

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

Université des Sciences, des Techniques
et des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

DER de Santé Publique et Spécialités

N°..... DERSP/FMOS/USTTB

Mémoire

Master en Santé Publique

**Perception de la population de l'aire de sante de Ségou
coura district sanitaire de Ségou sur la faible utilisation
des services de soins curatifs en 2018.**

Dr Oumar TRAORE M2 Sante communautaire

Président :

Membre :

Directeur : Pr Hamadou SANGHO

Remerciements

Je rends grâce à DIEU le Tout Puissant pour le souffle de vie, la santé et le courage, sans cela ce parcours aurait été impossible.

Je Dédie ce mémoire à feu Mme Thiam Mariam Ndiaye

A ma famille précisément mon grand frère S/L Seydou Traore pour tout le soutien moral durant cette formation.

Au Professeur Hamadoun SANGHO, Directeur de ce travail

Vos multiples occupations ne vous ont pas empêché d'apporter votre soutien à la conception de ce travail. Votre rigueur dans le travail et votre ponctualité nous ont permis d'accomplir cette mission. Soyez en remercié. Hommage respectueux.

Au professeur Ousmane Faye vice Doyen de la FMOS pour tout le soutien moral durant cette formation.

A tous les enseignants du DERSP de la FMOS

Nos remerciements.

Aux membres du Jury

Pour tout l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail, je vous prie de bien accepter mes sincères remerciements.

Au Dr Issa Ben Zakour, Médecin chef du CS Réf de Ségou et Dr Ousmane Tapo

Pour votre appui à l'élaboration de ce document et votre soutien tout au long de ma formation. Soyez en remercié.

Au Dr Souleymane Dagnogo point focal paludisme DRS de Ségou

Pour votre contribution et votre soutien tout au long de ma formation. Soyez en remercié.

Au Dr Fatoumata Tamboura DTC CSCCom de Ségou coura et au Dr Diarra coordinateur régional PSI MALI

Pour votre appui à l'élaboration de ce document. Soyez en remercié.

Aux populations de l'aire de santé de Ségou coura

Pour votre disponibilité quant à la réalisation de ce travail.

A tout le personnel du CSCCom Benkadi de Ségou coura Ségou

Pour votre soutien et accompagnement tout au long de cette étude.

A tous ceux qui nous ont aidé de près ou de loin dans la réalisation de ce travail, nous disons un grand merci.

À tous ceux qui m'ont apporté leur contribution de près ou de loin

Ma profonde gratitude.

À tous mes amis de la 6^{ème} promotion de Master en Santé Publique du
DERSP/FMOS

Mes sincères amitiés.

Table des matières

1/Introduction contexte et justification	11
1.1. Introduction	11
1.2. Contexte et justification	13
2.1. Questions de recherche :	15
2.2. Hypothèses de recherche	15
3/Objectifs de l'étude	16
3.1. Objectif général	16
3.2. Objectifs spécifiques :	16
4/ Revue de la littérature	16
4.1 Définitions opératoires des concepts	16
4.2 Etat de connaissance	19
5/Méthodologie	24
5.1. Cadre de l'étude :	24
5.2 Type d'étude	32
5.3 Période de l'étude	32
5.4 Population d'étude	32
5.5 Échantillonnage	32
5.6. Choix des variables	34
5.7 Techniques et outils de collecte des données	38
5.8 Déroulement de la collecte de données	38
5.9 Traitement et analyse des données	38
5.10 Considérations éthiques	39
5.11 Plan de diffusion des résultats	39
6. RESULTATS	40
6.1 Aspect descriptif	40
7/Aspect analytique :	53
8. Discussion	55
8.1 L'atteinte des objectifs	56
8.2 Qualité, validité et limites	56
8.3 Comparaison de nos résultats avec ceux d'autres auteurs :	57

9. Conclusion	62
10. Recommandations	63
11. Références	64

Liste des tableaux

Tableau I: Population de l'aire de Santé de Ségou-Coura.....	31
Tableau II : Ressources humaines du CSCOM de Ségou Coura	31
Tableau III: Cibles et taille de l'échantillon de l'étude	33
Tableau IV: Technique d'échantillonnage en fonction des cibles à enquêter	34
Tableau V: Opérationnalisation des variables	35
Tableau VI: Cibles/sources, techniques et outils de collecte des données	38
Tableau VII: Répartition des ménages en fonction du nombre de personne	41
Tableau VIII: Répartition des chefs des ménages enquêtés en fonction du statut d'adhésion au CSCOM, Religion des chefs des ménages, Ethnie des chefs de ménages, Confiance aux personnels soignants, mobilisé par l'ASACO, Connaissance que le centre est communautaire.....	43
Tableau IX: Répartition des chefs des ménages enquêtés en fonction du revenu mensuel et de moyen de déplacement	45
Tableau X: Répartition des chefs de ménage enquêtés en fonction de la distance	46
Tableau XI: Répartition des ménages en fonction de la connaissance du CSCOM.....	46
Tableau XII: Utilisation de soins curatifs du C.S. Com.....	47
Tableau XIII: Ménages avec une personne tombée malade et gravité de la maladie	47
Tableau XIV: Structures de recours aux soins par les personnes tombées malades	48
Tableau XV: Raisons évoquées de la non fréquentation du C.S. Com par les ménages.....	48
Tableau XVI: L'accueil au C.S. Com, temps d'attente avant consultation et la tarification des soins curatifs.....	49
Tableau XVII: Satisfaction des soins, disponibilité du personnel soignant et des médicaments.	50
Tableau XVIII: Suggestions pour l'amélioration de la fréquentation des soins curatifs du C.S. Com..	50
Tableau XIX: Fonctionnalité de l'ASACO au niveau du C.S. Com de Ségou coura en 2018 durant les 3 dernières années.....	52
Tableau XX: Relation entre l'utilisation des soins curatifs du C.S. Com, et les facteurs socio démographiques.....	53
Tableau XXI: Relation entre fréquentation des soins curatifs du C.S. Com et les facteurs socioculturels	54
-Tableau XXII: Relation entre la fréquentation des soins curatifs du C.S. Com, et les facteurs socioéconomiques.....	54

Liste des figures

Figure 1: Carte sanitaire du district sanitaire de Ségou.....25

Figure2 : Répartition des chefs des ménages selon la tranche d'âge dans l'aire de santé de Ségou coura en 2018.....40

Figure 3: Répartition des chefs des ménages selon le sexe dans l'aire de santé de Ségou coura en 2018.41

Figure 4 : Répartition des chefs des ménages selon le statut matrimonial dans l'aire de santé de de Ségou coura en 2018.....42

Figure 5 : Répartition des chefs des ménages selon le niveau d'instruction dans l'aire de santé de Ségou coura en 2018.....44

Figure 6:repartition des chefs de ménages en fonction de la profession45

Abréviations, Acronymes et Sigles

CSCom : Centre de Santé Communautaire

ASACO : Association de santé communautaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMA : Paquet minimum d'activités

PDDSS : Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social

SLIS : Système Local d'Information Sanitaire

CAM : convention d'assistance mutuelle

DCI : dénomination commune internationale

AG : Assemblée générale

CA : Conseil d'administration

CG : Comité de gestion

FELASCOM : Fédération locale des associations de santé communautaire

FERASCOM : Fédération régionale des associations de santé communautaire

FENASCOM : Fédération nationale des associations de santé communautaire

CS Réf : Centre de Santé de Référence

DERSP : Département Enseignement et de Recherche en Santé Publique

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie

Résumé

Le seuil recommandé par l'OMS est de 50% pour la fréquentation d'une structure de santé par la population de la zone de santé. Le C.S. Com de Ségou coura a eu une faible utilisation des soins curatifs à 10% en 2016 et 15% en 2017.

L'objectif de cette recherche était d'étudier les causes de la faible utilisation des soins curatifs de la population du centre de santé communautaire de Ségou coura Ségou du district de Ségou en 2018.

Des études descriptives et analytiques transversales ont été menées. Selon la formule de Daniel Schwartz, 100 chefs de ménage de Ségou coura ont été sélectionnés au moyen d'une simple enquête au hasard, cinq (5) membres du conseil d'administration d'ASACO (président, trésorier, secrétaire administratif, le commissaire au compte et le vice-président) et dix (10) agents de santé du C.S. Com ont été interrogés. Les données ont été collectées à l'aide des questionnaires. Une analyse de régression logistique bivariée a été réalisée avec une valeur p de 0,05 (association statistiquement significative) à l'analyse bidimensionnelle à l'aide du logiciel SPSS 21.0.

Le recours aux soins curatifs était de 29%. La régression logistique multivariée a montré que le manque de confiance envers le Personnel soignant ($p = 0,000$), le statut de non-adhérent des chefs de ménage au C.S. Com ($p = 0,005$), le niveau d'instruction des chefs de ménage ($p = 0,04$), le revenu mensuel ($p = 0,03$) étaient significativement associés à l'utilisation des soins curatifs au C.S.Com de Ségou coura.

Il est possible d'augmenter le taux d'utilisation des soins curatifs du CSCom, si certaines mesures sont prises (promotion de mécanismes de partage des risques de sante par les mutuelles, promotion d'activités génératrices de revenus, la mobilisation de la population par l'ASACO).

Mots-clés : Soins curatifs, faible utilisation, CSCom de Ségou coura.

Abstract

The threshold recommended by the WHO is 50% for the attendance of a health facility by the population of the health zone. CSCom Ségou ran had a low use of curative care at 10% in 2017 and 15% in 2017.

The objective of this research was to study the causes of the low use of curative care of the population of the community health center of Ségou coura Ségou of Ségou district in 2017.

Descriptive and cross-sectional analytical studies were conducted. According to Daniel Schwartz's formula, 100 heads of household of Ségou coura were selected through a simple random survey, five (5) members of ASACO's board of directors (president, treasurer, administrative secretary, commissioner account and vice-president) and ten (10) CSCom health workers were interviewed. The data were collected using the questionnaires. A bivariate logistic regression analysis was performed with a p-value of 0.05 (statistically significant association) with two-dimensional analysis using SPSS 21.0 software.

The use of curative care was 29%. Multivariate logistic régression showed that the lack of confidence in caregivers ($p = 0.000$), the non-adherence status of household heads at CSCom ($p = 0.005$), and the level of education of heads of household ($p = 0.04$) monthly income ($p = 0.03$) were significantly associated with the use of curative care at CSCom Ségou coura.

It is possible to increase the rate of use of curative care of the CSCom, if certain measures are taken (promotion of mechanisms of sharing health risks by mutuals, promotion of income-generating activities, the mobilization of the population by ASACO).

Keywords : Curative care, low use, CSCom of Ségou ran.

1/Introduction contexte et justification

1.1. Introduction

Le gouvernement du Mali a adopté une politique sectorielle de sante et de la population le 15 Décembre 1990, ambitionnant de résoudre les problèmes prioritaires de sante du pays. En 1993, il a défini une nouvelle politique de solidarité pour lutter contre toutes les formes d'exclusion et de marginalisation en vue d'une plus grande justice et d'un meilleur partage.

Ces deux politiques ont constitué le cadre de référence de l'ensemble des projets et des programmes de développement socio sanitaire exécutés au cours de ces dernières années.

La politique sectorielle de sante fondée sur les stratégies de soins de santé primaire adoptée par la conférence d'Alma Ata en 1978, est une excellente initiative qui permis de rapprocher les services de santé des populations, de rendre disponible et accessible les médicaments [1].

La présente réflexion vise à analyser les stratégies et les objectifs de la politique sectorielle de sante et de population, d'identifier ses acquis et ses limites au regard de la situation sanitaire actuelle du Mali et de proposer des solutions d'amélioration afin d'obtenir la finalité recherchée qui est l'amélioration de l'état de santé de la population malienne en générale et celle de Ségou coura en particulier.

Le Mali opte dès son indépendance pour un régime socialiste marqué par la prédominance de l'état qui constitue l'unique employeur dans tous les domaines. Dès le début des années 1970, les sociétés et entreprises d'état qui constituaient le pilier de l'économie du pays ont été confrontées à d'énormes difficultés économiques liées entre autres à la mauvaise gestion. Au cours de ces années, les problèmes financiers de l'état malien ont fait qu'il ne pouvait plus assurer correctement le fonctionnement des formations sanitaires publiques. Parallèlement, les besoins de santé des populations ne cessaient de croître d'années en années. Dès lors le principe de la gratuite était remis en cause.

Le début des années 1990 a vu les moyens consacrés par l'état a la santé s'amenuiser et leur mauvaise gestion a conduit à une baisse progressive de la qualité des prestations dans les structures sanitaires publiques.

De 1970 à 1988, la part du budget de l'état consacré à la sante passait de 9% à 4% du budget total ; de 1983 à 1987, les investissements dans le secteur de la sante passaient de 52% à 9%.

Ces années ont également été marquées par une grande crise économique mondiale particulièrement prononcée pour les pays africains. Les actions menées en matière de santé au cours de ces années montrent que les stratégies proposées pour rendre opérationnels les soins de santé primaire se sont avérés inadaptées au contexte de la crise économique.

Actuellement, les besoins de sante augmentent et les services rencontrent des difficultés croissantes à y répondre. [1]

C'est dans ce contexte que le Mali à partir de 1982 a connu une politique d'ajustement structurel, particulièrement ressentie par les groupes vulnérables : les femmes et les enfants.

Les secteurs sociaux « sante et éducation » ont payé un lourd tribut à cette politique.

Le désengagement de l'état, face à la crise économique généralisé qu'il continuait à traverser, s'est soldé par une sous fréquentation des formations sanitaires publiques. Ce qui a plongé les populations déjà frappées par la faiblesse de leur revenu en particulier pour les groupes vulnérables femmes et enfants dans une extrême précarité. Elles se sont donc détournées des formations sanitaires publiques qui ne répondaient plus à leur attente.

Face à cette réalité, la fin des années 1990 a vu différentes expériences de recouvrement des couts, le « paiement directe par les ménages » se développe dans le pays, suivant le principe de la prise en charge par les communautés elle mêmes de leur propre santé.

C'est dans ce contexte de crise généralisée que L'UNICEF a jeté le cri d'alarme à travers la publication de son rapport « l'ajustement à visage humain » qui visait à consacrer une part du budget aux dépenses relevant du secteur social.

Ainsi, les populations du quartier périurbain de Banconi dans le district de Bamako se sont organisées pour faire face à leurs problèmes de santé. Une mobilisation sociale particulièrement forte s'en est suivie à partir de 1986 aboutissant à la naissance en juillet 1988, de la première association de santé communautaire de Banconi dénommée ASACOBA qui veut dire en Bambara « AN SAGO BALA », en français « nous somme mettre du jeu » [1]

Parallèlement, en 1987, lors de la 37eme session de L'OMS a Bamako, les ministres africains de la sante ont adopté une stratégie d'appui à la redynamisation des soins de santé primaire qui fut désormais appelée l'initiative de Bamako.

L'Objectif de cette initiative était de faciliter l'accessibilité géographique et financière des populations aux soins de santé de base tout en garantissant la qualité de ces soins en vue d'une réduction de la mortalité maternelle et infantile.

