% ne font que 10 à 20mn sur le trajet du CSCCOM.

Au Mali, l'enquête démographique de santé en 2001 a trouvé que la distance parcourue pour atteindre un établissement de santé est un obstacle pour 41% des femmes. 96,52% des usagers ont eu accès aux toilettes comparativement à l'étude de Kanta K [11] où 79,4% des usagers ont utilisé les toilettes. Le CSCCom est accessible à tout moment le service étant assuré en permanence.

6.4.2 Acceptabilité :

La quasi-totalité de l'échantillon étudié, 99%, trouve l'emplacement du CSCCom adéquat. 96% des utilisateurs ont beaucoup compris leurs problèmes de santé grâce aux services du CSCCom. Par rapport au temps d'attente, 99% n'ont pas considéré le temps mis avant de se faire consulter. Dans l'étude de Kanta K [11] 91% des usagers ont trouvé le temps d'attente acceptable.

6.4.3. Disponibilité :

La disponibilité dépend de beaucoup de facteurs comme l'infrastructure, l'équipement, le stock des médicaments et le personnel. Par rapport aux infrastructures, 99% des usagers trouvent les locaux propres et accueillants, 83,7% disent qu'ils étaient installés confortablement.

Dans l'étude de Coulibaly L [4], 92,8% des femmes de Banamba et 94% des femmes de Dioila étaient installées confortablement. Les toilettes étaient propres selon 59% des usagers. Le dépôt pharmaceutique du centre n'a pas enregistré de ruptures importantes de médicaments. La disponibilité en médicaments semble bonne, car, 95 % des usagers du CSCom ont obtenu la totalité de leurs médicaments prescrits au dépôt du centre avec des explications adéquates pour la prise. Dans l'étude de Coulibaly L (15), seulement 54,1 % des femmes de Banamba ont acheté leurs médicaments à la pharmacie du CSCom.

6.4.3. Réactivité :

La réactivité des soins se rapporte à l'accueil des prestataires de soins, à leur considération et compassion envers les usagers. Par rapport au premier, 91% trouvent que l'accueil se fait avec beaucoup de courtoisie. Cette opinion est conformément supérieure aux études de Kanta K [13] et d'Alfarock [29] où respectivement 64,9% et 56,2% trouvent l'accueil bon. Par rapport au respect, 98% des usagers trouvent que les prestataires les respectent beaucoup et 54,88% disent qu'ils accordent beaucoup d'attention à leurs problèmes de santé. 92% disent que leur consultation a été beaucoup confidentielle. Si dans l'étude de Kanta K 96% déclarent la même opinion, l'enquête de la direction régionale de la santé sur la qualité des soins dans les communes V et VI du district de Bamako avait montré que pour la consultation curative, l'intimité et la confidentialité n'étaient pas respectées [2]. Dans l'étude d'Alfarock [29], près de 55% des usagers estiment que la consultation se déroule dans la plus grande confidentialité.

6.4.5 Continuité des soins :

Référence évacuation et faire appel d'une ambulance.

5.4.5. Satisfaction :

Nous pouvons dire que plus la moitié des usagers (67,7%) a été satisfaits de la qualité des soins reçus et 11% n'ont pas été vraiment satisfait, ce qui est inférieur à l'étude de Dongmo R, L, [2] où 88,7% des personnes interrogées ont été satisfaites des prestations offertes. Dans l'étude de Kanta K, 75% des usagers ont été très satisfaits des soins reçus.

7. Conclusion :

La présente étude sur la qualité perçue des soins, bien qu'elle ne soit pas une première n'a eu l'avantage de poser concrètement les pistes de réflexion pouvant découler sur l'appréciation de la qualité technique des soins. Dans cette étude, nous avons abordé principalement la qualité sous l'angle de sa perception par les utilisateurs des soins, en particulier en milieu urbain au niveau d'une formation sanitaire de premier recours dirigé par un médecin. Bien que nous ayons abordé de façon superficielle la qualité technique, celle-ci se traduit par la fonctionnalité de l'ASACO à travers l'existence des organes de gestion qui tiennent leurs réunions dans plus de 95% des cas. Un personnel qualifié et disponible en permanence dont le nombre dépasse celui habituellement en place au niveau des autres CSCom du pays, contribue à l'amélioration de qualité des soins. Les locaux et l'équipement disponible sont suffisants pour assurer le PMA. Des efforts doivent être faits dans l'organisation de l'approvisionnement en médicaments essentiels.

