

**MINISTERE DE L'EDUCATION
NATIONALE**

**REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi**

UNIVERSITE DE BAMAKO

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO –
STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2006-2007

N°...../

**DETERMINATION DU PROFIL PSYCHOSOCIAL DES
PATIENTS EN MILIEU URBAIN
(Commune II du District de Bamako de février à avril 2006)**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/...../2007
Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto –
stomatologie

Par

Mr Kéréamakan Dembélé
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DILPOME D'ETAT)

JURY

PRESIDENT :

Professeur Abdel Kader TRAORE

MEMBRE :

Monsieur Seydou DIARRA

CO-DIRECTEUR DE THESE :

Docteur Ignace ML RONSE

DIRECTEUR DE THESE :

Docteur Massambou SACKO

**MINISTERE DE L'EDUCATION
NATIONALE**

**REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi**

UNIVERSITE DE BAMAKO

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO –
STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2006-2007

N°...../

**DETERMINATION DU PROFIL PSYCHOSOCIAL DES
PATIENTS DANS DEUX CSCOM EN MILIEU URBAIN
BAMAKOIS**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/...../2007
**Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto –
stomatologie**

Par
Mr Kéréamakan Dembélé
**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DILPOME D'ETAT)**

JURY

| | |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| PRESIDENT : | Professeur Abdel Kader TRAORE |
| MEMBRE : | Monsieur Seydou DIARRA |
| CO-DIRECTEUR DE THESE : | Docteur Ignace ML RONSE |
| DIRECTEUR DE THESE : | Docteur Massambou SACKO |

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET

D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2006- 2007

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA: PROFESSEUR

1^{ER} ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO** : MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

2^{ème} ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE** : MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL : **YEMENIGUE ALBERT DEMBELE** : PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE : **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL** :

CONTROLEUR DES FINANCES

1. PROFESSEURS HONORAIRES

| | |
|-----------------------|---------------------------------------|
| Mr Alou BA | Ophtalmologie |
| Mr Bocar SALL | Orthopédie-Traumatologie - Secourisme |
| Mr Souleymane SANGARE | Pneumo-phtisiologie |
| Mr Yaya FOFANA | Hématologie |
| Mr Mamadou L. TRAORE | Chirurgie Générale |
| Mr Balla COULIBALY | Pédiatrie |
| Mr Mamadou DEMBELE | Chirurgie Générale |
| Mr Mamadou KOUMARE | Pharmacognosie |
| Mr Mohamed TOURE | Pédiatrie |
| Mr Ali Nouhoum DIALLO | Médecine interne |
| Mr Aly GUINDO | Gastro-Entérologie |

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS:

| | |
|---------------------------|---|
| Mr Abdel Karim KOUMARE | Chirurgie Générale |
| Mr Sambou SOUMARE | Chirurgie Générale |
| Mr Abdou Alassane TOURE | Orthopédie - Traumatologie, Chef de D.E.R. |
| Mr Kalilou OUATTARA | Urologie |
| Mr Amadou DOLO | Gynéco Obstétrique |
| Mr Alhousseini Ag MOHAMED | O.R.L |
| Mme SY Assitan SOW | Gynéco-Obstétrique |
| Mr Salif DIAKITE | Gynéco-Obstétrique |
| Mr Abdoulaye Diallo | Anesthésie- Réanimation |

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES:

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Mr Djibril SANGARE | Chirurgie Générale |
| Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP | Chirurgie Générale |
| Mr Gangaly DIALLO | Chirurgie Viscérale |
| Mr Abdoulaye DIALLO | Ophtalmologie |
| Mr. Mamadou TRAORE | Gynéco-Obstétrique |

3. MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|------------------------|----------------------------|
| Mr Filifing SISSOKO | Chirurgie Générale |
| Mr Sékou SIDIBE | Orthopédie -Traumatologie |
| Mr Abdoulaye DIALLO | Anesthésie - Réanimation |
| Mr Tiéman COULIBALY | Orthopédie – Traumatologie |
| Mme TRAORE J. THOMAS | Ophtalmologie |
| Mr Mamadou L. DIOMBANA | Stomatologie |

4. MAITRES ASSISTANTS

| | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE | Gynéco-Obstétrique |
| Mr Sadio YENA | Chirurgie Générale et thoracique |
| Mr Issa DIARRA | Gynéco- Obstétrique |
| Mme TOGOLA Fanta KONIPO | ORL |
| Mr Youssouf COULIBALY | Anesthésie-Réanimation |
| Mr Samba Karim TIMBO | ORL |
| Mr Zimogo Zié SANOGO | Chirurgie Générale |