L'aboutissement de cette dynamique communautaire dans le quartier de Banconi, s'est traduit par une bonne fréquentation de la nouvelle formation sanitaire ainsi créée, ouvrant ainsi la possibilité d'extension a d'autres populations du district de Bamako, puis progressivement à l'ensemble du pays.

Fort de la réussite de cette expérience, le gouvernement malien adopta en décembre 1990, la déclaration de la politique sectorielle de sante, faisant de cette initiative, la stratégie nationale de développement de la sante.

Pour atteindre ces objectifs les stratégies suivantes ont été énoncées :

-la différenciation des rôles et missions des différents échelons du système de santé. Celle-ci consiste à faire évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle.

-la garantie de la disponibilité et de l'accessibilité du médicament essentiel, la rationalisation de la distribution de la prescription grâce à la mise en œuvre de la réforme du secteur pharmaceutique.

-La participation communautaire a la gestion du système et à la mobilisation de financement de la sante y compris le recouvrement des couts et l'optimisation de leur utilisation.

-La promotion d'un système privé dynamique et communautaire complémentaire du système public. [1]

1.2. Contexte et justification

Pendant les deux dernières décennies, l'utilisation des structures de santé a été négativement affectée, ceci étant observé à travers certaines régions du monde.

Selon OMS 1989, le taux d'utilisation des structures de santé dans la plupart des villes asiatiques et africaines est relativement faible et ceci, constituant ainsi un problème de santé publique. [2]

En 2009, l'association internationale de développement en sigle (IDA) qui est le fond de la banque mondiale pour les pauvres, l'un des principaux bailleurs d'aide au développement, finance des projets d'appui à la santé, à l'éducation, aux infrastructures, à l'agriculture, à l'économie et au renforcement institutionnel dans les 79 pays les plus pauvres de la planète, dont 39 pays africains. Dans ses recherches, elle a trouvé que le taux d'utilisation des centres de santé a quasiment doublé, passant de 20% en 2005 à 39% en 2009 [3]

Nous remarquons que par ces résultats de 79 pays du monde dont le Haïti, Niger, Cote d'Ivoire, le Mali, le taux d'utilisation des structures de santé n'avait jamais dépassé 50% jusqu'en 2009. [4]

Les études évaluatives des programmes en Afrique subsaharienne effectuées en 2009 ont montré que dans cette région le faible accès et l'utilisation des structures de santé sont redoutables ; 70% des cas des maladies en zones rurales et 50% en zones urbaines sont traités à domicile. [5]

En 2010, les études sur le système des soins de santé en Afrique subsaharienne révèlent que le taux de fréquentation des districts sanitaires est très faible 0,24/ an au Mali ; 0,34 au Burkina-Faso ; 0,30 au Bénin même si les infrastructures sont présentes. [5]

En RDC, la sous-utilisation des structures de santé sévit également.

En 2004, 70% de la population, n'avaient pas ou avaient très peu, accès à des soins de santé et dont 37% n'avaient aucune forme des soins de santé. Le désengagement de l'Etat depuis 1982 a augmenté de façon drastique le coût des soins laissant les services de santé hors la portée des populations les plus pauvres. Les demandes de rémunérations complémentaires sont courantes et les patients insolubles sont souvent gardés de force dans des hôpitaux jusqu'à ce qu'ils s'acquittent des soins reçus [5]

Selon l'OMS Afro (2009), le taux d'utilisation du curatif en RDC est de 38%.

Dans le rapport du Bureau Diocésain des œuvres médicales (BDOM) du 10 février 2011 de Bukavu et Kinshasa, le taux d'utilisation du curatif dans leurs formations sanitaires est respectivement de 49% et 24% l'année 2009 à 2010[4]

Particulièrement, dans certaines provinces dont notamment le KATANGA, pour l'ensemble de la ville, le taux d'utilisation moyen est de 0,37 nouveaux cas /hbt/ an.

Les facteurs mis en évidence sont la qualité de services et l'accessibilité financière précaire.

Dans la province du Nord- Kivu, zone de santé de KARISIMBI, au cours de sa réunion portant sur l'Analyse et évaluation des données annuelles de 2010, le taux d'utilisation du curatif est de 41% contre 43,9% en 2009 et 38,8 en 2008 [4].

Au Mali (2009), une étude a montré que l'utilisation des services de santé en fin 2003 est de 0,23 contact par habitant et plus faible dans la zone de Mopti qui est de 0,16 contact. [2]

Les données du Système Local d'Information Sanitaire du district de Ségou (SLIS) des années 2016 et 2017 donnent les résultats suivants : pour le centre de santé communautaire de Ségou coura le taux de consultation curatif est de 10% en 2016 et 15% en 2017 ces résultats sont loin de la moyenne du district de Ségou qui est de 36% en 2016 et 28% en 2017 et celle de la région qui a enregistré 41% en 2016 et 32 % en 2017[6]

Au plan organisationnel l'ASACO du C.S. Com de Ségou coura n'est pas bien opérationnelle ce qui favorise la mauvaise gestion du C.S. Com sur tous les plans et rend difficile la gestion tant matériel, humaine, et financière.

Au regard de tout ce qui précède, la perception de la population sur la faible utilisation des services de soins curatif du C.S. Com de Ségou coura s'avère importante, afin de déterminer les facteurs associés dans ce C.S.Com.

Pour toutes les informations ci hautes fournies en rapport avec l'utilisation des structures de santé, il est clair qu'à tous les niveaux c.à.d. au niveau mondial, au niveau de l'Afrique au niveau national et même dans le district de Ségou, aucun niveau n'a atteint le seuil recommandé par l'OMS, celui de 50% pour les soins de santé curatifs de la population d'une aire de santé [3].

Il apparaît donc une sous-utilisation des structures de santé à tous les niveaux. Sachant que l'accès et l'utilisation des structures de santé constituent un déterminant clé de l'état de santé de la population, Il n'est pas à hésiter que cette sous-utilisation constitue un problème de santé publique qui nécessite une recherche scientifique.

2/Questions et Hypothèses de recherche

2.1. Questions de recherche :

- les facteurs socioculturelles et économiques pourraient-ils avoir des effets négatifs sur l'utilisation des services de soins curatifs ?
- La capacité fonctionnelle de L ASACO a-t-elle des effets sur l'utilisation des services de soins curatifs ?

2.2. Hypothèses de recherche

- La faible fréquentation des soins curatifs du C.S. Com de Ségou coura est liée aux facteurs socioculturels et économiques.
- La capacité fonctionnelle de L ASACO a des effets sur l'utilisation des services de soins curatifs.
- La mauvaise perception de la qualité des soins curatifs au CSCom de Ségou coura influence de façon négative sur l'utilisation des services.

3/Objectifs de l'étude

3.1. Objectif général :

Etudier les facteurs déterminant la faible utilisation des soins curatifs du Centre de Santé Communautaire de Ségou coura district sanitaire de Ségou en 2018.

3.2. Objectifs spécifiques :

- Décrire les facteurs socio culturelle et économiques qui influencent l'utilisation des services de soins curatifs
- Analyser l'utilisation des soins curatifs du CSCom de Ségou coura.
- Déterminer le niveau de connaissances, attitudes et pratiques des ménages vis-à-vis de la maladie et la perception des ménages sur la qualité des services
- Identifier les facteurs liés à la faible utilisation des soins curatifs du C.S. Com de Ségou coura en 2018.

4/ Revue de la littérature

4.1 Définitions opératoires des concepts

-Soins curatifs du C.S. Com :

Les soins curatifs sont des soins donnés pour les affections pour lesquelles une guérison est considérée comme réalisable, voir possible, et qui visent cet objectif [7]

-District sanitaire :

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

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

-Aire de santé :

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

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

-Santé communautaire

Selon ROCHON (canada), elle est l'art et la science d'améliorer l'état de santé de la Population, de prévenir la maladie et promouvoir l'efficacité des services de santé par la coordination des efforts communautaires. [8]

-Association de santé communautaire (ASACO) :

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

-Centre de Santé Communautaire (C.S. Com) :

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

-Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) :

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

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

-Processus de mise en place du C.S. Com :

La mise en place d'un C.S. Com passe par le processus suivant :

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

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

-Approche communautaire, négociation (mise en place du C.S. Com) :

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

Elaboration du projet du C.S. Com :

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

-Obtention de l'agrément,

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

Le cadre de cette convention d'assistance mutuelle est défini par l'arrêté interministériel n° 94-5092 / MSSPA- MATS- MF du 21 avril 1994 modifié depuis environ 5 ans par l'arrêté interministériel n°314 dont les articles 3 et 10 stipulent [9]

Article 3 : « le C.S. Com est une formation sanitaire de 1er niveau, créé sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée au sein d'une ASACO pour répondre de façon efficace à ces problèmes de santé ».

Article 10 : « l'ASACO doit signer une convention avec le ministère de la santé publique qui peut déléguer se pouvoir à l'autorité administrative du lieu d'implantation du CSCom ». Cette convention détermine de façon précise les engagements réciproques de l'Etat et de l'ASACO. Elle détermine de façon précise les domaines de compétence du C.S. Com par rapport au centre de santé de référence.

Pour l'ASACO :

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

Pour l'Etat :

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

Fonctionnement et organes de gestion de l'ASACO :

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

Dirigeantes suivantes :

- Assemblée générale (AG) : elle est appelée aussi assemblée des membres Adhérents. Elle représente l'ensemble des adhérents (villages, quartiers, familles Ou individus) de l'aire de santé ;
- Le conseil d'administration (CA) : il est l'organe d'exécution des décisions de l'A.G :
- Le comité de gestion (CG) : il est l'organe qui s'occupe essentiellement de la Gestion du comité de santé ;
- Le comité de surveillance (CS) : il est chargé de la surveillance des activités du CScOm.

Toute ASACO dotée de ces organes peut créer son centre de santé Communautaire. Cette création doit se faire avec la pleine collaboration des Autorités sanitaires tout en respectant la carte sanitaire. [10]

Les ASACO se sont organisées en :

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

D'après la FENASCOM, le Mali compte en 2016 environ 1290 ASACO

4.2 Etat de connaissance

L'offre des soins est partiellement conditionnée par la demande et partiellement par les besoins à travers la perception subjective de la population et la perception objective des techniciens. L'offre est également conditionnée par l'environnement historique et actuel (social, économique, administratif, politique).

L'offre à elle seule ne suffit pas pour élever le niveau de santé. Il existe d'autres facteurs : économiques, politiques, socioculturels et opérationnels qui conditionnent à la fois le niveau de santé, l'action sanitaire et l'utilisation des services disponibles (MASHINI N, 2011) [11]

➤ **Facteurs socioculturels**

Les facteurs tels que le niveau d'instruction de chef du ménage bas, la non appartenance à une mutuelle de santé, le manque de confiance envers le personnel soignant, l'automédication ainsi que la fréquentation de la médecine naturelle ;

• **Niveau d'instruction du chef de ménage**

Dans une étude menée dans la commune de Ngaba à Kinshasa par P. Kebela dans son article « santé pour tous : identification des facteurs explicatifs de l'accessibilité aux soins de santé » pour un échantillon de 289 ménages, il se révèle une interdépendance entre l'accessibilité et la religion, le revenu, la prise en charge des soins par les ménages. Il continue en disant qu'il y a une relation entre le niveau d'instruction et l'accessibilité aux soins [12]

Dans le domaine de consultation prénatale, Tabara Dieye dans son étude portant sur la mortalité maternelle dans le fouladou (au Sénégal) il affirme que cinq femmes sur dix au village de médina ne fréquentent pas les structures sanitaires pour CPN suite au niveau d'instruction très bas. [13]

Par ces deux études menées, nous pouvons penser qu'il est possible qu'il ait relation entre l'utilisation des services de santé avec le niveau d'instruction du chef de ménage car un chef de ménage qui est ignorant, qui ne connaît pas l'importance des structures de santé ne peut pas consulter ou faire consulter les siens dont il a la responsabilité.

- **Appartenance à une mutuelle de santé**

Selon le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde, il a été constaté que les paiements directs des soins sont généralement le mode de financement le plus dépressif et expose les consommateurs des services de santé à un risque des dépenses catastrophiques. Ainsi, elle recommande aux Etats qui ont un problème d'utilisation des soins de santé d'adopter le système de financement de la santé par prépaiement. [14]

Bon nombre de chercheurs ont affirmé qu'appartenir à une mutuelle de santé favoriserait l'utilisation des structures de santé. C'est le cas d'Innocent Bayege à l'université nationale du Rwanda / Ecole de santé publique/Maitrise, dans son étude sur la contribution des mutuelles de santé à l'accessibilité de la population aux soins de santé déclare ce qui suit « six ans après le démarrage des mutuelles de santé dans le district de Byumba, l'utilisation des services de santé a doublé passant de 21% en 1999 à 48% en 2003 » [15]

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

- **La confiance envers le personnel soignant**

Selon D. Fountain et J. Coute joie, la confiance a été citée parmi les autres éléments jouant beaucoup sur l'utilisation des structures de santé. Ils se prononcent de la manière suivante « par ailleurs des malades restent chez eux, ne viennent ni à l'hôpital ni au dispensaire parce que l'hôpital est trop loin ou cher ou encore par ce qu'on n'a pas confiance dans le traitement » [17].

Il convient à dire que, même si les structures des soins sont à la portée de la population, il sera difficile à cette dernière de les fréquenter si elle n'espère pas trouver guérison ou le rétablissement de sa santé.

- **L'automédication**

Différentes études ont montré que l'automédication par la population constitue l'un des facteurs de la non consultation dans les services des soins de santé.

A ce sujet, une étude menée au Tchad par Dr Itama & Mbainadjina sur l'étude socioéconomique sur les couts et accessibilité des populations aux soins de santé révèle que 61 % de la population font recours aux structures de santé lorsqu'ils sont malades, 20% vont chez les tradipraticiens et 19% font recours à l'automédication

Selon cette même source en Guinée, les études effectuées déclarent que contrairement au Tchad où seulement 19 % font l'automédication en Guinée en dépit de la proximité des structures des soins de santé, 59% des personnes vivants en milieu rural utilisent l'automédication contre 20% en milieu urbain, ce facteur est considéré comme étant à la base de la sous-utilisation des services des soins de santé. [15]

A la journée mondiale des malades en 2011, l'OMS défend l'habitude de faire l'automédication et encourage la population à utiliser les services des soins de santé en vue de promouvoir une meilleure santé.

Nous remarquons avec clarté que si les individus n'utilisent pas les services des soins de santé qui sont à leur disposition en prenant des soins qui viennent dans les officines pharmaceutiques qui certainement ne s'accompagnent pas d'ordonnances médicales, cela aura effectivement un impact négatif sur l'utilisation de services de soins.