Au plan de la performance du centre, nous avons noté une augmentation des activités du CSCom. Ainsi, la demande de consultation curative a évolué.

Quant au financement, le centre peut faire face à ses charges à partir de ses ressources propres même sans subventions extérieures

8. Recommandations :

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

8.1 Au plan opérationnel

8.1.1. À l'endroit des autorités sanitaires et partenaires financiers :

- ❖ Encourager et 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.

Utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de DARSALAM

- ❖ Ajouter des personnellles dans le centre de Darsalam l'effectifs est bas comparer aux autres cescom
- ❖ Appuyer le centre de santé communautaire en équipements de laboratoire et de chirurgie de type 1 (Hernie, Hydrocèle,) pour renforcer la qualité du diagnostic, facteur de renforcement de la qualité des soins.
- ❖ 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.

8.1.2. 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 et la planification familiale.
- Afficher les prix des médicaments, des prestations.
- Renforcer la gestion organisationnelle et financière de l'ASACO.
- Assurer une meilleure gestion des médicaments 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 et en évitant les occasions manquées dans le domaine de la santé de la reproduction.

8.1.3. À l'endroit des responsables des ASACO :

- Signer la convention d'assistance mutuelle avec les autorités communales.
- Améliorer les conditions de travail du personnel de santé
- -Organiser des tournées de sensibilisation dans l'ensemble de l'aire afin d'améliorer la fréquentation du CSCOM.

8.1.4. À l'endroit des communautés :

- Informer et sensibiliser d'avantage les maris de l'importance de la consultation prénatale et post natale, de l'accouchement au CSCOM et de la planification familiale et de l'inconvénient de l'automédication traditionnelle, de « pharmacie par terre » et de l'accouchement à domicile.

8.2. Au plan de la recherche

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

Utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de DARSALAM

Quels sont les déterminants de la sous fréquentation ayant une implication dans la qualité des soins ?

Quels déterminants de l'automédication traditionnelle peuvent offrir des soins de qualité ?

Quels sont les principaux déterminants de la qualité technique des soins au niveau des formations sanitaires nationales ?

Les CSCom peuvent-ils offrir de services de qualité tout en assurant leur capacité de recouvrement des coûts ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. AG Iknane A et Col.

Diagnostic institutionnel et organisationnel des ASACO du district de Bamako : GIE SPT ; 2001.

2. AG IKNANE A, KADJOKE M, TRAORE K 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. Bamako : UE ; 2003.

3 AG IKNANE A, DIAKITE HM, MAIGA M.

Santé communautaire, soins de qualité, participation. In: Brunet-Jailly J, (Ed).

Innovier dans les systèmes de santé : Expérience d'Afrique de l'Ouest. Paris : Karthala ; 1997.

30. Alma Ata, 1978 :

Initiative de Bamako ; santé pour tous ou maladie pour chacun

4. AUDIBERT M, ROODENBEKE E.

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

5. Abin JS, GUILDEY DK, DENTON EH.

Quality of Services and Demand for Health Care in Nigeria, a Multinational Profit Estimation. *Social Sciences and Medicine*.1995; 40: 1527-1537.

6. ALMOUSTAKINE Ag Alfarock Perception de la qualité des soins par les populations au centre de santé de référence de Kidal (cercle de Kidal), thèse médecine n°65. Bamako : FMPOS ; 2008.

7. Balique H, Ouattara O, et Ag Iknane A.

Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali. *Santé Publique* 2001 ; 1(13) : 35-48.

8. BIADILLAH MC.

Développer un cadre institutionnel favorable à l'assurance qualité, *Qualité Santé*, Rapport, Septembre 2003.

9. COULIBALY L.

Etude sur la sous fréquentation des centres de santé communautaire dans la région de Koulikoro, thèse de Médecine n°210. Bamako : FMPOS ; 2005.

10. Coulibaly M.

Connaissance du terroir : l'histoire du village de Dialakorodji. Dialakorodji : 2000.

11. Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation pour le Survie de l'enfant.

Bulletin du CREDOS N°011, Parution semestrielle Décembre 2007.

Bamako : CREDOS ; 2007.