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

| | |
|-------------------------|-------------------------------|
| Mme Diénéba DOUMBIA | Anesthésie-Réanimation |
| Mr Nouhoum ONGOIBA | Anatomie & Chirurgie Générale |
| Mr Zanafon OUATTARA | Urologie |
| Mr Adama SANGARE | Orthopédie – Traumatologie |
| Mr Sanoussi BAMANI | Ophtalmologie |
| Mr Doulaye SACKO | Ophtalmologie |
| Mr Ibrahim ALWATA | Orthopédie – Traumatologie |
| Mr Lamine TRAORE | Ophtalmologie |
| Mr Mady MAKALOU | Orthopédie – Traumatologie |
| Mr Aly TEMBELY | Urologie |
| Mr Niani MOUNKORO | Gynécologie-Obstétrique |
| Mr Tiemoko D. COULIBALY | Odontologie |
| Mr Souleymane TOGORA | Odontologie |
| Mr Mohamed KEITA | O.R.L |

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS:

| | |
|-----------------------------|--|
| Mr Daouda DIALLO | Chimie Générale & Minérale |
| Mr Siné BAYO | Anatomie-Pathologie- Histoembryologie |
| Mr Amadou DIALLO | Biologie |
| Mr Moussa HARAMA | Chimie Organique |
| Mr Ogobara DOUMBO | Parasitologie-Mycologie |
| Mr Yénimégué Albert DEMBELE | Chimie Organique |
| Mr Anatole TOUNKARA | Immunologie chef de D.E.R |
| Mr Bakary M CISSE | Biochimie |
| Mr Abdrahamane S. MAIGA | Parasitologie |
| Mr Adama DIARRA | Physiologie |
| Mr Massa SANOGO | Chimie Analytique |

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

| | |
|----------------------|-------------------------|
| Mr Amadou TOURE | Histoembryologie |
| Mr Flabou Bougoudogo | Bactériologie-Virologie |
| Mr Amagana DOLO | Parasitologie |

3. MAITRES DE CONFERENCES:

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| Mr Mamadou KONE | Physiologie |
| Mr Mahamadou CISSE | Biologie |
| Mr Sékou F. M. TRAORE | Entomologie médicale |
| Mr Abdoulaye DABO | Malacologie, Biologie |
| Mr Ibrahim I. MAIGA | Animale |

4. MAITRES ASSISTANTS

| | |
|---------------------------|-------------------------|
| Mr Abdrahamane TOUNKARA | Biochimie |
| Mr B noit KOUMARE | Chimie Analytique |
| Mr Moussa Issa DIARRA | Biophysique |
| Mr Kaourou DOUCOURE | Biologie |
| Mr Bour ma KOURIBA | Immunologie |
| Mr Souleymane DIALLO | Bactériologie-Virologie |
| Mr Cheik Bougadari TRAORE | Anatomie-Pathologie |
| Mr Youssouf COULIBALY | Anesthésie-Réanimation |
| Mr Lassana DOUMBIA | Chimie organique |
| Mr Mounirou BABY | Hématologie |
| Mr Bakarou KAMATE | Anatomie-Pathologie |

5. ASSISTANTS:

| | |
|------------------------|-------------------------|
| Mr Mahamadou A. THERA | Parasitologie |
| Mr Mangara M. BAGAYOGO | Entomologie moléculaire |
| Mr Guimogo DOLO | Entomologie moléculaire |
| Mr Abdoulaye TOURE | Entomologie moléculaire |
| Mr Djibril SANGARE | Entomologie moléculaire |
| Mr Mouctar DIALLO | Biologie parasitologie |
| Mr Boubacar TRAORE | Immunologie |
| Mr Bocary Y SACKO | Biochimie |

D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

| | |
|--------------------------|---------------------------------|
| Mr Abdoulaye Ag RHALY | Médecine Interne |
| Mr Mamadou K. TOURE | Cardiologie |
| Mr Mahamane MAIGA | Néphrologie |
| Mr Baba KOUMARE | Psychiatrie, Chef de DER |
| Mr Moussa TRAORE | Neurologie |
| Mr Issa TRAORE | Radiologie |
| Mr Mamadou M. KEITA | Pédiatrie |
| Mr Hamar Alassane TRAORE | Médecine Interne |
| Mr Dapa Aly DIALLO | Hématologie |
| Mr Moussa Y MAIGA | Gastro-entérologie-Hépatologie |
| Mr Somita KEITA | Dermato-Léprologie |