- **Fréquentation de la médecine naturelle**

Une étude menée au Sénégal par SADIO & DIOP F sur l'utilisation et demande des soins de santé a pu révéler plusieurs facteurs qui jouent sur l'utilisation des structures de santé dont le cout des soins, le revenu insuffisant et la fréquentation excessive de la médecine naturelle

« Parmi les 6331 individus de la zone de santé rurale ayant déclaré être tombés malades durant le mois précédent le passage de l'enquêteur, 50% n'ont pas cherché les soins au moment opportun compte tenu de la pauvreté, le secteur sanitaire moderne y compris les établissements sanitaires tertiaires de la santé publique servent essentiellement les couches aisées des populations rurales et la majorité de la population se dirige principalement vers les tradipraticiens. Le revenu journalier joue un grand rôle dans l'entrée du secteur moderne car une augmentation du revenu de 100% augmente la probabilité d'entrer à temps dans le secteur moderne [18]

➤ **Facteurs socio-économiques**

Les facteurs tels que le revenu du ménage, le coût des soins ainsi que le chômage.

Dans la conférence tenue à Alma Ata, en 1978, les organisations internationales dont l'OMS ont fixé les objectifs de la santé pour tous d'ici l'an 2000, visant l'accès universel de la population mondiale aux soins de santé primaire.

Cependant, la crise financière des années 80, qui a frappé la plupart des pays africains sans épargner le Mali, les restrictions budgétaires imposées par les instances financières notamment la FMI et BM ont occasionné la réduction du budget alloué à la santé, ce qui a contraint ces pays à mettre fin à la gratuité des services des soins entraînant comme conséquence la détérioration de la qualité des soins.

• **Revenu du ménage**

Une étude menée dans la ZS de Minova en province du sud Kivu, par B Kibalonza affirme la relation entre le revenu du ménage et utilisation des services de la santé. Voici le résultat de cette étude « le faible pouvoir d'achat des populations ne permet ni aux structures de soins de s'autofinancer ni aux pauvres d'accéder aux soins de santé. La pauvreté de la population et la précarité des revenus expliquent le fait que les ménages ne parviennent pas à couvrir les soins, 60% d'individus vivent avec moins d'un dollar par jour [12].

Selon l'OMS, la pauvreté conduit à une grave insuffisance d'utilisation des services de santé. L'enquête menée en 2005 par CIF/SANTE Nord Kivu sur l'accessibilité aux soins de santé dans la province du Nord Kivu, révèle que la santé constitue un problème prioritaire de la population : 44% des ménages ont vendu un bien de valeur pour recourir aux soins. [19]

• **Le chômage**

Le chômage comme état de ne rien faire, la période d'inaction, constitue aussi en grande partie une des causes de la sous-utilisation des services de soins de santé et accompagnent les variables comme revenu et coût des soins.

➤ **Facteurs démographiques**

Ici, nous n'allons parler que la taille du ménage.

Une étude menée à Kinshasa dans la ZS de Lemba par Vicky Ilunga pour DES, en analysant les facteurs explicatifs de la faible utilisation des services des soins curatifs déclare que « les facteurs auxquels il faudra agir pour améliorer l'utilisation des services des soins sont la taille du ménage, l'appartenance de la structure (selon qu'elle est étatique ou privée) et le revenu du ménage » [20]

Selon lui la taille du ménage a été aussi trouvée par G. Kabatakapua qui se résume en ceci « plus la taille du ménage augmente, moins on utilise les services de santé »

Nous voyons qu'il est facile de penser que le revenu du ménage et la taille du ménage sont en interdépendance comme cet exemple l'explique mieux : « le revenu proportionnel a deux personnes n'est pas suffisant pour cinq personnes ou plus ».

➤ **Facteurs organisationnels**

L'organisation d'une structure de santé joue aussi un rôle sur son utilisation.

Des recherches ont déjà fait ces relations et en voici quelques-unes.

• **Qualité des soins**

P. Mushagalusa Salongo dans son étude des déterminants de l'utilisation des services de santé dans la ZS de Kadutu, Il ressort de celle-ci que « le motif principal de choix d'une structure des soins, c'est la qualité tandis que les raisons financières constituent le principal motif de renoncement aux soins [21]

Selon LUNJWIRE K., dans son étude sur le comportement de la population de Goma dans la recherche des soins, Etude des cas de la diarrhée », la qualité professionnelle du personnel, le bon accueil et la durée d'attente raisonnable sont les principaux facteurs qui motivent le choix d'une structure des soins cité par SIMAGA [21]

Au Niger, les déclarations de l'IDA (international développement association) sur l'utilisation des services des soins de santé se résument dans ce qui suit «la qualité des soins et l'accès payant aux soins sont identifiés comme les principaux obstacles pouvant expliquer les difficultés d'accès aux structures sanitaires » [5]

• **Visites à domicile**

D. Foutain et J. Courte joie, en parlant du rôle du centre de santé ou des activités du centre de santé disent que pour compléter et renforcer les activités de tous les domaines (promotionnel, préventif et curatif), une chose reste à faire : les visites à domicile.

L ASACO à travers les relais communautaires étant le point d'intersection entre la communauté (là où les maladies surviennent et observées) et les prestataires des soins (là où les maladies sont identifiées avec précision).

Par cet aspect, nous pourrions dire que non seulement l ASACO a un rôle de surveillance avec le personnel médical mais aussi peuvent amener la population à utiliser les structures des soins de santé. [17]

Bauma TULINABO, dans la ZS de Karisimbi en 2006, dans ses résultats sur les déterminants de la sous-utilisation des activités curatives, a mis en évidence plusieurs facteurs notamment le coût de soins, le revenu, la distance géographique, Il est à signaler que 50% des ménages enquêtés ont confirmé ne pas participer au fonctionnement ou à la construction du centre de

santé, c'est à la fin des travaux de construction qu'il y a eu intégration du comité de santé dans les structures [4]

C'est ainsi par cette étude, il est question de savoir si l'ASACO de Ségou courra est vraiment dynamique actuellement et participe pleinement aux activités sanitaires de façon à améliorer l'utilisation des services de santé.

En résumant dans cette revue de littérature nous pouvons dire qu'en général plusieurs auteurs ont parlé des facteurs socioéconomiques, et particulièrement dans notre milieu d'étude les facteurs comme le revenu du ménage, le niveau d'instruction des chefs de ménage la confiance envers le personnel soignant avaient été considérés comme variables par nos prédécesseurs.

Il convient à dire qu'après des années, les facteurs qui ont été significatifs à l'utilisation des services peuvent changer car la population n'est pas la même tous les jours et que d'autres facteurs aient été développés suite à l'évolution de la population, voilà pourquoi il reste toujours important de mener une étude sur ce sujet dans ce milieu.

5/Méthodologie

5.1. Cadre de l'étude :

L'étude s'est déroulée dans l'aire de santé de Ségou coura du district de Ségou.

5.1.1 Description du district sanitaire de Ségou :

Le district sanitaire de Ségou est l'un des huit districts sanitaires qui compose la région de Ségou.

5.1.1.1 Présentation du cercle

5.1.1.1.1 Aperçu historique

L'histoire du cercle de Ségou est marquée par le royaume bambara de Ségou.

Le royaume fût créé par Biton Coulibaly à la fin du 16^{ème} siècle après le déclin de l'empire du Mali. Biton était le fils de Baramangolo, originaire de Niamana (actuel Bla).

Après la mort de Biton Coulibaly, le pouvoir tomba aux mains de la dynastie des Diarra.

La rentrée d'El Hadj Oumar Tall à Ségou le 20 mars 1861 marqua le déclin du royaume bambara de Ségou.

El Hadj Oumar installa son fils Amadou Sékou Tall à Ségou. Ce dernier devra lutter contre la résistance permanente des bambaras et la pénétration française qui finira par être effective le 13 mars 1893.

Ségou devenait chef-lieu d'un cercle administratif colonial. A partir de la colonisation française, l'histoire de Ségou va se confondre avec celle du Soudan français pendant près de 80 ans (Caractériser cette histoire en quels mots).

Le 22 septembre 1960, avec toute la république du Mali, le cercle de Ségou retrouvait son indépendance.

- **Données géographiques**

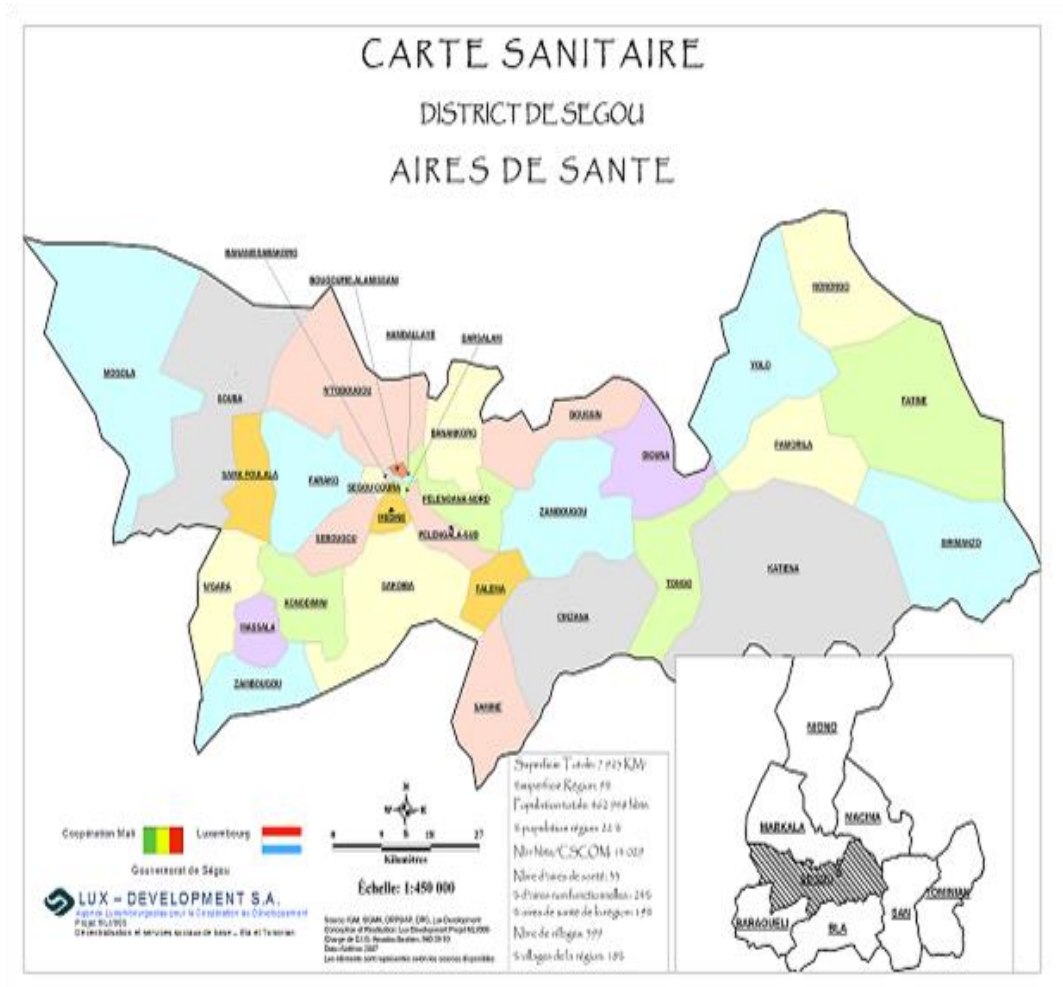


Figure 1: Carte sanitaire du district sanitaire de Ségou [6]

-Superficie/limites

Situé entre le 13^{ème} et le 16^{ème} degré de latitude Nord, les 4^{ème} et 7^{ème} degré de longitude ouest,

Le district de Ségou s’étend sur une superficie de 15 600 km².

Limitée :

Au nord par les communes de Belen, N’Koumandougou, Baguindadougou, Markala, Togou et Dioro. Au sud par les cercles de Baroueli et Bla ; A l’ouest par le cercle de Banamba à l’est par les cercles de Macina et de San

- Climat végétation et hydrographie

- Climat

Le climat est de type soudanien, Les hauteurs de pluie varient entre 200 et 900 mm Le relief est peu accidenté, ce qui constitue un atout pour l’accessibilité géographique aux structures socio-sanitaires.

- Végétation

Elle est de type soudano -sahélien guinéen. On distingue trois ensembles de groupements végétaux :

La formation arbustive à épineux, la formation arborée, la savane arborée.

- Hydrographie

Le cercle de Ségou est arrosé par le fleuve Niger et son affluent le Baní. Ils sont exploités par la population pour la pêche le maraîchage et l’exploitation de sable et gravier pour la construction ; le Niger en large partie par l’Office du Niger et l’Office Riz Ségou pour les aménagements de riziculture, Le cercle est relativement bien arrosé.

- **Données démographiques :**

La population totale des communes du district est estimée en 2018 à 591 851 hbts (Source DNSI) dont 299 793 femmes et 292 058 hommes.

Les principales ethnies rencontrées sont : Les Bambaras Les Peulhs Les Miniankas Les Somono Les Bozos.

Les indicateurs démographiques se présentent comme suites

Taux d’accroissement du cercle : 3,8%

Ce taux est parmi les plus élevés de la région qui a un taux moyen de 3,1%.

Indice synthétique de fécondité (ISF) : 7enfants / femme

Age médian à la première naissance : 19,5

Taux de natalité : 54,42‰

Taux de mortalité infanto juvénile : 95‰

Espérance de vie à la naissance : 68 ans

Ratio Femmes/Hommes est de 1,044

Le phénomène migratoire est relativement important dans le cercle de Ségou. Les raisons de ces mouvements de populations restent la recherche de meilleure condition (recherche de kits

de mariage pour les jeunes filles, appui financier et équipements agricoles aux chefs de famille restés au village...)

- Habitat

Il est surtout de style traditionnel avec utilisation de banco "rouge" typique pour Ségou et conforme à l'architecture de type soudanien.

On assiste de plus en plus à l'émergence de constructions de style moderne en matériaux durables.

D'une manière générale les concessions sont dotées en latrine, cependant l'utilisation des puisards et la gestion des déchets ménagers demeurent insuffisantes.

La cohabitation avec les animaux et les cultures intra domiciliaires sont fréquentes et sources de prolifération de vecteurs de maladies.

- **Voies et moyens de communication**

- Réseau routier et fluvial

La route Nationale n° 6 bitumé relie Ségou et Bamako et Ségou Mopti en passant par Cinzana.

La route Nationale n° 5 bitumé relie Ségou - Markala – Niono

Environ 150 km de route sont bitumés à l'intérieur du district sanitaire.

Le bateau, est opérationnel de juillet à septembre. Il relie Koulikoro à Ségou et Ségou Mopti-Tombouctou-Gao. Ce trafic fluvial assure le transport des personnes, des animaux et des marchandises

- Moyens de communication

Les réseaux téléphoniques SOTELMA, Mali tel et Orange couvrent la quasi-totalité des communes du district.

- **Données socioculturelles et économique**

- Religions

Les 2 grandes religions pratiquées sont : L'Islam Le Christianisme

L'animisme est aussi pratiqué.

- Economie

Agriculture

L'agriculture représente le secteur le plus important dans l'économie du cercle.