12. Direction nationale de la santé.

Rapport SLIS, Bulletin du 1er semestre 2004. Bamako : DNS ; 2004.

13. Direction nationale de la santé.

Annuaire SLIS 2004. Bamako : DNS ; 2005.

14. Djoutsop DRL.

Etude de la qualité des consultations curatives et prénatales au CSCom de l'Hippodrome en commune II du district de Bamako, thèse Médecine n°45. Bamako : FMPOS ; 2004.

15. Donabedian, A. (1992)

Mise en place de la stratégie d'évaluation des pratiques et des programmes de santé à travers une informatique distribuées.

16. Donabedian A (1990).

Mémoire sur la qualité des soins infirmiers.

17. Doumbia B.

Une vue des bureaux de la cellule de planification et de statistique (CPS) du département de la santé. Regards. Janvier 2007. 9-10.

18. FOURNIER P, HADDAD S.

Dimension de la qualité de services de santé en Afrique au Sud du Sahara. In: Brunet-Jailly J, eds. Innover dans les systèmes de santé : Expérience d'Afrique de l'Ouest. Paris: Karthala; 1997; 275-90.

19. Kanta K

Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de Sègue (Kolokani), thèse médecine n°161.

Bamako : FMPOS ; 2007.

20. Kanté N, Soumaré N'Diaye, Niagaly A.

Qualité des soins dans les centres de santé communautaires de la région de Koulikoro (République du Mali). Bamako : INRSP ; 1997.

21. Keita H

Relations fonctionnelles entre villages, CSCom et CSRéf dans le district sanitaire de Kolokani (système de référence/évacuation sanitaire), thèse médecine n°85. Bamako : FMPOS ; 2006.

31. Kroeger

Anthropologie and socio-medical health care research in developing countries, 1983.

22. Ministère de la Santé.

Enquête démographique et de santé EDSM IV. Bamako : 2006.

23. Marico B.

Evaluation de l'association de santé communautaire de Daoudabougou.

(ADASCO), thèse médecine n°63. Bamako : FMPOS ; 2005.

24. ONG CARD.

Plan de développement économique social et culturel (PDESC) 2005 2009.

Dialakorodji: ONG CARD; 2004.

25. Population Référence Bureau.

Fiches données sur la population mondiale. Washington: PRB; 2007.

26. PDDSS 1998- 2002: PRODESS I

Programme de développement socio-sanitaire 2014-2018 du ministère de la santé de l'hygiène publique.

27. Salongo PM.

Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé dans la zone de santé de kadutu, province du Sud Kivu- RD Congo. Université de Kinshasa : faculté de médecine ; Décembre2005.

28. SAUERBORN R, NOUGTARA A AND DIEDFELD HJ.

Low utilization of community health workers: Result from a household

Interview survey in Burkina Faso. *Social Science and Medicine*. 1989; 29:

1163 – 1174.

29. Traoré M.

Généralité sur le Mali, INRSP, Aldo Campana, 2001, EDSIII.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE :

Aspect qualité perçue par la population

1. Généralités : Opinion des usagers :

Section 1 : Appréciation générale de la qualité des soins (accessibilité, acceptabilité, continuité)

Gen 1 : Est –cette la première fois que vous venez au CSCCom ?

1= /_ / oui (passer à la question Gen 7)

2=/.../Non (passer à la question Gen2)

Gen2 : Depuis combien de temps fréquentez-vous le CSCCom ? (Si plusieurs visites la dernière fois c'était il y a.....)

1= /_ /Je fréquente le CSCCom depuis environ.....année (s).....mois

8=/_ /Ne sais pas

2=/_ /Refus de répondre

Gen3 : Si vous avez besoin de consulter un médecin, un infirmier ou une sage-femme pour un nouveau problème de santé, vous consultez d'abord au CSCCom ?

1=/_ /Toujours /__/Oui /__/Non

2=/_ /Souvent /__/Oui /__/Non

3=/_ /parfois /__/Oui /__/Non é »(

4=/_ /Jamais /__/Oui /__/Non

Gen4 : Quel moyen de transport avez-vous utilisé pour venir au CSCCom ?

1=/_ /A pied /__/Oui /__/Non

2=/_ /En moto /__/Oui /__/Non

3=/_ /En voiture /__/Oui /__/Non

9=/_ /Autre, à préciser :.....