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

| | |
|-----------------------|---------------------|
| Mr Toumani SIDIBE | Pédiatrie |
| Mr Bah KEITA | Pneumo-Phtisiologie |
| Mr Boubacar DIALLO | Cardiologie |
| Mr Abdel Kader TRAORE | Médecine Interne |
| Mr Siaka SIDIBE | Radiologie |
| Mr Mamadou DEMBELE | Médecine Interne |

3. MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|---------------------|--------------------|
| Mr Mamady KANE | Radiologie |
| Mr Saharé FONGORO | Néphrologie |
| Mr Bou DIAKITE | Psychiatrie |
| Mr Bougouzié SANOGO | Gastro-entérologie |

4. MAITRES ASSISTANTS

| | |
|---------------------------|-----------------------|
| Mme Habibatou DIAWARA | Dermatologie |
| Mme Tatiana KEITA | Pédiatrie |
| Mme TRAORE Mariam SYLLA | Pédiatrie |
| Mr Mme SIDIBE Assa TRAORE | Endocrinologie |
| Mr Daouda K. MINTA | Maladies infectieuses |

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

| | |
|---------------------------|---------------------------|
| Mr Kassoum SANOGO | Cardiologie |
| Mr Seydou DIAKITE | Cardiologie |
| Mr Arouna TOGORA | Psychiatrie |
| Mme DIARRA Assétou Soucko | Médecine interne |
| Mr Boubacar TOGO | Pédiatrie |
| Mr Mahamadou TOURE | Radiologie |
| Mr Idrissa A. CISSE | Dermatologie |
| Mr Mamadou B. DIARRA | Cardiologie |
| Mr Anselme KONATE | Hepato-gastro-Entérologie |
| Mr Moussa T. DIARRA | Hépatogastro-Entérologie |
| Mr Souleymane DIALLO | Pneumologie |
| Mr Souleymane COULIBALY | Psychologie |
| Mr Soungalo DAO | Maladies infectieuses |
| Mr Daouda K. MINTA | Maladies infectieuses |
| Mr Cheick Oumar GUINTO | Neurologie |

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

| | |
|--------------------------|---|
| Mr Boubacar Sidiki CISSE | Toxicologie |
| Mr Gaoussou KANOUTE | Chimie analytique Chef de D.E.R. |

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ousmane DOUMBIA Pharmacie Chimique

Mr Drissa DIALLO Matières Médicales

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA Législation

Mr Elimane MARIKO Pharmacologie

Mr Alou KEITA Galénique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE Chimie Analytique

Mr Ababacar I. MAIGA Toxicologie

Mr Yaya KANE Galénique

Mme Rokia SANOGO Pharmacognosie

5. ASSISTANTS

Mr Saïbou MAIGA Législation

Mr Ousmane KOITA Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS

Mr Sidi Yaya SIMAGA Santé Publique, **Chef de D.E.R.**

Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

| | |
|---------------------|----------------|
| Mr Bocar G. TOURE | Santé Publique |
| Mr Adama DIAWARA | Santé Publique |
| Mr Hamadoun SANGHO | Santé Publique |
| Mr Massambou SACKO | Santé Publique |
| Mr Alassane A DICKO | Santé Publique |

5. ASSISTANTS

| | |
|-------------------|------------------------|
| Mr Samba DIOP | Anthropologie médicale |
| Mr Seydou DOUMBIA | Epidémiologie |
| Mr Oumar THIERO | Biostatistique |

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

| | |
|----------------------------|-------------------|
| Mr N’Golo DIARRA | Botanique |
| Mr Bouba DIARRA | Bactériologie |
| Mr Salikou SANOGO | Physique |
| Mr Boubacar KANTE | Galénique |
| Mr Souleymane GUINDO | Gestion |
| Mme DEMBELE Sira DIARRA | Mathématiques |
| Mr Modibo DIARRA | Nutrition |
| Mme MAIGA Fatoumata SOKONA | Hygiène du Milieu |
| Mr Mahamadou TRAORE | Génétique |
| Mr Yaya COULIBALY | Législation |
| Mr Lassine SIDIBE | Chimie organique |

ENSEIGNANTS EN MISSION

| | |
|----------------------|------------------------|
| Pr. Doudou BA | Bromatologie |
| Pr. Babacar FAYE | Pharmacodynamie |
| Pr. Eric PICHARD | Pathologie Infectieuse |
| Pr. Mounirou CISS | Hydrologie |
| Pr. Amadou Papa DIOP | Biochimie |

**DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS**

DEDICACES

A ALLAH

Le **Tout Puissant**, le **miséricordieux** qu'il fasse que les connaissances acquises durant ces années de dur labeur soient mises au service de l'humanité.