Au niveau du district il existe le Service local de l'Agriculture et ses Sous-Secteurs, l'Office Riz, L'Office du Niger, et la Chambre d'agriculture.

On peut également noter l'existence de la station de recherche à Cinzana qui s'occupe de :

La recherche et la vulgarisation des semences améliorées.

-Pêche

Les Bozo et les Somonos sont les acteurs principaux de cette activité. Les produits de la pêche sont écoulés sur les marchés locaux et vers Bamako. Les produits de la pêche sont beaucoup plus consommés par les populations locales.

-Elevage

L'élevage est par excellence de type extensif dans le cercle. L'élevage des petits ruminants est généralement pratiqué par les femmes et l'embouche bovine par les hommes.

-Industrie

L'industrie joue un grand rôle dans l'économie du district sanitaire de Ségou. Les principales industries et unités sont :

La Compagnie Malienne de Textile (COMATEX-S. A à Ségou)

La tapisserie Nyéléni à Ségou

La rizerie de Sébougou

Huileries Ba Mariama et COULIBALY à Pelengana etc...

- Organisation administrative et politique :

Le cercle de Ségou, collectivité territoriale décentralisée a été créée par la loi 99/035 du 10 août 1999. Il compte : une collectivité cercle, une commune urbaine et 29 communes rurales totalisant 554 villages et quartiers

La collectivité cercle ou conseil de cercle est composé de conseillers élus par les conseils communaux. Dans le cadre de la décentralisation, la Santé, Education, Hydraulique, Développement Social ont été transférés à la collectivité cercle. C'est ainsi, que le Président du Conseil de Cercle est le président du conseil de gestion du CSREF.

5.1.1.1.2 Situation sanitaire

- Organisation du système de santé

Le district sanitaire de Ségou, à l'instar des autres districts respecte la pyramide sanitaire du pays qui est constitué de 3 niveaux :

Le 1^{er} niveau : est représenté par les centres de santé communautaires (C.S. Com).

11 C.S. Com sont dirigés par un médecin et seules les 8 C.S. Com urbains et périurbains sont dotés de sages-femmes et/ou d'infirmières-obstétriciennes.

Le C.S. Com le plus proche du district sanitaire est le C.S. Com de Sido sonikoura a 3km et le plus distant est celui de sirimanso à 125 km

Le 2^{ème} niveau : composé de CSREF est constitué par le Centre de Santé de Cercle.

Le 3^{ème} niveau : constitué par les établissements publics hospitaliers (EPH), c'est la 2^{ème} référence et reçoit les cas référés des CSREF.

5.1.2. Présentation de l'aire de sante de Ségou coura

5.1.2 1. Création

Le centre de santé communautaire de Ségou –Coura communément appelé (Benkadi) signifie l'union donne la force, est créer le 12 Juillet 1993.

Benkadi est situé au bord de la route nationale n°6 à droite en allant vers Bamako, au quartier Ségou Coura. L'aire de sante de Ségou-coura couvre une population de 14164 habitants en 2018 reparti dans trois (3) quartiers : Bagadadji, Ségou-Coura Bamanan et Ségou Coura Somono.

5.1.2.2. Superficie limite :

Situe entre le 13ème et 16ème degré de latitude nord

Le 4ème et 7ème degré de longitude ouest ; Ségou coura est à environ 235 km à l'Est de Bamako, sur la route nationale RN6, au bord du fleuve Niger.

Ségou Coura est limite à l'ouest par l'aire de Santé de Sébougou, à l'Est par l'aire de Santé de Médine et Bananisabakoro, au sud par l'aire de Santé de Bagadadji sud (ATT bougou) et au nord par le fleuve Niger.

5.1.2.3 Relief :

L'Aire de Santé se situe dans une zone de plaine à faible altitude, on rencontre quelques plateaux latéritiques.

Hydrographie : L'Aire de Santé de Ségou Coura est arrosée par le fleuve Niger. Le fleuve est exploité par la population pour la pêche le maraichage et l'exploitation de sable.

Climat : le climat est de type sahélien la pluviométrie varie entre 900 mm d'eau par ans. Le relief est peu accidenté.

Végétation : elle est de type soudano sahélien guinéen. On distingue (3) trois ensembles de groupements végétaux La formation arborée : karité ; tamarinier ; balanza ; Rônier ; caissedra etc....

Présentement on ne peut pas parler ni de grand foret ni de désert dans l'Aire de Ségou Coura mais toutes les tendances à la désertification s'accroissent et constituent une menace sérieuse.

5.1.2.4 Economie :

-Agriculture : elle représente le secteur le plus important de l'économie de l'Aire, elle est composée essentiellement par les :

Cultures vivrières : mil, riz, sorgho, fonio.

Cultures rentables : arachide, niébé, manioc.

-Elevage : c'est une source importante de revenu pour la population. On élève des bovins, caprins, ovins et de la volaille.

-Pêche : elle se pratique de façon intensive sur le fleuve Niger à Ségou Coura.

-Industrie : elle est marquée par des groupements de transformation des cultures vivrières, savonnerie et la laiterie de Ségou Coura

5.2.5. Voies et moyens de communication :

- Voies de communications :

La route nationale n° 6 bitumée relie Ségou à Bamako et Ségou à Mopti en passant par Ségou Coura.

La route locale goudronnée relie Ségou Coura à ATT Bougou.

Une piste latéritique délimite Ségou Coura/Bagadadji.

La voie navigable, elle est assurée par les piroguiers sur le fleuve Niger reliant Ségou Coura : Farako, Samafoulala, Diganidougou, Souban et aussi par la COMANAV dans la période d'Aout à Septembre. Les différents moyens de transport sont : la pirogue, la pinasse, le bac, le bateau de Juillet à Septembre.

-Moyens de communication :

Le réseau téléphonique couvre toute la zone. Le réseau administratif de communication (RAC) relie la zone à : Katiena, Cinzana, Farako, Fafiné, Ségou, Saamine etc.....

5.1.2.6. Infrastructure :

CSCOM de Ségou Coura est divisé en trois bâtiments :

-Le Dispensaire qui est composé de :

Un bureau pour le Médecin

Un dépôt de vente,

Un magasin,

Une salle d'observation

-La maternité est composée de :

Une salle de garde,

Une salle d'accouchement,

Une salle de suite de couche,

Une salle de consultation prénatale et de PF (planning familial),

Deux toilettes.

-Ancien bloc de la maternité PMI-I est composée de :

Un bureau pour le Major du service

Une salle pour le Laboratoire qui n'est pas fonctionnelle avec la chaîne de froid

Une salle de soins (injection et pansement),

Le centre de santé de Ségou-Coura comporte également un local pour le gardien, un hangar en tôle pour la vaccination et URENAS/URENAM, une pompe à eau, un magasin.

5.1.2.7. Moyens logistiques :

Le centre de santé de Ségou-Coura dispose d'une moto AG 100 qui n'est plus fonctionnelle et un incinérateur de type Mont Fort pour l'élimination de ses déchets biomédicaux.

5.1.2.8 CARACTERISTIQUE DE LA POPULATION.

Tableau I: Population de l'aire de Santé de Ségou-Coura

Quartier	Population	Distance en Km
Bagadadji	9518	1 Km
Ségou-Coura Bambara	1649	0 Km
Ségou-Coura Somono	2997	1 Km
Total	14164	

5.1.2.9 Ressources humaines_ du CSCOM de Ségou Coura

Tableau II : Ressources humaines du CSCOM de Ségou Coura

PERSONNEL	QUALIFICATION	EFFECTIF ET SOURCE DE FINANCEMENT		
		Etat	Collectivité	ASACO
MEDECIN	Généraliste		1	
TSS	Infirmier d'état	1		
TSS	Sage-femme	2	1	
TS	IO	1	1	
TS	Infirmier	2	1	
MATRONE/AIDE-SOIGNANT			3	1
GESTIONNAIRE	Comptable			1
ATR				1
GARDIEN/MANŒUVRE				2
SOUS TOTAL		6	7	5
TOTAL GENERAL		18		

5.1.2.10 Ethnie

Avec une population de 14164 habitants réparties entre les différentes ethnies à savoir : Les Bambaras ; les Peulhs ; les Miniankas ; les Somonos ; les Bozo ; les Bobo ; les Dogons et les Mossis.

5.2 Type d'étude

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

5.3 Période de l'étude

Cette étude s'est déroulée entre Septembre 2018 et Novembre 2018.

5.4 Population d'étude

La population sera constituée de :

Les chefs des ménages de Ségou coura et Bagadadji

Les agents de santé du C.S. Com de Ségou coura.

Les membres d'ASACO de Ségou coura.

- **Critères d'inclusion**

Seront inclus dans l'étude :

Les chefs de ménage résidant dans l'aire de santé depuis au moins 6 mois et présents au moment de l'étude.

Les agents de santé ayant fait au moins 6 mois dans le centre de santé et présent au moment de l'étude ;

Les membres du bureau de l'ASACO présents au moment de l'étude ;

- **Critères de non inclusion**

N'ont pas été inclus dans l'étude :

Les personnes éligibles absentes pendant la période de collecte des données ou ayant

Refusées de participer à l'enquête.

5.5 Échantillonnage :

5.5.1 Taille de l'échantillon

Au total nous allons enquêter 100 chefs de ménage pour cette étude 10 agents de santé et 5 membres du bureau de l'asaco.

L'aire de sante de Ségou coura compte 3 quartiers la répartition sera faite comme suite :

Le quartier le plus peuplé qui est Bagadadji aura 40 ménages a enquêté suivi de Ségou coura Somono et Ségou coura Bambara avec respectivement 30 ménages chacun.

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

Cibles	Effectifs
Chefs des ménages	100
Agents de santé du C.S. Com	10
Membres d'ASACO	05
Total	115

5.5.2 Méthodes d'échantillonnage

La méthode a été probabiliste et non probabiliste.

Choix des chefs des ménages

La méthode probabiliste sera utilisée pour le choix des chefs des ménages

Choix des membres de l'ASACO et les agents de santé du C.S. Com

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

5.5.3 Technique d'échantillonnage

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

-Pour les agents de santé nous avons pris la liste exhaustive du personnel (les dix agents de santé du C.S. Com).

-Pour les membres du bureau de l'ASACO (le Président, le trésorier, le secrétaire Administratif et le commissaire au compte) un choix raisonné peut permettre de les sélectionner pour l'entrevue.

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

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

5.6. Choix des variables

Variable dépendante :

Utilisation des soins curatifs du CSCOM.

Variables indépendantes :

Il s'agissait des variables suivantes :

Facteurs socioculturels :

- Niveau d'instruction du chef de ménage ;
- Religion du chef de ménage ;
- Ethnie du chef de ménage ;
- Statut d'adhésion au C.S. Com ;
- Confiance aux personnels soignant ;
- Itinéraire thérapeutique ;
- Perception de la qualité des services (qualité de l'accueil, temps d'attente, disponibilité des médicaments, satisfaction ou pas des soins reçus, disponibilité du personnel, Etat des locaux).

Facteurs socio démographiques :

- Age du chef de ménage ;
- Sexe du chef de ménage ;
- Statut matrimonial du chef de ménage ;
- Taille du ménage.

Facteurs socio-économiques :

- Revenu mensuel du ménage stable et non stable ;
- Profession du chef de ménage ;
- Tarification des soins ;
- Moyens de déplacement dans le ménage ;
- Autres recours aux soins.

Facteurs géographiques :

-Distance entre la résidence/ C.S. Com ;

-Obstacles naturels.

Tableau V: Opérationnalisation des variables

Variable dépendante		
Utilisation des soins curatifs	Variables	Définition Opérationnelle
Variables indépendantes		
Niveau d'instruction du chef de ménage	Le plus haut niveau d'études atteint par le chef de ménage en français :	1=N'a jamais étudié (e) 2=Niveau primaire 3=Niveau secondaire 4=Niveau supérieur 5=Alphabétisé en Bambara ou Elève coranique ou Arabe
Religion du chef de ménage	Religion pratiquée par le chef de ménage	1= Musulmane 2=Chrétienne 3=Autres
Ethnie du chef de ménage	Appartenance à un groupe d'ethnie	1=Bambara 2=Malinké 3=Sarakolé 4=Bozo 5=Dogon 6=Peulh 7=Autres
Statut d'adhésion au C.S. Com	Membre adhérent du C.S. Com	1=Oui 2=Non
Confiance aux personnels soignant	C'est la confiance de la population aux agents de santé du C.S. Com	1=Oui 2=Non
Relation entre la population et les membres de l'asaco	C'est la capacité de communication des membres de l'asaco avec la population	1=être informé que le centre est communautaire 2=pas d'information

		3=être Mobilise par L ASACO à fréquenter le centre 4=Non Mobilise
Itinéraire de recours au soin	C'est le premier recours des soins par les ménages	1=Automédication traditionnelle 2=automédication conventionnelle 3=Traitement traditionnel 4=C.S. Com 5=Autres structure de sante 6=Agent de sante ambulatant
Perception de la qualité des services	La perception qu'a le chef de ménage de la qualité des services par rapport à : L'accueil,	1= Satisfait 2=Non satisfait
	Temps d'attente,	1=Moins de 15 minutes 2= Plus de 15 minutes
	Disponibilité du personnel soignant	1= Oui 2=Non
	Disponibilité des médicaments	1= Oui 2=Non
	Satisfaction ou pas des soins reçus	1= Satisfait 2=Non satisfait
Age du chef de ménage	C'est l'âge révolu du chef de ménage au moment de l'enquête	Ordinale 1=15-24 ans 2=25-34 ans 3=35-44 ans 4=45-54 ans 6=55-64 ans 7=65-74 ans
Sexe du chef de ménage	Masculin ou féminin	1=Masculin 2=Féminin

Statut matrimonial du chef de ménage	Situation affective du chef de ménage au moment de l'enquête	1=Marié (e) 2=Célibataire 3= Divorcé (e) 4= Veuf (veuve)
Taille du ménage	Nombre de personnes qui habitent sous le toit du chef de ménage et sous sa responsabilité.	1=1-6 personnes 2=6 personnes et plus
Revenu du ménage	Revenu mensuel du chef de ménage en franc CFA	1=stable 2=non stable
Profession du chef de ménage	Activité professionnelle du chef de ménage au moment de l'enquête	1=Fonctionnaire 2=Commerçant 3=Cultivateur 4=Militaire 5=pêcheur 6=Sans emploi 7=Ménagère
Tarification des soins	Coût de la dernière visite au C.S. Com (consultation et médicaments) en franc	1=Moins cher 2=cher
Moyen de déplacement	Existence de moyen de déplacement dans le ménage	1=Oui 2=Non
Distance C.S. Com /village	Distance entre la résidence du ménage et le C.S. Com	1=0 à 5 Km 2=6 Km et plus
Obstacles	Obstacle pour atteindre le C.S. Com	1=oui 2=non

5.7 Techniques et outils de collecte des données

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

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

Cibles/sources	Techniques	Outils
Chef de ménage	Enquête par questionnaire	Questionnaire
Agents de santé du C.S. Com	Enquête par questionnaire	Questionnaire
Membres de l'ASACO	Enquête par questionnaire	Questionnaire

5.8 Déroulement de la collecte de données

La collecte des données s'est déroulée du 10 au 20 Octobre 2018 dans l'aire de santé de Ségou coura du district sanitaire de Ségou et consiste à l'administration des questionnaires aux différentes cibles.