Gen5 : Combien de temps cela vous a-t-il pris pour venir au CSCCom ?

1=/_ /heures et /_ /minutes

8=/_ /Ne sait pas

Gen6 : Est-ce que vous considérez ce délai acceptable ?

1=/_ /Oui

2=/_ /Non

Utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de DARSALAM

8=/_ /Ne sait pas

Gen7 : L'emplacement du CSCom est adéquat ?

1=/_ /Oui

2=/_ /Non

Gen8 : A quelle heure êtes-vous arrivé (e) au CSCom ?

1=/_ /heure et /_ /minute

8=/_ /Ne sait pas

2= /_ /Refus de répondre

Gen9 : Est-ce que vous considérez ce temps d'attente acceptable ?

1=/_ /Oui

2=/_ /Non

Gen10 : Y avait -il des toilettes accessibles ; 1=/_ /Oui 2=/_ /Non

8=/_ /Ne sait pas

Nous aimerions maintenant connaître votre opinion sur les aspects humains des soins que vous avez reçus au CSCom En considérant votre expérience d'aujourd'hui dites-moi si vous êtes beaucoup, un peu ou pas du tout en accord avec les énonces suivants. Au CSCom.....

Gen11 : Votre consultation a été confidentielle ?

1=/_ /Beaucoup /_/Oui /_/Non

2=/_ /Moyennement /_/Oui /_/Non

3=/_ /Un peu /_/Oui /_/Non

4=/_ /Pas du tout /_/Oui /_/Non

8=/_ /Ne sait pas

Gen12 : Vous avez senti que l'on vous respectait ?

1=/_ /Beaucoup /_/Oui /_/Non

2=/_ /Moyennement /_/Oui /_/Non

3=/_ /Un peu /_/OUI /_/Non

4=/_ /Pas du tout /_/Oui /_/Non

8=/_ /Ne sait pas

Gen13 : A l'accueil, on vous a reçu avec courtoisie ?

1=/_ /Beaucoup /_/OUI /_/Non

2=/_ /Moyennement /_/OUI /_/Non

3=/_ /Pas du tout /_/Oui /_/Non

8=/_ /Ne sait pas

Gen14 : L'agent de santé qui vous a reçu a prêté suffisamment d'attention à votre maladie ?

1=/_ /beaucoup /_/Oui /_/Non

Utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de DARSALAM

2=/_ /Moyennement /__ /Oui /__ /Non

3=/_ /Pas du tout /__ /Oui /__ /Non

8=/_ /Ne sait pas

Gen15 : On a respecté votre intimité physique ?

1=/_ /Oui

2=/_ /Non

Gen16 : Les locaux sont agréables ?

1=/_ /Oui

2=/_ /Non

Gen17 : Lors de votre consultation, avez-vous pu dire tout ce que vous vouliez dire ?

1=/_ /Oui 2=/_ /Non 8=/_ /Ne sait pas

Gen18 : Les services que vous avez reçus au CSCCom vous ont permis de mieux comprendre vos problèmes de santé ?

1=/_ /Oui

2=/_ /Non

8=/_ /Ne sait pas

Gen19 : Les services que vous avez reçus au CSCCom vous ont permis de bien contrôler vos problèmes de santé ?

1=/_ /Beaucoup /__ /Oui /__ /Non

2=/_ /Moyennement /__ /Oui /__ /Non

3=/_ /Un peu /__ /Oui /__ /Non

4=/_ /Pas du tout /__ /Oui /__ /Non

8=/_ /Ne sait pas

Gen20 : L'agent de santé qui vous a reçu au CSCCom vous a encouragé à suivre le traitement prescrit ?

1=/_ /Oui

2=/_ /Non

Gen21 : En venant consulter au CSCCom, avez-vous subi une perte de revenus par ce que vous n'avez pas pu travailler ?

1=/_ /Oui

2=/_ /Non

8=/_ /Ne sait pas

Gen22 : Combien avez-vous payé pour la consultation (ou l'accouchement) ?

1=/_ /J'ai payé.....FCFA (passer à la question Gen22)

Utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de DARSALAM

2=/_ /Je n'ai rien payé (passer à la question Gen23)

9=/_ /Autres réponses, préciser.....