A mon père feu Bamba DEMBELE

La mort t'a arraché au moment où nous étions plus proches que jamais. J'aurai souhaité que tu sois parmi nous en ce lieu pour partager ce moment de joie et de paternité.

Ton respect de la chose d'autrui, ton goût du devoir bien accompli, ton éducation tu a fait de moi le garçon que je suis aujourd'hui.

Trouve dans ce travail l'expression de toute ma reconnaissance. Nous prions pour que le tout puissant t'accorde sa miséricorde.

A ma mère feu Djita SOUCKO

Tu as quitté ce bas monde très tôt sans avoir vu le fruit d'un travail dont tu as été le principal soutien d'une vraie mère pour son enfant. Tes sacrifices sont à l'origine de ce que je suis aujourd'hui. Je ne connais aucun mot français qui puisse exprimer le sentiment que j'éprouve pour toi.

Toi qui as dirigé mes premiers pas ; toi qui, à chaque instant de mon évolution a été présente. Ce travail vous revient intégralement.

Que ce travail soit un réconfort pour toi. Dors en paix, que la grace de Dieu soit sur toi chère mère.

A ma grande sœur Sirimafa DANSIRA

Que Dieu fasse ce travail soit le fruit de tous tes efforts.

A mon grand frère Sounkalo DEMBELE

Merci de tous les soutiens que tu n'as sans cesse de m'apporter tout au long de mes études.

A mon oncle Docteur Bady KEITA

Pour votre attention inestimable à mon endroit. Merci infiniment.

A ma tante Kadiatou GOITA

Trouvez ici le témoignage de ma profonde gratitude.

A feu Seydou Beydi TALL

Vous avez quitté ce bas monde sans avoir vu le fruit d'un travail dont vous avez été le principal soutien. Votre respect de la personne, votre sens élevé de l'honneur et votre immense générosité nous ont beaucoup inspiré. Dormez en paix, que la grâce de dieu soit sur vous.

A mes frères et sœurs

Que chacun de vous reçoive ce travail comme un facteur d'émulation et restons unis et solidaires.

A mes oncles

Mes sentiments de reconnaissance.

A mes tantes

Pour votre amour maternel que vous m'avez toujours apporté. Soyez assuré de mes profondes gratitude.

A toutes les familles

Sissoko à Manantali, à l'Hippodrome,

Sylla à Kayes Quinzambougou

Tall à Kayes Liberté, à Bamako

Keita à Bamako

Sacko à Magnambougou

Pour l'accueil chaleureux que vous m'avez toujours réservé et votre aide précieuse dans la réussite de mes études. «Seul le silence est grand tout le reste est faiblesse».

Trouvez ici le témoignage de ma profonde gratitude.

A Mme KEITA Adam TALL

Vous qui m'avez soutenu tout au long de mes études de Médecine dans les moments difficiles. Ce travail vous revient intégralement. Merci pour vos conseils. Je reste fidèle à votre attachement. Que Dieu vous bénisse et vous donne encore longue vie.

A Mr Amadou Dédé TALL

Ce travail est aussi le votre, le fruit de votre courtoisie naturelle et votre amitié sincère. Pour votre attention inestimable à mon endroit. Merci infiniment pour tous vos soutiens.

A Mme Tall Halima FOFANA

Mes sentiments de reconnaissance. Que Dieu vous bénisse pour vos bienfaits à l'endroit de ma modeste personne.

A mes cousins, cousines, nièces, neveux

Le travail est libérateur.

A mes belles sœurs

Mes sentiments de reconnaissance.

A Astou N'DIAYE

Pour l'amitié que vous m'avez toujours manifesté. Soyez assuré de ma profonde gratitude. Que le bon Dieu nous unisse.

A mes amis, Fodié S NIMAGA, Boubacar GACKO, Tiéféng KONATE, Ibrahim SOUKOUNA.

Pour les soutiens que vous m'avez toujours apportés. Que Dieu vous accompagne dans toutes vos actions.