La collecte des données a été effectuée par des relais enquêteurs de niveau d'instruction secondaire qui seront supervisés régulièrement par nous-mêmes.

Ces enquêteurs, tous des relais communautaires ont été formés pendant une journée.

5.9 Traitement et analyse des données

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

Les étapes suivantes suivront :

- La vérification des données et la correction des éventuelles erreurs d'enregistrement sur les fiches de collecte de données ;
- Le codage des données ;
- La création d'un masque de saisie avec le logiciel SPSS version 21.0 for Windows pour analyse ;
- La saisie, le traitement de texte, des tableaux et des figures seront effectués à l'aide des logiciels Word et Excel ;
- Le dépouillement manuel des données qualitatives ;
- L'analyse des données a porté sur deux aspects :

1-Aspect descriptif :

Nous avons utilisé les proportions de fréquence et moyennes pour les variables Quantitatives ; les données qualitatives feront l'objet d'analyse de contenu.

2- Aspect analytique

- **Analyse bivariée**

Nous avons fait un croisement entre la variable dépendante « utilisation des soins curatifs » avec chacune des variables indépendantes pour rechercher une association. Le test de Chi² de Pearson a été utilisé pour vérifier l'association avec un seuil de Signification de 0,05.

- **Analyse multivariée**

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

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

5.10 Considérations éthiques

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

Pour y parvenir nous avons demandé une autorisation auprès des autorités politiques sanitaires et traditionnelles en occurrence les chefs de quartier du lieu d'étude. Le consentement libre et éclairé des participants a été sollicité dans le cadre de cette étude.

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

5.11 Plan de diffusion des résultats

Il est prévu de :

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

6. RESULTATS

6.1 Aspect descriptif

6.1.1 Facteurs sociodémographiques des ménages

L'ensemble de la population vivant dans les 100 ménages enquêtés s'élevait à 1108 personnes. La moyenne des personnes dans les ménages était de 11,5. La tranche d'âge la plus représentée était la tranche 46 -55 ans.

Les ménages qui étaient dirigés par les hommes représentaient 89%, tandis que ceux dirigés par les femmes étaient de 11% ; les chefs des ménages mariés ont représenté 92% des enquêtés.

✓ Tranches d'âge et la taille des ménages :

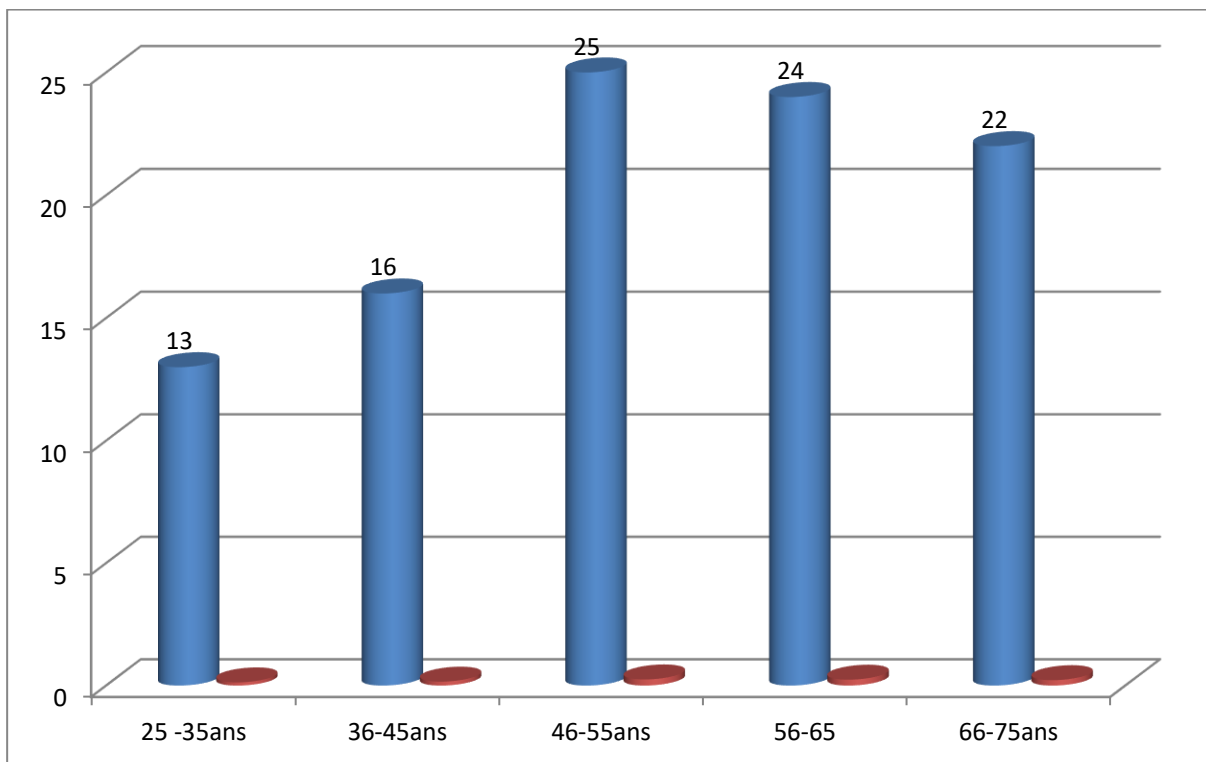


Figure2 : Répartition des chefs des ménages selon la tranche d'âge dans l'aire de santé de Ségou coura en 2018

La tranche d'âge 46-55ans a été la plus représentée avec 25%

Tableau VII: Répartition des ménages en fonction du nombre de personne

Caractéristiques sociodémographiques	Effectifs (n=100)	Pourcentage
Ménage avec moins de 6 personnes	43	43%
Ménage avec plus de 6 personnes	57	57%

Plus de la moitié c'est à dire 57% des ménages enquêtés avait plus de 6 personnes

✓ **Sexe des chefs de ménages :**

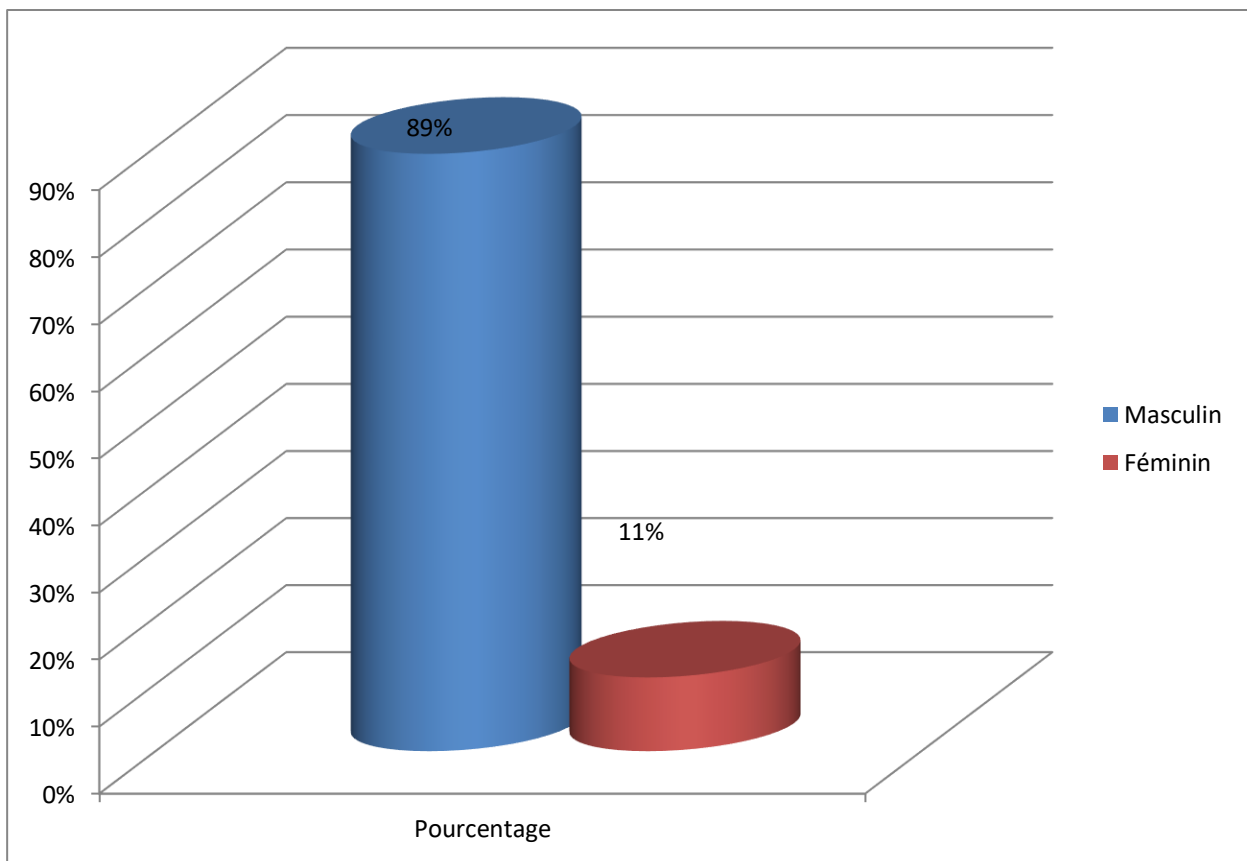


Figure 3: Répartition des chefs des ménages selon le sexe dans l'aire de santé de Ségou coura en 2018.

Les chefs des ménages de sexe masculin représentaient 89% et seulement 11% étaient de sexe féminin.

✓ **Statut matrimonial des chefs de ménages**

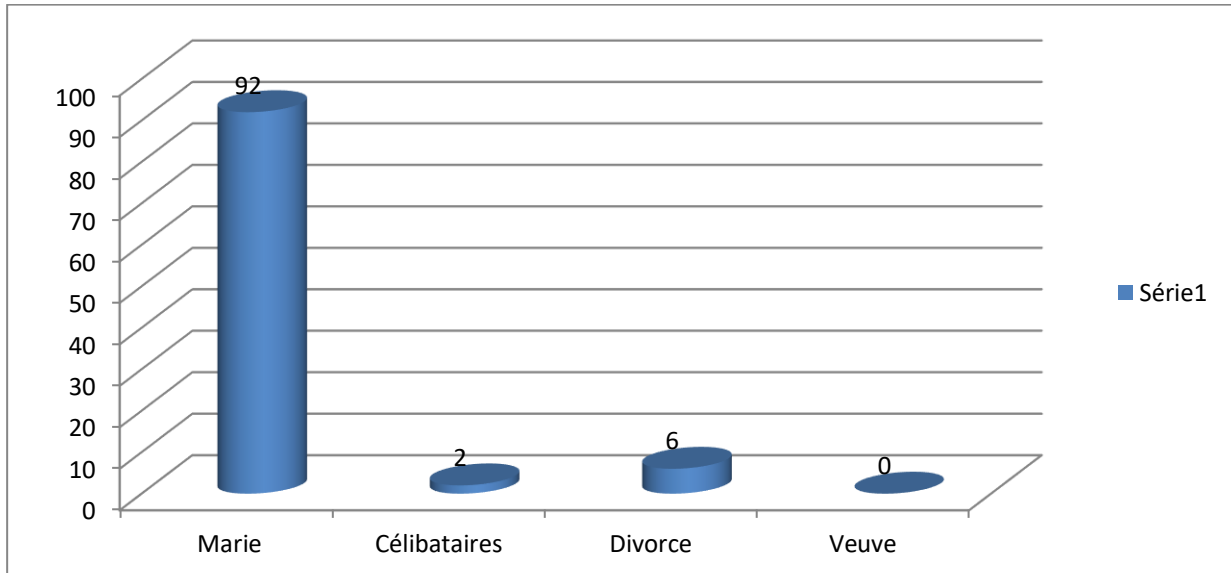


Figure 4 : Répartition des chefs des ménages selon le statut matrimonial dans l'aire de santé de de Ségou coura en 2018.

92% des chefs des ménages étaient mariés, 2% célibataires, 6, % divorcés

6.1.2 Facteurs socioculturels des ménages

- ✓ Religion, l'ethnie, le statut d'adhésion au C.S. Com des chefs des ménages et la confiance aux personnels soignant

Tableau VIII: Répartition des chefs des ménages enquêtés en fonction du statut d'adhésion au CSCOM, Religion des chefs des ménages, Ethnie des chefs de ménages, Confiance aux personnels soignants, mobilisé par l'ASACO, Connaissance que le centre est communautaire

Caractéristiques socioculturels	effectifs n 100	pourcentage
Adhésion CSCOM		
Oui	19	19 %
Non	81	81 %
Religion chef des ménages		
Musulmane	96	96%
Chrétienne	4	4%
Ethnie des chefs de ménages		
Bambara	53	53%
Malinké	9	9 %
Sarakolé	8	8 %
Bozo	21	21%
Dogon	3	3%
Peulh	6	6%
Confiance au personnels soignants		
Oui	71	71%
Non	19	19%
Mobiliser par l'ASAC		
Oui	11	11%
Non	89	89%
Connaissance que le centre est communautaire		
Oui	14	14%
Non	86	86%
Connaissance du C.S. Com de Ségou courra		
Oui	100	100%
Non	0	0%

Seulement 19 % des chefs des ménages avaient la carte de membre d'adhérent du C.S. Com, et 81 % n'étaient pas membre adhérent du CSCom.

Les musulmans représentaient 96% suivis des chrétiens 4%.

Les Bambaras ont été l'ethnie la plus fréquente avec (53%) suivis des Bozos (21%) et des Malinkés (9%).

Plus de la moitié soit 71% des chefs des ménages avaient confiance aux personnels soignant du CSCom. Seulement 11% des chefs de ménages étaient mobilisé par l'ASACO et 14% avaient connaissance que le centre est communautaire.