8=/_ /Ne sait pas (passer à la question Gen23)

Gen23 : Est-ce que vous considérez ce montant élevé ?

1=/_ /Oui

2=/_ /Non

8=/_ /Ne sait pas

Gen24 : Combien avez-vous payé pour les soins que vous avez reçu sur place (injection, perfusion, pansement, etc.) ?

1=/_ /J'ai payéFCFA (passer à la question 25)

2=/_ /Je n'ai rien payé (passer à la question 26)

9=/_ /Autres réponses, préciser.....

8=/_ /Ne sait pas (passer à la question 26)

Gen25 : Est-ce que vous considérez ce montant élevé ?

1=/_ /Oui

2=/_ /Non

8=/_ /Ne sait pas

Gen26 : Avez-vous reçu une ordonnance ?

1=/_ /Oui (passer à la question 28)

2=/_ /Non (passer à la question 27)

8=/_ /Ne sait pas

Gen27 : Pourquoi n'avez-vous pas reçu d'ordonnance ? Plusieurs choix sont possibles :

1=/_ /Je n'avais pas assez d'argent

2=/_ /J'ai préféré acheter les médicaments ailleurs

3=/_ /J'ai des médicaments à la maison

4=/_ /Il n'y avait pas assez de produits au dépôt

5=/_ /Le médecin, la sage-femme ou l'infirmier ne me la pas prescrit

9=/_ /Autres réponses, préciser.....

8=/_ /Ne sait pas

Gen28 : Combien avez-vous payé pour les médicaments que vous avez achetés ?

1=/_ /J'ai payé.....FCFA (passer à la question 29)

2=/_ /Je n'ai rien payé (passer à la question 30)

9=/_ /Autres réponses, préciser.....

8=/_ /Ne sait pas (passer à la question 30)

Utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de DARSALAM

Gen29 : Est-ce que vous considérez ce montant élevé ?

1=/_ /Oui

2=/_ /Non

8=/_ /Ne sait pas

Gen30 : Avez-vous obtenu la totalité des médicaments prescrits au dépôt du CSCCom ?

1=/_ /Oui, je les ai obtenu en totalité au dépôt du CSCCom (passer à la question 32)

2=/_ /Non, je n'ai obtenu que quelques-uns au dépôt du CSCCom (passer à la question 31)

3=/_ /Non, je n'ai obtenu aucun médicament prescrits au dépôt du CSCCom (passer à la question 31)

8=/_ /Ne sait pas (passer à la question 32)

Gen31 : Pourquoi n'avez-vous pas obtenu la totalité des médicaments prescrits au dépôt du CSCCom ? Plusieurs choix sont possibles :

1=/_ /Je n'avais pas assez d'argent

2=/_ /J'ai préféré acheter certains médicaments ailleurs

3=/_ /J'ai certains des médicaments à la maison

4=/_ /Il n'y avait pas assez de produits au dépôt

9=/_ /Autres raisons, préciser.....

8=/_ /Ne sait pas

Gen32 : Avez-vous eu des difficultés pour payer les frais encourus lors de cette visite au CSCCom ? (Frais liés à la consultation, aux soins ou aux médicaments)

1=/_ /Oui

2=/_ /Non

8=/_ /Ne sait pas

Gen33 : Avez-vous reçu de l'aide pour payer les frais encourus lors de votre visite au CSCCom ?

1=/_ /Oui, on m'a fait crédit et je pourrai payer plus tard

2=/_ /Oui, on m'a permis d'obtenir certains services ou certains médicaments gratuitement

3=/_ /Oui, j'ai pu emprunter de l'argent à des proches

9=/_ /Autres types d'aide, préciser.....

5=/_ /Non, je n'ai pas reçu d'aide

8=/_ /Ne sait pas

Gen34 : Conseilleriez-vous ce CSCCom à quelqu'un ?

1=/_ /Oui

3=/_ /Non

8=/_ /Ne sait pas

2=/_ /Refus de répondre

Section 2. Utilisation des services de sante depuis la dernière saison des pluies :

Gen35 : Depuis la dernière saison des pluies, à quel endroit êtes-vous allé habituellement lorsque vous avez eu des problèmes de santé ?

1=/_ /A ce CSCCom

9=/_ /A un autre CSCCom, préciser le nom.....