A tout le personnel de l'OMS, de l'HGT, du CLCD, de la DRS, de la DNDS, de l'EDM Balingué.

Trouvé dans ce travail l'expression de toute ma reconnaissance.

REMERCIEMENTS

Au Docteur KONE Yacouba

Vous avez été l'initiateur de cette thèse. Puisse ce travail constitue pour vous un modèle pour la vie.

Pour votre attention inestimable a mon endroit. Merci infiniment.

Au Docteur Niantao ANTOINE

Merci sincèrement pour votre confiance et vos appuis. Que Dieu vous en récompense.

A Mr Cheick Oumar DIAWARA Documentaliste à la Bibliothèque de la Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Trouvez ici le témoignage de toute reconnaissance

A Mr Abdoulaye CISSE Documentaliste a la représentation de l'OMS Mali.

Pour votre sympathie. Merci infiniment

A Madame Nahan KAMISSOKO Documentaliste responsable à la bibliothèque de la DNDS.

Pour votre accueil, je vous dis encore merci

AUX HONORABLES MEMBRES DU JURY

A notre Maître et président du jury

Professeur Abdel Kader TRAORE

Maître de conférence agrégé en Médecine interne

Spécialiste en goître

Spécialiste en communication scientifique

Président du TOGUNET

Membre de l'International Council of Iodine Deficiency Disorder
(ICIDD)

Directeur du Centre National d'Appui à la Lutte Contre la Maladie
(CNAM)

Chargé de cours d'Endocrinologie, de Thérapeutique et de Sémiologie
à la F.M.P.O.S

Cher Maître,

Nous vous avons gré de l'insigne honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider ce jury. Vos qualités de pédagogue, votre rigueur scientifique et votre dynamisme font de vous un maître admiré.

En acceptant de juger ce travail, vous nous faites un honneur et vos contributions ne feront que l'enrichir.

Veillez trouver ici cher maître l'expression de notre profond respect

A L'HONORABLE MEMBRE DU JURY

Mr Seydou DIARRA

Spécialiste en Anthropologie Médicale

Chargé de cours d'Anthropologie Médicale à la F.M.P.O.S

Chercheur au Département d'Epidémiologie des Affections

Parasitaires (DEAP) à la F.M.P.O.S

Chercheur à Malaria Research and Training Center (MRTC) au
DEAP à la FMPOS

C'est le lieu pour nous de vous adresser toute notre reconnaissance et gratitude pour l'assistance précieuse que nous avons trouvé auprès de vous.

En ce jour, vous nous faites un honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples préoccupations. Puisse le Seigneur vous donner satisfaction pour que nous continuons à travailler ensemble.

A notre maître et co-directeur de thèse **Docteur Ignace RONSE**
Docteur en Médecine, Spécialiste en Santé Publique ;
Conseiller Technique en Planification et en Santé Publique au Bureau
de la Représentation de l’OMS au Mali,
Chargé - de l’appui au Système et aux services de Santé,
- De la préparation aux situations d’urgences humanitaires et
- de la planification

En venant en vous nous avons un peu d’appréhension mais la chaleur
de votre accueil, votre simplicité et votre disponibilité nous ont tout de
suite redonné confiance.

En vous côtoyant nous avons découvert en vous une qualité
scientifique indiscutable, une chaleur humaine exceptionnelle et un
désir ardent à transmettre vos connaissances.

Tout en espérant continuer à apprendre à votre école, recevez
l’expression de notre profonde gratitude, de notre reconnaissance
sincère et de notre attachement fidèle.

A notre Maître et Directeur de thèse **Docteur Massambou SACKO**
Maître assistant en santé publique
Coordination pédagogique du 13^{ème} cours d'épidémiologie pour cadres
supérieurs de la santé en Afrique
Conseiller chargé de la lutte contre la maladie au Bureau de
Représentation de l'OMS pour le Mali.

Cher Maître

La sympathie, la clairvoyance et la grande humilité dont vous faites
font de vous une personne remarquable

Votre disponibilité avec laquelle vous nous avez accueilli, rend
compte de l'importance que vous accordez la formation des étudiants.

Homme ouvert et pragmatique, votre rigueur scientifique et le sens du
travail bien fait font de vous un maître émérite. Veuillez trouver ici
notre sincère reconnaissance et notre profonde gratitude pour
l'assistance précieuse que nous avons trouvé auprès de vous.