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

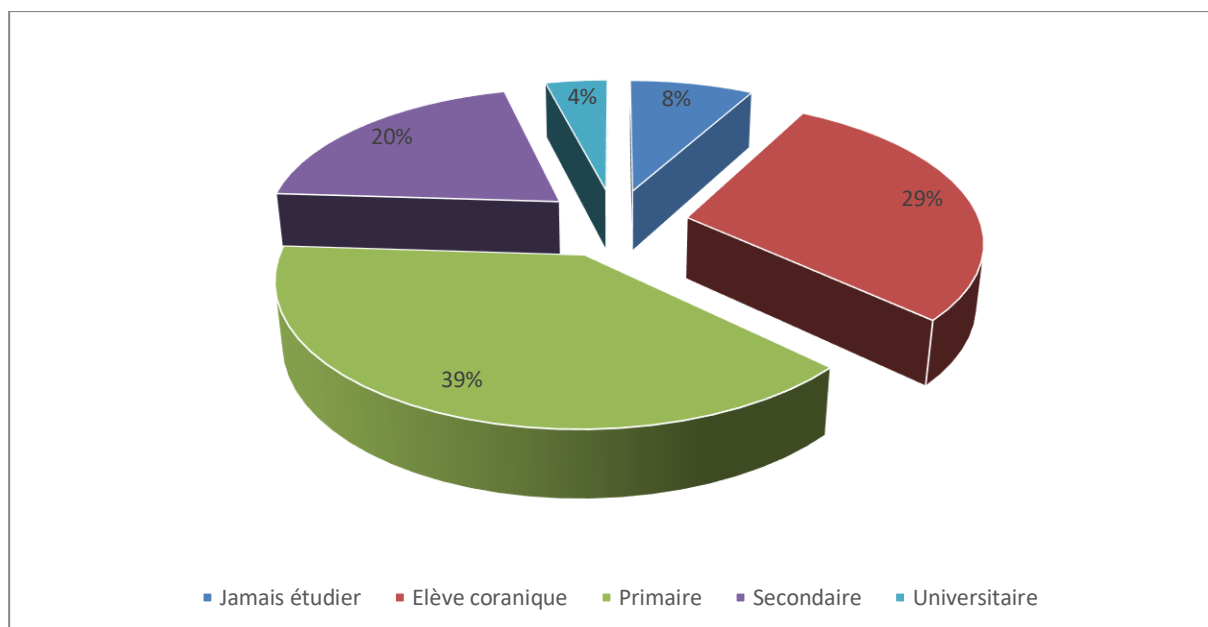


Figure 5 : Répartition des chefs des ménages selon le niveau d'instruction dans l'aire de santé de Ségou coura en 2018

Plus de la moitié, 76% des chefs des ménages n'avaient jamais étudié en français ou avaient un niveau d'instruction primaire ; 20% avaient le niveau secondaire et seulement 4% avaient le niveau supérieur.

6.1.3 Facteurs socioéconomiques des ménages

- ✓ Revenu mensuel et existence de moyen de déplacement

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

Variable	Effectif	pourcentage
Revenu mensuel régulier		
Oui	73	73%
Non	27	27%
Moyen de déplacement		
Avec moyen de déplacement	65	65%
Sans moyen de déplacement	35	35%

73% des chefs de ménage avaient un revenu mensuel régulier et 35% étaient sans moyen de déplacement.

- ✓ Profession des chefs de ménage

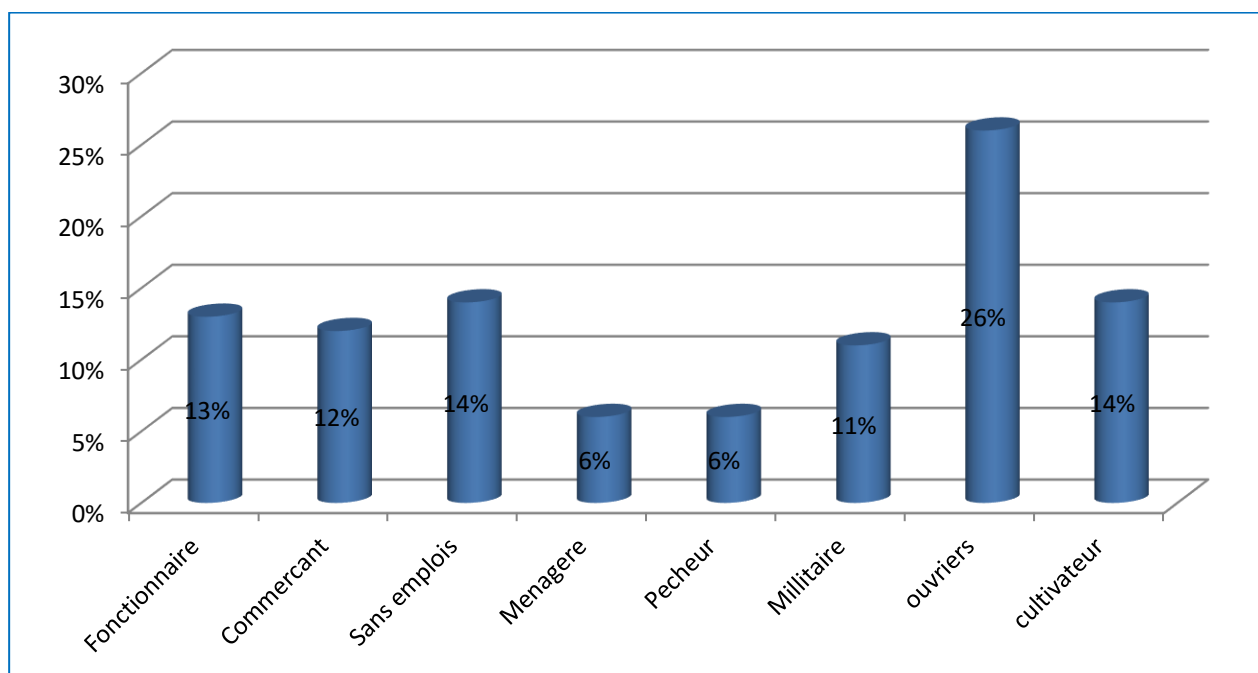


Figure 6 : répartition des chefs de ménages en fonction de la profession

Les chefs des ménages cultivateurs représentaient 14%, commerçants 12%, les sans-emplois 14%, ménagères 6%, les fonctionnaires 13% les pêcheurs 6% les militaires 11% et les ouvriers 26%.

6.1.4 Facteurs liés à l’accessibilité géographique des ménages :

Tableau X: Répartition des chefs de ménage enquêtés en fonction de la distance C.S. Com /Village et des obstacles naturels

Variable	Effectif	pourcentage
Distance CSCOM		
0-5km	100	100%
6km et plus	0	0%
Existence d’obstacle naturelle		
Oui	0	0%
Non	100	100%

A Ségou coura 100% des ménages vivaient dans un rayon de 5 km du CSCom et 100% parlaient également d’absence d’obstacle naturel entre leur résidence et le CSCom.

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

6.1.5.1 Connaissance du CSCom :

Tableau XI: Répartition des ménages en fonction de la connaissance du CSCom

Connaissance du CSCom	effectif	pourcentage
Oui	100	100%
Non	0	0%

Tous les ménages enquêtés (100 ménages) soient 100% connaissaient le CSCom de Ségou coura en 2018.

6.1.5.2 Utilisation des soins curatifs parmi les ménages connaissant le CSCom

Tableau XII: Utilisation de soins curatifs du C.S. Com

Utilisation soins curatif	effectif	pourcentage
Oui	50	50%
Non	50	50%

50% des ménages parmi ceux qui connaissent le CSCom l'ont déjà fréquenté.

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

Tableau XIII: Ménages avec une personne tombée malade et gravité de la maladie

Etat de sante et gravite	effectif	pourcentage
Etat de sante		
Bonne sante	1	1%
Malade	99	99%
Gravite de la Maladie		
Moins Grave	66	66%
Grave	33	33%

Au regard de ce tableau, 99 % des ménages enquêtés ont déclaré avoir eu au moins un cas de maladie dans le ménage, dans les 6 mois ayant précédés l'enquête. Dans l'ensemble, 33% de personnes tombées malades ont considéré leur état comme étant grave, tandis que 66% considèrent leur état comme étant moins grave.

6.1.5.4 Structures des soins où les malades se font soignés.**Tableau XIV:** Structures de recours aux soins par les personnes tombées malades

Recours aux soins	effectif	pourcentage
C.S. Com de Ségou coura	29	29%
Auto médication traditionnelle	4	4%
Automédication conventionnelle	16	16%
Traitement traditionnel	10	10%
Traitement ambulatoire	20	20%
Autres structures de sante	20	20%

Ce tableau indique que sur les 99 ménages qui ont déclaré avoir eu au moins un malade les 6 derniers mois, Ceux qui ont eu recours au C.S. Com sont à 29% ; 20 % ont eu recours à l'automédication ; 20% à d'autres structures de santé 20% ont eu recours aux agents de santé ambulatoire 10% aux tradipraticiens.

Tableau XV: Raisons évoquées de la non fréquentation du C.S. Com par les ménages

Raison évoquées	effectif	pourcentage
Manque d'argent	23	33%
Manque de confiance aux personnel	18	26%
Maladie pas assez grave	5	7 %
Autres structures	8	11%
Manque d'assurance	16	23%

Parmi les ménages enquêtés, 33% ont évoqué le manque d'argent comme raison de non fréquentation du C.S. Com ; 18% ont évoqué le manque de confiance aux personnels du C.S. Com ; 16% ont évoqué le manque d'assurance ,8% ont évoqué la fréquentation d'autres structures de santé hors de Ségou coura.

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

Tableau XVI: L'accueil au C.S. Com, temps d'attente avant consultation et la tarification des soins curatifs.

Variable	Effectif	Pourcentage
Satisfaction à l'accueil		
Satisfait	81	81%
Non satisfait	19	19%
La durée du temps d'attente		
Moins de 15 mn	90	90%
Plus de 15 mn	10	10%
Tarification des soins curatifs		
Abordable	96	96%
Cher	4	4%
Etat du local		
Bon	83	83%
Mauvais	17	17%

Signalons que l'accueil a été jugé non satisfaisant dans 19 % des cas ; concernant la durée du temps d'attente avant la consultation, 10 % des ménages enquêtés avaient passés plus de 15 minutes pour être reçus ; quant à la tarification, la quasi-totalité des ménages, soit 96% l'avaient qualifiée abordable et 83% avaient trouvé l'état du local bon.

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

Tableau XVII: Satisfaction des soins, disponibilité du personnel soignant et des médicaments.

Variable	Effectif	Pourcentage
Satisfaction des soins		
Oui	68	68%
Non	32	32%
Disponibilité du personnel		
Oui	62	62%
Non	38	38%
Disponibilité des médicaments		
Oui	32	32%
Non	68	68%

Les ménages ayant déjà fréquenté le C.S. Com étaient satisfaits des soins reçus à 68%, et le personnel soignant n'était pas disponible pour 38 % des ménages.

Les médicaments ont été jugés non disponibles par 68 % des ménages.

6.1.5.7 Les suggestions pour améliorer la fréquentation des soins curatifs du C.S. Com :

Tableau XVIII: Suggestions pour l'amélioration de la fréquentation des soins curatifs du C.S. Com

Suggestion des ménages	Effectif n 100	pourcentage
Diminuer le prix	6	6%
Améliorer l'accueil	12	12%
Rendre disponible le médicament	41	41%
Prise en charge des indigents	8	8%
Mettre en place L AMO Mutuelle de sante	19	19%
Augmente le personnel	14	14%

Au regard de ce tableau, 6% des ménages souhaitaient que le prix des actes de soins curatifs soit diminué ; 12% ont suggéré l'amélioration de l'accueil des malades ; 14 % ont proposé

d'augmenter le nombre de personnel qualifié ; 8% ont parlé de la prise en charge des indigents et 41 % ont suggéré l'approvisionnement régulier du C.S. Com en médicaments.

6.1.5.8 Résultats des entretiens avec les agents de santé du C.S. Com et les membres de l'ASACO :

✓ Agents de santé :

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

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

- la faible relation entre l'ASACO et le personnel ;
- l'ASACO ne connaît même pas son rôle et ne consulte pas le personnel ;
- la rupture des médicaments du dépôt par mauvaise gestion de l'ASACO (ils ne prennent pas en compte les fiches de stock du dépôt) ;
- la présence du dispensaire de la garnison qui est beaucoup fréquentée par les militaires et leurs ayants droits du quartier ;
- la consultation et le traitement dans les officines privées ;
- l'absence d'assurance maladie ;
- Absence de mobilisation sociale par l'ASACO ;
- Absence de motivation du personnel.

Comme solution nous proposons de :

- Former l'ASACO sur la gestion du centre et les activités de mobilisation sociale,
- Sensibiliser la population de Ségou coura sur les conséquences du traitement ambulatoire et l'auto médication ;
- Rendre disponible les cartes de membre à un cout abordable ;
- Signer un contrat de prestation avec le CANAM ;
- Doter le C.S. Com en laboratoire d'analyse et d'appareil échographique ;
- Mettre en place un système de motivation du personnel.

✓ **Membres de l'ASACO :**

Tableau XIX: Fonctionnalité de l'ASACO au niveau du C.S. Com de Ségou coura en 2018 durant les 3 dernières années.

Réunions statutaires avec procès-verbal	Nombre	Réalisation %
Assemblée générale	1	100%
Conseil d'administration	0	0%
Comité de gestion	3	50%
Bilan comptable et financier annuel	Néant	
Signature de CAM avec la mairie	Non	

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

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

- Insuffisance des ressources financières pour la mobilisation sociale, et la confection des cartes de membres ;
- la méconnaissance de l'ASACO sur son rôle et ces responsabilités ;
- le refus catégorique du président pour la signature de scheiks d'achats précisément l'achat du médicament ;
- le non-respect des principes d'achats par le personnel ;
- Le non-respect du schéma directeur selon le président ;
- La démotivation du président de l'ASACO car c'est du bénévolat.

7/Aspect analytique

7- 1 Analyse bivariée

Tableau XX: Relation entre l'utilisation des soins curatifs du C.S. Com, et les facteurs socio démographiques

Variable	Utilisation des soins Curatifs (n=100)		OR	IC 95%	P- value
	OUI %	Non %			
Age des chefs de ménage					
25 à 50 ans	43,8 %	46,2 %	0,9	[0,2- 3,95]	0,596
51 à 75 ans	56,2 %	53,8 %			
Statut matrimonial					
Marie	98%	97,8	1	[0,06 -17,9]	0,73
Non marie	2	2,2 %			
Sexe des chefs de ménage					
Sexe Masculin	92 %	86%	1,87	[0,5 -6,84]	0,26
Sexe féminin	8 %	14 %			
Taille des ménages					
1-5	36%	50 %	0,563	[0,25 -1,25]	0,11
6 et plus	64%	50%			

Les facteurs socio démographiques n'ont pas de relation statistiquement significative avec

L'utilisation des soins curatifs du C.S. Com

Tableau XXI: Relation entre fréquentation des soins curatifs du C.S. Com et les facteurs socioculturels

Variable	Utilisation des soins Curatifs (n=100)		OR	IC 95%	P- value
	OUI %	Non %			
Adhérant au CSCom			5	[1,5- 16,15]	0,005
Oui	30%	8%			
Non	70%	92 %			
Confiance aux personnels Soignants			6.2	[2,25-17,29]	0,000
Oui	88%	54%			
Non	12%	46 %			
Croyance religieuse			0,4	[0,4-0,5]	0,59
Musulman	100%	92%			
Non musulman	0	8 %			
Niveau d'instruction			0,45	[0,2 -1]	0,04
Instruit	54 %	72%			
Non instruit	46%	28%			

Le statut de non adhérent au CSCom, le manque de confiance aux personnels soignant et le niveau d'instruction bas ont été statistiquement associés à l'utilisation des soins curatifs du C.S. Com de Ségou coura **avec** $p < 0,05$.