3=/_ /A un hôpital

4=/_ /Médecin dans une clinique médicale

5=/_ /Guérisseur traditionnel

6=/_ /Pharmacie par terre

9=/_ /Autre, préciser.....

8=/_ /Ne sait pas

2=/_ /Refus de répondre

Gen36 : Depuis la dernière saison des pluies, avez-vous consulté dans un autre CSCCom ou dans une autre clinique médicale ?

1=/_ /Oui (passer à la question Gen37)

2=/_ /Non (passer à la question Gen38)

8=/_ /Ne sait pas (passer à la question Gen38)

Gen37 : Combien de fois avez-vous consulté dans un autre CSCCom ou dans une autre clinique médicale depuis la dernière saison des pluies ?

1=/_ /Nombre de fois

8=/_ /Ne sait pas

2=/_ /Refus de répondre

Gen38 : Depuis la dernière saison des pluies, avez-vous été hospitalisé ?

1=/_ /Oui (passer à la question Gen39)

2=/_ /Non (passer à la question Gen40)

8=/_ /Ne sait pas (passer à la question Gen40)

Gen39 : Combien de fois avez-vous été hospitalisé depuis la dernière saison des pluies ?

1=/_ /Nombre de fois 2=/_ /Ne sait pas 3=/_ /Refus de répondre

Gen40 : Depuis la dernière saison des pluies avez-vous consulté une pharmacie par terre ?

1=/_ /Oui (passer à la question Gen41) 2=/_ /Non (passer à la question Gen42)

3=/_ /Ne sait pas (passer à la question Gen42)

Utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de DARSALAM

1=/_ /Activité informelle (petits commerces, autres activités informelles)

2=/_ /activité salariée 3=/_ /Patron ou propriétaire de commerce

4=/_ /Paysan (agriculteur, artisan) 5=/_ /Ménagère 6=/_ /Fréquentait l'école

7=/_ /Tenait maison 8=/_ /Autres, préciser..... 9=/_ /Ne sait pas

C7 : Quelle est votre situation matrimoniale ?

1=/_ /Marié(e)

2=/_ /Célibataire

FICHE SIGNALÉTIQUE :

Nom : DIALLO

Prénom : Mamby

Titre de la thèse : Utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de DARSALAM.

Année universitaire : 2019-2020

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Santé publique.

Résumé :

Introduction : Notre étude, de type transversal descriptif par sondage aléatoire simple s'est réalisée en 2019 pendant 9 mois dans l'aire de santé de darsalam en commune III du district sanitaire de BAMAKO. Elle avait pour objectif de faire une investigation de l'offre de service de santé pour la satisfaction des usagers du CSCOM de DARSALAM.

Méthodologie : L'étude à concerner les sujets âgés de 15 ans et plus résident dans le quartier de DARSALAM depuis au moins 6 mois. Ces sujets ont été interrogés pour le recueil d'informations. Un questionnaire a été adressé à 300 personnes du quartier parmi lesquels la famille du chef de quartier a servi de point de départ pour la collecte des données. Les personnes ont été interrogées individuellement et de façon séparée pour éviter l'influence des uns sur les autres.

Résultat : Nous avons interviewé 300 personnes soit 68 % de femmes et 32% d'hommes. Les tranches d'âges 25- 35 et 35-45 étaient les plus représentés. Par rapport au niveau de scolarisation 79% de femmes d'analphabète par rapport à l'étude de COULIBALY L (15) qui avait trouvé 89,1% de femmes analphabète sur la sous fréquentation des CSCOM. En plus des services du Cscom 7% des utilisateurs consultent aussi les guérisseurs traditionnels et 6% utilisé les médicaments de la rue d'où il ressort que l'absence de qualité est tant perçue qu'objectif en Afrique (26).

Utilisation des services de santé par la population de l'aire de santé de DARSALAM

Conclusion : Dans cette étude nous avons abordé la qualité principalement sous l'angle de sa perception par les utilisateurs des soins, en particulier au niveau urbain d'une formation sanitaire de premier recours dirigé par un médecin. Bien que débordé de façon superficielle la qualité technique, celle-ci se traduit par la fonctionnalité de l'ASACO à travers l'existence des organes de gestion qui tiennent leur réunion dans plus de 90 % des cas.

Mots clés : Utilisation, service, santé DARSALAM.

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 que s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre 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 leur père. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

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

Je le jure !