ABREVIATIONS:

AC : Anciens Cas

ALPHALOG: Association Libre pour la Promotion de l'Habitat et du Logement

ASACO: Association de Santé Communautaire

ASACOHI : Association de santé communautaire de l'Hippodrome

BCG : Bacille de Calmet et Guérin

BONIABA : Bozola, Niaréla, Bagadadji

CLCD : Centre de Lutte Contre le Diabète

CPN3 : Consultation Prénatale troisième passage

CPS: Cellule de Planification et de Statistique

CSCom: Centre de Santé Communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

DEAP : Département d'Epidémiologie des Affections parasitaires

DER : Département d'Etude et de Recherche

DNDS: Direction Nationale Du Développement Social

DRAS: Direction Régionale de l'Action Sociale

DRDS : Direction Régionale du Développement Social

DRE: Direction Régionale de l'Enseignement

DTC : Diphtérie Tétanos Coqueluche

DTCP3 : Diphtérie Tétanos Coqueluche Poliomyélite troisième passage

EDS-MIII: Enquête Démographique et de Santé au Mali 2001

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

HGT : Hôpital Gabriel Touré

IEC : Information Education Communication

M.D.S.S.P.A : Ministère du développement social de la solidarité et des personnes âgées

ME : Médicaments Essentiels

MSM : Ministère de Santé du Mali

NC : Nouveaux Cas

OMS: Organisation Mondiale de la santé

PDSC : Plan de Développement Socio – sanitaire de Cercle

PDUB: Projet de Développement Urbain de Bamako

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PF : Planning Familial

PIB : Produit Intérieur Brut

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRODESS: Programme de Développement Sanitaire et social

PRPIP: Programme Régional Prioritaire d'Investissements en Matière de Population

SG: Secrétariat Général

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SLIS : Système Local d'Information Sanitaire

SPSC : Service de Promotion Social et Communautaire

UNICEF : Fond des nations unies pour l'enfance

VAA : Vaccin Anti Amaril

VAR : Vaccin Anti Rougeoleux

VAT : Vaccin Antitétanique

VIH : Virus de l'Immunodéficience acquise

VPO : Vaccin Antipolio Orale

PLAN

| | | |
|---------|---|----|
| I. | INTRODUCTION : | 3 |
| 1.1 | Importance du sujet : | 3 |
| 1.2 | Problème : | 5 |
| 1.3 | Objectifs : | 5 |
| 1.3.1 | Objectif général : | 5 |
| 1.3.2 | Objectifs spécifiques. | 6 |
| II. | GENERALITES : | 6 |
| 2.1 | Définitions de la qualité des soins : | 6 |
| 2.2 | Définition de la psychologie : | 6 |
| 2.3 | Définitions opératoires : | 6 |
| III. | METHODOLOGIE : | 8 |
| 3.1 | Cadre d'étude : | 8 |
| 3-1-1 | Présentation Sommaire du Mali et du District de Bamako | 8 |
| 3-1-2 | Présentation de la commune II du District de Bamako | 9 |
| 3-2-1 | Présentation générale de la méthode : | 11 |
| | La méthodologie adoptée pour réaliser ce travail a consisté à élaborer un questionnaire devant être rempli de façon systématique dans chacune des formations sanitaires ASACOHI et BONIABA. | 11 |
| | Ce questionnaire qui figure : | 11 |
| | - En annexe 2 comporte 3 fiches : | 11 |
| | Une fiche N°1 qui décrit les aspects psychosociaux des patients de 0 <5ans | 11 |
| | Une fiche N°2 qui décrit les aspects psychosociaux des patients de 5<15ans | 11 |
| | Une fiche N°3 qui décrit les aspects psychosociaux des patients de 15ans et plus | 11 |
| 3-2-1-1 | Type d'étude | 12 |
| 3-2-1-2 | Période d'étude | 12 |
| 3-2-1-3 | L'échantillon | 12 |
| 3-2-1-4 | Phase d'étude | 12 |
| 3-2-3 | Moyens utilisés pour l'analyse des données : | 13 |
| 3-2-4 | Variables à mesurer : | 14 |
| 3-2-5 | Indicateurs | 14 |
| IV. | RESULTATS : | 16 |
| 4.1 | Description des caractéristiques de la population enquêtée | 16 |
| 4.1.1 | Caractéristiques sociodémographiques de la population enquêtée | 16 |
| 4.1.2 | Caractéristiques familiales et économiques : | 21 |
| 4.2 | Variables indépendantes | 25 |
| 4.2.1 | Problèmes psychologiques | 25 |
| 4.2.2 | Problèmes sociaux | 31 |
| 4.2.3 | Problèmes culturels | 33 |
| 4.3 | Variables dépendantes | 34 |
| 4.4 | L'ordre de recours aux soins | 35 |
| 4.5 | Synthèse générale des résultats du focus groupe : | 37 |
| V. | DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES : | 40 |
| 5.1 | Risque de la maladie | 40 |
| 5.1.1 | Caractéristiques sociodémographiques de la population : | 40 |
| 5.1.2 | Caractéristiques familiales et économiques de la population | 43 |
| 5.1.3 | Problèmes psychologiques de la population enquêtée | 45 |
| 5.1.4 | Problèmes sociaux de la population enquêtée | 48 |
| 5.1.5 | Problèmes culturels de la population enquêtée | 49 |
| 5.2 | Les atouts de la santé : | 50 |
| 5.2.1 | Perception de la prise en charge psychosociale : | 50 |
| 5.2.2 | Attente de la prise en charge psychosociale | 51 |
| 5.2.3 | Utilité de la prise en charge psychosociale : | 52 |