-Tableau XXII: Relation entre la fréquentation des soins curatifs du C.S. Com, et les facteurs socioéconomiques

Variable	Utilisation des soins Curatifs (n=100)		OR	IC 95%	P- value
	OUI %	Non %			
Revenu mensuel Régulier			0,4	[0,15-0,98]	0,035
Oui	64%	18 %			
Non	36 %	82%			
Moyen de déplacement			0,7	[0,33-1,75]	0,38
Avec moyen de déplacement	62%	68%			
Sans moyen de déplacement	38%	32%			
Profession			0,34	[0,14 -0,8]	0,11
Avec activité rémunératrice	24%	48%			
Sans activité rémunératrice	76%	52%			

L'absence de revenu mensuel régulier a été statistiquement associée à l'utilisation des soins curatifs du CSCom **avec** $p < 0,035$.

7-2Analyse multivariés :

Tableau XXIII : Mode final

VARIABLE	OR	IC 95%	P-VALUE
Le manque de revenu régulier	0,4	[0,1- 0,98]	0,03
La non adhésion au CSCOM	5	[1,5- 16]	0,005
Le manque de confiance au personnel	6,2	[2,2- 17,2]	0,000
Le niveau d'instruction	0,45	[0,2- 1]	0,04

Nous avons retenu comme facteurs déterminant statistiquement associés à la faible utilisation des soins curatifs du C.S. Com de Ségou coura du district de Ségou en 2018 :

Le manque de revenu mensuel régulier, le niveau d'instruction des chefs de ménage, le manque de confiance aux personnels soignant du CSCOM et le statut de non adhérent des chefs des ménages au CSCOM.

8. Discussions

Les discussions des résultats de notre étude s'articulent autour 3 points :

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

8.1. L'atteinte des objectifs

L'étude avait pour objectifs d'étudier la perception des ménages sur la faible utilisation des soins curatifs du Centre de Santé Communautaire de Ségou coura dans le district sanitaire de Ségou en 2018.

Les méthodes et les techniques utilisées étaient en adéquation avec l'étude.

La combinaison des différentes techniques a permis de comprendre la perception des ménages sur la faible utilisation des soins curatifs et d'identifier les facteurs et leurs forces d'association. Au regard des résultats, nous pouvons considérer que l'objectif a été atteint.

8.2. Qualité, validité et limites

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

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

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

Deux types d'analyses statistiques ont été faites :

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

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

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

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

8.3 Comparaison de nos résultats avec ceux d'autres auteurs :

✓ De l'utilisation des soins curatifs

Dans cette étude, la proportion de la faible utilisation des soins curatifs était de 29% par les ménages de l'aire de santé de Ségou coura en 2018. Ce résultat est inférieur à la proportion de la faible utilisation des soins curatifs par les ménage de l'aire de santé de Lassa en commune IV du district de Bamako en 2017 36,9% [22] et également inférieur à l'étude sur les facteurs déterminants la faible utilisation par le ménage du service curatif dans la zone de santé de Pweto, province du Katanga, République Démocratique du Congo en 2013, qui a trouvé que la proportion de la faible utilisation des services curatifs était de 53,3% [23]

Cette différence est dû selon les ménages et les agents de santé à la proximité du dispensaire de la garnison du camp militaire ; de beaucoup d'agent de sante ambulat intervenant dans la zone et surtout à la consultation dans les officines privées.

Selon les normes de l'OMS (2000), le seuil recommandé est de 50% pour la Fréquentation d'une structure de santé par la population d'une aire de santé [3]

✓ Des facteurs sociodémographiques des ménages.

Près de 50% des personnes enquêtées avaient plus de 45 ans ce résultat cadre avec celui de SIMAGA [22] qui trouve dans son étude que 46% des personnes enquêtées avaient plus de 45 ans ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que l'enquête a été menée dans une population à majorité adulte et dans la tradition seul l'Homme le plus âgé a droit à la parole.

Ce qui concerne le sexe des chefs de ménages, 11% des ménages sont dirigés par des femmes, 89% par des hommes. Ce résultat cadre avec celui de Kadutu (11% de femme et 89% d'homme) et de Dahara au Sénégal (10,77% de femme et 89,23% d'homme) des ménages. Ceci peut s'expliquer par la culture du milieu ; l'homme est le chef de ménage [23]. [24].

Pour l'état civil, la majorité est mariée , soit 92%. Ce résultat est similaire à celui de l'étude de SIMAGA a Lassa Bamako au Mali (76%) [22], de l'étude de Rubavu au Rwanda [30] dont, (72,7%) étaient mariés, et de ONGOIBA au Mali (75,4%) étaient mariés [25]; ce résultat nous amène à dire que la population d'étude était à majorité adulte et mariée.

Dans cette étude, 57% de ménages ont plus de 6 personnes ; Ce résultat cadre avec celui de l'EDSM V 2012-2013 (avec une moyenne de 5,7 personnes, les ménages maliens sont de grande taille.) [26] et particulièrement celle de Ségou qui suit toujours la tradition.

✓ **Des facteurs socioculturels des ménages**

Concernant le niveau d'instruction, il est presque inexistant 76% % des chefs des ménages n'avaient pas ou avaient un niveau d'instruction inférieur, 8% n'avait jamais étudié 29% élève coranique 39% du niveau primaire, et 20% étaient du niveau secondaire, seul 4% du niveau supérieur, ce résultat cadre avec l'étude de SIMAGA à Lassa Bamako seul 6,3% des chefs de ménages enquêtés avaient le niveau supérieur [22].

Seulement 19% des personnes enquêtées possédaient la carte de membre de l'ASACO.

Le manque d'information a été la raison de non possession de la carte d'adhésion dans 81% des ménages. Ce résultat est similaire à l'étude de SIMAGA avec un taux de 93,1% [22]

de non adhésion et d'ONGOIBA [25] qui a trouvé que le taux de non adhésion de la population enquêtée était de 93.7%. Ces résultats sont statistiquement différents du résultat de MARIKO [27] qui a trouvé un taux de 35.2% de non adhésion.

La religion musulmane est la plus pratiquée par les chefs des ménages à 96%, suivi de la religion chrétienne 4%. Ce résultat cadre avec l'EDSM V 2013-2014, la religion musulmane 94,5 %, et chrétienne 3,8 %. [26]

Les Bambaras étaient l'ethnie la plus représentée avec 53 % suivi des Bozo 21% les Sarakolé 8 %, et les Malinké 9%. Ce résultat contraste dans la succession avec l'EDSM V 2013-2014, [26] les bambaras représentaient 36,5%, les Peulh 15,5%, les Sarakolé 8,8 %, et les Malinké 8%. La forte densité des Bozo peut être expliquée par la présence du fleuve Niger donc une Zone de pêche par excellence.

Près de 71% des chefs de ménage avaient confiance aux personnels soignant du CSCCom. Ce résultat cadre avec l'étude de IZANDENGERA ABINTEGENKE A. (2011) trouve que 51.52% des chefs de ménage avaient confiance aux personnels soignant [4] mais ne cadre pas avec SIMAGA à LASA BAMAKO qui trouve 48% de confiance aux personnels [22].

Près de 86% des chefs de ménage ne savaient pas que le centre était communautaire et seulement 11% étaient mobilisé par l'ASACO.

Le fait de ne pas être membre adhérent du CSCCom ($p=0,005$; OR= 5 ; IC 95%

[1,5-16], le manque de confiance aux personnels soignant ($p=0,000$; OR= 6,2

IC 95% [2,2-17,2], le faible niveau d'instruction ($p=0,04$; OR= 0,45 ;

IC 95% [0,2-1] ont été statistiquement associées à l'utilisation des soins curatifs du CSCCom de Ségou coura en 2018.

Les ménages qui ne sont pas membre adhérent du CSCCom ont 5 fois plus de risque de ne pas utiliser les soins curatifs du CSCCom.

De même les ménages qui n'ont pas confiance aux personnels soignants ont 6 fois plus de risque de ne pas utiliser les soins curatifs du CSCom.

✓ **Des facteurs socioéconomiques des ménages**

Concernant l'occupation des chefs des ménages, 26% sont des ouvriers, 14% cultivateurs, 14% sans-emplois, 13% fonctionnaires, 12% commerçants, 11% militaires, 6% des ménagères, et 6% pêcheurs.

Selon le résultat de cette étude 36% des chefs de ménages avaient un revenu mensuel stable et 64% sans revenu mensuel stable, contrairement aux résultats de SIMAGA à lassa Bamako qui trouve que seulement 16.2% des chefs de ménage enquêtés avaient un revenu mensuelle stable. [22]

65% des chefs de ménages avaient un moyen de déplacement dans notre étude ce résultat cadre avec SIMAGA [22] 52,5% d'existence de moyen de déplacement dans les familles enquêtés à lassa Bamako.

L'absence de revenu mensuel régulier a été statistiquement significatif dans notre étude avec $P = 0,03$; OR 0,4 ; IC 95% [0,1-0,98] en effet les ménages qui n'ont pas de revenu mensuel régulier et suffisant n'utilisent pas les soins curatifs du CSCom.

Ces résultats corroborent avec ceux de la littérature ainsi :

Selon l'OMS, la pauvreté conduit à une grave insuffisance d'utilisation des services de santé[2].

L'enquête menée en 2005 par CIF/SANTE Nord Kivu sur l'accessibilité aux soins de santé dans la province du Nord Kivu, révèle que la santé constitue un problème prioritaire de la population : 44% des ménages ont vendu un bien de valeur pour recourir aux soins [19].

✓ **Des facteurs liés à l'accessibilité géographique des ménages**

Pour cette étude 100% des ménages vivaient dans un rayon de 5 km du C.S. Com et il n'existe aucun obstacle naturel.

Les facteurs géographiques n'ont pas de relation statistiquement significative avec

L'utilisation des soins curatifs du CSCom.

100% des ménages enquêtés connaissent le C.S. Com de Ségou coura.

Ces résultats sont conformes à ceux de MARIKO [27] qui a trouvé que 96% des personnes enquêtées interrogées ont entendu parler de leur centre et de SIMAGA qui trouve 100% [22]

✓ **Comportement et perception des ménages face à la maladie et à l'offre des services du C.S. Com :**

Signalons que 99% des ménages ont eu au moins un membre du ménage malade dans les 06 mois avant l'enquête dont 33 % ont été qualifiés de grave contre 67 % moins grave.

L'itinéraire thérapeutique fut : l'automédication et le traitement ambulatoire 40 % des ménages ; 21% des ménages ont optés pour d'autres structures de santé ; 10 % ont eu recours aux tradipraticiens. Ceux qui ont eu recours au C.S. Com ne sont qu'à 29 % bien vrais que le C.S. Com soit le premier recours des soins.

Dans l'étude de SIMAGA [22] à Lassa BAMAKO 73,2% des ménages ont eu au moins un membre du ménage malade dans les 06 mois avant l'enquête dont 28,4% ont été qualifié de grave contre 71,6% moins grave. Les structures auxquelles les ménages ont eu recours pour les soins sont : l'automédication 32,5% des ménages ; 30% ont eu recours aux tradipraticiens ; 27,3% à d'autres structures de santé 10, 2% ont eu recours au C.S. Com

Dans l'étude de Kadutu, 32,2% avaient consulté le CS public, 27,1% dans les structures privées, 16,4% à l'HGR, automédication pour 16,4%, tradipraticiens à 6% et les groupes de prière à 6%. L'automédication avec traitement traditionnel et le traitement par un tradipraticien trouvé dans l'étude de la zone de santé de Ngaba qui paraissent faibles (1,3% et 0,6%), le nombre important des ménages qui avaient consulté les centres par rapport à cette étude, pourrait être dus au niveau d'instruction élevé en milieu urbain qu'en milieu rural et au nombre élevé des structures privées en milieu urbain. [23]

Bien que le C.S. Com soit le premier niveau de contact avec la population, il n'a été fréquenté que par 29 % des ménages ayant eu des malades. 33 % des ménages évoquent des raisons financières, 26 % évoquent le manque de confiance aux personnels soignant, 11% fréquentent d'autres structures hors de Ségou coura, 7 % pensent que la maladie n'est pas assez grave et 23 % pour manque d'assurance AMO.

Ce résultat corrobore avec l'étude menée par SIMAGA [22] à Lassa Bamako en commune IV sur les facteurs déterminants de la faible utilisation des soins curatifs ; 36,3% des ménages évoquent des raisons financières, 27,5% évoquent le manque de confiance aux personnels soignant, 24,4% fréquentent d'autres structures hors de Lassa, 10,6 pensent que la maladie n'est pas assez grave et 1,2% pour d'autres raisons, et celles des études menées en Côte d'Ivoire au Burkina-Faso et à Kisantu en RD Congo sur l'accessibilité aux services de santé, citent les obstacles financiers comme principal facteur limitant l'accessibilité et l'étude de Kisantu ajoute le problème d'accessibilité géographique [29] [30] [31].

En ce qui concerne la perception de l'offre des services du C.S. Com, 81% des ménages pensent que l'accueil était satisfaisant ; 90% trouvent que le temps d'attente est acceptable (moins de 15 minutes) ; seulement 4% ont déclaré que le tarif était cher.

La satisfaction aux soins quant à elle, 68% des ménages ont déclaré être satisfait des soins reçus au CSCOM de Ségou coura, pour 38% le personnel soignant n'était pas disponible, 68% déclaraient que les médicaments n'étaient pas disponibles et 83% ont jugé l'état des locaux bons.

Dans l'étude de SIMAGA à Lassa BAMAKO 69,4% des ménages étaient satisfaits des soins reçus au C.S. Com, 54,4% ont déclaré la disponibilité du personnel soignant et 81,4% déclaraient que les médicaments n'étaient pas disponibles [22] .

Dans l'étude menée en Côte d'ivoire 25,1% des patients déclaraient ne pas être satisfait et évoquaient le mauvais accueil, mauvaise réputation, attente trop longue et manque de propreté ; et au Rwanda, dans le territoire de Rubavu 17,1% ont été peu ou pas satisfaits. [28]. [31].

En ce qui concerne la perception de l'offre des services du CSCOM, 5% des ménages enquêtées suggère l'équipement du C.S. Com en matériel tel que le laboratoire, 6% des ménages demandent la diminution des prix, 8% demandent la prise en charge gratuit des indigents 12% demandent d'améliorer l'accueil, 14% augmentation du nombre de personnel qualifier 14% demandent la mise en place d'un système d'assurance tel que AMO et les mutuelles ,41% pour la disponibilité des médicaments.