| | | |
|-------|--|----|
| 5.3 | Itinéraire thérapeutique de la population..... | 52 |
| VI. | CONCLUSION :..... | 54 |
| VII. | RECOMMANDATIONS :..... | 55 |
| VIII. | BIBLIOGRAPHIE : | 58 |

I. INTRODUCTION :

1.1 Importance du sujet :

La santé est un état complet de bien être physique mental, social et qui ne consiste pas seulement à une absence de maladie ou d'infirmité (selon l'OMS). Elle est donc un besoin et un droit fondamental de chaque individu. Ainsi le système de santé idéal doit viser la mise en place de la globalité des soins, des soins disponibles satisfaisants en prenant en compte tous les problèmes psychosociaux, c'est à dire toutes les dimensions des individus ; non seulement biologiques organiques, mais aussi psychologiques, culturelles et sociales. En effet, des troubles dans ces domaines peuvent constituer des facteurs de risque de développement de pathologies.

Il ne suffit donc pas de guérir un corps malade, il faut aussi tenir compte de ce qui l'entoure (son profil). Ceci est évident dans les maladies à composante psychologique (asthme, ulcères gastro - duodénaux, diabète, hypertension artérielle etc.).

« Le médecin généraliste doit inclure et intégrer les facteurs physiques, psychologiques et sociaux dans ses réflexions sur la santé et la maladie, ce qui doit s'exprimer dans les soins qu'il donne à ses patients» (Groupe de Leeuwenhorst,1974) (20).

La santé mentale est définie comme pas seulement une absence des troubles, mais un état positif d'équilibre et d'harmonie entre les structures nerveuses de l'individu et la structure du milieu auquel il doit s'adapter (19). Elle comporte trois dimensions essentielles :

- une dimension biologique qui attrait aux composantes génétiques et physiologiques de chaque individu.
- une dimension psycho - développementale qui met l'accent sur les aspects affectifs, cognitifs et relationnels du développement humain.
- une dimension contextuelle faisant référence à l'insertion de l'individu dans un environnement donné.

Selon l'OMS il est généralement admis que les troubles mentaux graves et socialement invalidants affectent à tout moment 1% de la population donnée. Cette prévalence augmente si l'on considère les troubles mentaux mineurs, soit 10 à 15% environ.

Une enquête réalisée en 1994 dans le cercle de Kolokani trouve une prévalence de 3,08% des troubles mentaux majeurs ; 1,73% d'épilepsie et 22,9% de troubles mineurs (24).

La situation sanitaire du Mali, malgré les ressources engagées, reste précaire et se caractérise par des problèmes de santé selon les indicateurs de santé de population. (9)

Des études sur la qualité de soins des services ont montré des taux faibles de certaines activités car les services sont sous utilisés. Ce qui pourrait avoir une répercussion sur les indicateurs de santé de la population déjà défavorable au Mali. En effet l'enquête démographique et sociale de 2001 a montré un taux de mortalité maternelle à 582 femmes pour 100 000 naissances vivantes et un taux de mortalité infanto - juvénile de 229 pour 1000 naissances vivantes (10) pour le Mali et 134 pour Bamako.