Du model final :

Le model final a retenu le manque de revenu régulier ($p = 0,03$ OR=0,4 IC_{95%} [0,1- 0,98]), la non adhésion au CSCOM ($p = 0,005$; OR=5 ; IC_{95%} [1,5- 16]), le manque de confiance au personnel ($p = 0,000$; OR= 6,2 ; IC_{95%} [2,2- 17,2]), le niveau d'instruction ($p = 0,04$; OR= 0,45 ; IC_{95%} [0,2- 1]). Il ressort de ce model que les chefs des ménages qui n'ont pas confiance aux personnels soignant on 6 fois plus de risque de ne pas utiliser les soins curatifs du C.S.Com. Les chefs de ménages qui ne sont pas membre adhérent du C.S. Com ont aussi 5 fois de risque de ne pas utiliser les soins curatifs. Nos résultats rejoignent l'étude de SIMAGA à lassa Bamako, il conclut que les chefs des ménages qui n'ont pas confiance aux personnels soignant et qui ne sont pas membre adhérent du CSCOM ont le risque élevé de ne pas utiliser les soins curatifs [22]

9. Conclusion

L'étude qui avait pour objectif de comprendre la perception des ménages sur la faible utilisation des services de soins curatifs du Centre de Santé Communautaire de Ségou coura dans le district de Ségou en 2018, a permis de conclure que le taux d'utilisation des soins curatifs est de 29%. L'offre des services des soins curatifs du C.S.Com éprouve des difficultés à induire la demande à Ségou coura par le dysfonctionnement de l'ASACO, la mauvaise qualité des relations entre l'ASACO et le C.S.Com, Il est possible d'augmenter le taux d'utilisation des soins curatifs du C.S.Com si certaines mesures sont prises : la promotion des mécanismes de partage de risque par des mutuelles de santé et les assurances, la réorganisation et la formation de l'ASACO la sensibilisation de la population et la dotation du C.S.Com en laboratoire et en matériel d'examen complémentaire.

Au terme de notre étude, ce faible taux d'utilisation a été associé au niveau d'instruction des chefs de ménages, à la confiance aux personnels soignant du C.S. Com, au revenu mensuel des chefs de ménages, la non adhésion au C.S. Com, la rupture des médicaments, le dysfonctionnement de l'ASACO et le manque d'assurance.

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

Malgré les efforts fournis pour l'implantation des SSP au cours des 25 dernières années, l'accessibilité et l'utilisation des services par la population demeurent très faible pour l'ensemble des interventions du paquet minimum d'activité dans l'aire de santé. Cela constitue un véritable défi à relever par l'ensemble d'acteurs sanitaires engagés dans la réduction de la charge de la mortalité et de la morbidité liée aux maladies, à l'état de santé de la population dont les solutions sont pourtant disponibles et à la portée de la grande majorité de la population.

Une analyse de cette situation a permis d'identifier les causes majeures au niveau communautaire qui constituent des barrières / obstacles à la réalisation des meilleures performances. En effet, ces causes sont plus liées aux déficiences dans la planification, dans le système de collecte et d'analyse des données pour la prise des décisions, la supervision formative des prestataires et des membres des communautés (ASACO), la faiblesse de liens entre les services de santé avec la communauté ainsi qu'à la faiblesse en ce qui concerne le financement communautaire.

10. Recommandations

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

Au Centre de Santé de Référence :

- Former les ASACO pour remplir leur rôle : être le lien entre leur C.S. Com et la communauté qu'elles sont censées représenter ;
- Renforcer la capacité des ASACO à gérer ou à comprendre la gestion en assurant des formations adaptées notamment en langues locales ;
- Superviser et approvisionner régulièrement les centres de santé en médicaments ;

A la Mairie :

- Dynamiser les organes de l'ASACO ;
- Assister aux différentes réunions statutaires des ASACO ;
- Respecter le contenu de la convention d'assistance mutuelle CAM.

A l'ASACO :

- Stimuler la demande en informant et sensibilisant la population sur les services offerts par le C.S.Com ;
- Mettre en place les cartes d'adhérent pour une meilleure utilisation des services ;
- Doter le C.S. Com en laboratoire et appareils d'examens complémentaires ;
- Informer et sensibiliser la population sur le danger de l'automédication ;
- Répertoire et former les tradipraticiens sur les maladies à surveillance épidémiologique ;
- Délimiter les responsabilités des membres de l'ASACO et du personnel pour le bon fonctionnement du C.S. Com ;
- Mettre en place un système de motivation du personnel du C.S. Com ;
- Créer un climat de bonne collaboration et de complémentarité avec le personnel du C.S.Com.

Aux personnels du C.S. Com :

- Améliorer d'avantage la qualité des services offerts ;
- Mettre en place un système d'accueil et d'orientation des usagers ;
- Créer un climat de bonne collaboration et de complémentarité avec l'ASACO.

11. Références bibliographiques :

1. Akory. AG. I, Diawara. A et al. Politique et système de sante organisation et Gestion. Page 309. 310. 312
2018
2. OMS 2000. Rapport sur la sante dans le monde (pour un système de santé plus performant
3. [http://www. Banque mondiale.org/Ida](http://www.Banque mondiale.org/Ida), Utilisation des services de soins de santé dans les pays pauvres, 2009
4. Affable IZANDENGERA ABINTEGENKE. Facteurs déterminants la faible utilisation des services des soins curatifs dans la zone de santé de Karisimbi. 2011
5. AUDIBERT M, ROODENBEKE E. Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de situation et perspectives. Région Afrique, département du développement Humain, Avril 2005.
6. Systeme d'information sanitaire locale Ségou 2017
7. Jaques de la Mare, Dictionnaire Maloine de l'infirmière, 3e édition, paris 2002, P 167
8. Larousse Mini dictionnaire de français, paris, 2004, p239
9. Décret n°05-299/P-RM du 28 juin 2005 fixant les conditions de création et les principes fondamentaux de fonctionnement des Centres de santé communautaire
10. Loi n° 02-049 du 22 juillet 2002 portant loi d'orientation sur la santé.
11. Mashini s <https://www.memoire online.com /09/13/7344> études des déterminants des services de sante par les ménages de la ZS d uvra province du sud Kivu en RDC
- 12.** P. Kebela, santé pour tous : Identification des facteurs explicatifs de l'accessibilité aux soins de santé dans la commune de Ngaba, Kinshasa
- 13 Tabara Dieye dans son étude portant sur la mortalité maternelle dans le foulado
14. Oms, Adam wagstaff, pauvreté et inégalité dans le secteur de la santé, Genève, 2002, p03
15. Dr Itama Mbainadjina. Etude socioéconomique sur le cout et accessibilité des populations aux soins de santé au Tchad, 2006.
16. Didier Rama nana & O. Barthes. Le fond d'achat des services de santé dans le Kassaï occidental, 2009
17. D Fountain et J Coute joie. Infirmier comment bâtir la santé 2006, p16 ,41
18. Sadio & Diop F. Utilisation et demande des soins de santé au Sénégal, Bethesda, Août 1994
19. CIF/Santé. Enquête socioéconomique et d'accessibilité aux soins de santé dans la province du Nord Kivu, 2005.

20. V. Ilunga Kambaji, Analyse des facteurs explicatifs de la faible utilisation des services des soins curatifs dans la ZS de Lemba, UNIKIN, DES, 2008
21. P. Mushagalusa Salongo dans son étude des déterminants de l'utilisation des services de santé dans la ZS de Kadutu
22. Simaga. K.D.I facteurs, déterminants de la faible utilisation des soins curatifs du centre de santé communautaire de lassa en commune iv du district de Bamako en 2017
23. Pacifique Mushagalusa. Mémoire Online - Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé de Kadutu, province du Sud Kivu - RDC Université de Kinshasa. <http://www.memoireonline.com/> 2005
24. Mamadou Dembélé. Analyse des obstacles socio-économique à la demande des soins de santé chez les enfants de moins de 5 ans à Dhara au Sénégal. CESAG 2013, Sénégal. P57-67
25. ONGOIBA.Y. Fréquentation du centre de santé communautaire de Kalaban-coro. Thèse
26. Enquête Démographique et de Santé du Mali EDSM-V 2012-2013.
27. Mariko B : Evaluation de l'association de santé communautaire de Daoudabougou (ADASCO). Thèse Médecine 200 ; Mali N63.
28. Malengreau M. La bonne utilisation des services de santé, Louvain Belgique [http://sites-test.uclouvain.be/stagesemspi//documents SPI/utilisation.html](http://sites-test.uclouvain.be/stagesemspi/documents_SPI/utilisation.html), ESP UCL, Bruxelles ; page consultée le 25/11/2018 à 21h15
29. Borges Da Silva R, Contandriopoulos AP, Pineault R, Tousignant P. Pour une approche globale de l'évaluation de l'utilisation des services de santé 2011 (Vol. 42), p.11-18 www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2011.htm.DOI: 10.3917/pos.421.0011
30. Stephanie S. Dany V., Kimfuta J., Valeria C., Bossyns P. et Bart C. Improving financial access to health care in the Kisantu district in the Democratic Republic of Congo: acting upon complexity Glob Health Action 2015, <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.25480>; Kinshasa; page 31
31. Munyamahoro M. et Ntaganira J. Les Déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages du district de Rubavu, 2013, Kigali. [http://www.bioline.org.br /pdf ? rw12012](http://www.bioline.org.br/pdf?rw12012)) page consultée le 16/11/2018 à 22h11. consultee le 20/ 11/ 2018

QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX CHEFS DES MENAGES

I. Facteurs sociodémographiques

Q1. Age du chef de ménage (en années)

Q2. Sexe 1. Masculin /_____/ 2. Féminin /_____/

Q3. Statut matrimonial 1. Célibataire ; 2. Marié ; 3. veuf (ve) ;

4. Divorcé(e). /_____/

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

II. Facteurs socioéconomiques.

Q5. Quel est votre profession ?

1. Fonctionnaire /_____/ ; 2. Commerçant /_____/ 3. Cultivateur /_____/ ; 4. Sans emploi /_____/ ; 5. Ménagère /_____/ ; 6. pêcheur /_____/ ; 7. Militaire /_____/ ; 8. Ouvrier /_____/

Q6. Avez-vous un revenu mensuel stable ?

1.OUI /_____/ 2.NON /_____/

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

1. Oui Non /_____/ ; 2. Non /_____/

III. Facteurs géographiques.

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

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

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

Oui / Non /_____/ Non /_____/

IV. Facteurs socioculturels.

Q10. Quel est votre niveau d'instruction ?

1. N'a jamais étudié/_____/ ; 2 Elève coranique ou Arabe/_____/ 3. Alphabétisé En Bambara/_____/ 4. Etudes primaires/_____/ ; 5. études secondaires/_____/ ; 6. Universitaire. /_____/

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

1. Oui /_____/ ; 2. Non /_____/

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

1. Oui/_____/ ; 2. Non /_____/

Q13. Avez-vous des informations sur la gestion du centre auprès de l'asaco ?

1. Oui/_____/ ; 2. Non /_____/

Q14. Vous avez déjà été incité par un membre de l'asaco pour fréquenter le centre ?

Oui/_____/ ; 2. Non /_____/

Q15. Pratiquez-vous une religion ?

Si oui laquelle ?

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

Q16. Vous êtes de quel groupe d'ethnie ?

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

V. Perception des ménages face à l'utilisation des soins curatifs du C.S. Com

Q17. Connaissez-vous le C.S. Com de Ségou coura ?

1. Oui/_____/ ; 2. Non /_____/

Q18. Si, oui avez-vous déjà fréquenté le C.S. Com depuis le début de cette année ? (Vous ou un des membres de la famille)

1. Oui /_____/ ; 2. Non /_____/

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

1. Oui ; 2. Non /_____/

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

1. Moins grave/_____/ ; 2. Grave /_____/

Q21 Quelle est votre premier recours aux soins ?

1. Automédication traditionnelle /_____/ ;2. Auto médication conventionnelle/_____/ 3. Traitement Traditionnel/_____/ 4 CSCOM/_____/ 5 Autres structures de sante/_____/ 6 Agent de sante ambulatoire/_____/.

Q22. Pourquoi vous ne vous êtes pas soigné au C.S. Com

1. Manque d'argent/_____/ ;2. Manque de confiance aux personnels soignant /_____/.

;3. Autres structures de santé hors de Ségou coura /_____/ ;4. Maladie pas assez grave/_____/.

; 7 Manque de confiance a l asaco /_____/.

8.Pas de carte d'adhésion /_____/ 9. Autre recours de soins 10. Autres raisons /_____/

Q23. La dernière fois que vous aviez fréquenté le C.S. Com, comment aviez-vous trouvé l'état des locaux ?

1.bon /_____/ 2. Mauvais/_____/

Q24. Comment aviez-vous jugé l'accueil au C.S. Com ?

1. Satisfaisant/_____/ ; 2. Non satisfaisant /_____/

Q25. Combien de temps avez-vous attendu pour voir le personnel soignant du C.S. Com ?

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

Q26.Comment vous juger la tarification des soins du C.S. Com ?

1. Abordable ; 2. Cher /_____/

Q27.Comment vous juger le cout de l'ordonnance ?

1. Abordable ; 2. Cher /_____/

Q28. Etiez vous satisfait des soins reçus au C.S. Com ?

1. Oui ; 2. Non /_____/

Q29.Le personnel soignant du C.S. Com est -il disponible ?

1. Oui/_____/ ; 2. Non /_____/

Q30. Avez-vous reçu les médicaments prescrits au C.S. Com ?

1. Oui/_____/ ; 2. Non /_____/

Q31. D'après vous, quelles sont les suggestions pour améliorer l'utilisation des soins curatifs du C.S. Com

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

QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX PERSONNELS DU C.S. Com

Identification

Q1. Sexe :

1. Masculin 2. Féminin /____/

Q2. Statut matrimonial :

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

Q3. Age :

/____/ (ans)

Q4. Depuis combien de temps travailler-vous au C.S. Com de ?

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

Q5. Qualification agent : /____/

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

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

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

Q7. Quelles sont les raisons de la faible utilisation des soins curatifs du C.S. Com

.....
.....
.....
....

Q8. Quelles solutions préconisez-vous pour améliorer cette situation

.....

QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX MEMBRES DE L'ASACO

Identification

Q1. Sexe :

1. Masculin 2. Féminin /___/

Q2. Statut matrimonial :

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

Q3. Age : /___/ ans

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

1. N'a jamais étudié ; 2. Etudes primaires ; 3. études secondaires ; 4. Universitaire. /___/
Alphabétisé en Bambara, Elève coranique ou Arabe

Q5. Quel est votre profession ?

1. Fonctionnaire ; 2. Commerçant ; 3. Cultivateur ; 4. sans emplois ; 5. Autres à

Préciser.....

Q6. Quel poste occupé vous dans le bureau.....

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

1. Oui 2. Non /___/

Q8. Que pensez-vous de la qualité des prestations dans le C.S. Com ?

.....

Pourquoi ?

.....

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

Pourquoi ?

Q10. Combien de réunions du conseil d'administration de l'ASACO avez-vous tenu cette

Année ? / _____/

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

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

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

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

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

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

Expliquez cet état :

.....

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

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

Q18. Quelles sont les raisons de la faible utilisation des soins curatifs du C.S. Com ?

.....

Q19. Quelles solutions préconisez-vous pour améliorer cette situation ?.....

.....

Q20. Informez-vous la population sur la gestion du centre ?

1. Oui /_____/2. Non /_____/

Q21. Est-ce que vous incitez la population à fréquenter le centre ?

1. Oui /_____/2. Non /_____/