Les indicateurs d'utilisation de service pour l'année 2004 étaient de 0,24 consultant /an/habitant pour le Mali et 0,4 consultant /an/habitant pour Bamako; ce qu'il faut comparer à 0,4 consultant /an/habitant pour la zone rurale et 0,8 consultant /an/habitant pour la zone urbaine en Afrique sub-saharienne selon "le rôle des Districts sanitaires et méthodologie de leur développement en Afrique par le professeur Jean Pierre Unger : décembre 1991".

Dans le contexte de la consultation au Mali, certains indicateurs sont définis par la consultation curative de premier niveau (CSCoM) à 0,21 consultant /an/habitant pour le Mali, 0,28 consultant /an/habitant pour Bamako et 0,72 consultant /an/habitant pour la commune II (25).

La consultation curative à tous les niveaux confondus et à tous les âges est définie par 0,25 consultant /an/habitant dont 0,42 consultant /an/habitant chez les enfants de moins cinq ans, 0,21 consultant /an/habitant chez les enfants de plus cinq ans pour le Mali; 0,35 dont 0,63 consultant /an/habitant de moins cinq ans et 0,25 consultant /an/habitant de plus de cinq ans pour Bamako et 0,83 dont 1,35 consultant /an/habitant de moins cinq ans et 0,71 consultant /an/habitant de plus de cinq pour la commune II .

Pour l'accouchement assisté nous avons, tous niveaux confondus, un taux de 49% pour le Mali, 94% pour Bamako et 80% pour la commune II. Si on se limite aux CSCoM, nous avons 41% pour le Mali, 67% pour Bamako, 50% pour la commune II. Pour la consultation prénatale nous avons 67% pour le Mali, 73% pour Bamako, 63% pour la commune II. Pour la vaccination de DTCP3 nous avons 90% pour le Mali, plus de 100% (107%) pour Bamako, plus de 100% (149%) pour la commune II. (17)

Quant à la fréquentation, elle n'est pas maximale et les services de santé ne sont pas fréquentés à temps ; parfois l'accueil est déficient, avec un temps d'écoute du malade court. Pourtant l'accueil est une composante indispensable de tout service de qualité. Cette écoute fournit des informations qui pourront être utilisées pour identifier les processus clés, orienter les objectifs, corriger les dysfonctionnements et, ainsi, améliorer les services.

La dimension humaine n'est pas toujours prise en compte par manque de personnel qualifié, d'autonomisation des patients et d'intégration des soins.

Nous observons une automédication fréquente par les patients remettant en cause la qualité technique des soins.

Nous remarquons une insuffisance de la couverture sanitaire, due probablement au faible niveau économique de la population et à la mauvaise qualité de la prise en charge, notamment psychosociale. En effet, les ressources allouées au

secteur de la santé et notamment des soins prénatals, sont faibles, et il s'en suit une insuffisance en quantité et en qualité du personnel sanitaire

L'état malien dans la mise en œuvre de sa politique sectorielle de santé a opté entre autres, pour la disponibilité et l'accessibilité de médicament essentiel au prix le plus bas possible ainsi que la participation communautaire dans la gestion du système de santé.

C'est ainsi que l'initiative de Bamako vit le jour en 1987 et redonna espoir aux populations dont le pouvoir d'achat s'amenuisait.

Les populations de l'Hippodrome et de Bozola, Niaréla et Bagadadji en commune II s'organiseront en Association de Santé Communautaire (ASACO) pour contribuer à l'épanouissement sanitaire de leur population respective.

On assistera alors à une extension de ces structures de prestation à travers la ville impressionnante sur la rive méridionale du fleuve Niger.

La diversification de ces établissements de soins de premier niveau dans le District de Bamako a permis une amélioration de la couverture sanitaire quelque part.

L'avenir d'une santé basée sur l'équité et la justice passe nécessairement par l'épanouissement et le développement de la santé communautaire.

Cependant, le niveau de qualité des soins psychosociaux n'a pas été apprécié et analysé parmi les résultats des prestations des services d'où l'intérêt de notre étude.

1.2 Problème :

L'absence de prise en compte, du profil psychosocial ne contribue-t-elle pas aux sous utilisations des services de santé ?

Hypothèse : les patients estiment que leur profil psychosocial n'est pas suffisamment pris en compte dans leur prise en charge médicale.

1.3 Objectifs :

1.3.1 Objectif général :

Améliorer l'état sanitaire et nutritionnel de la population de la commune II du District de Bamako.

1.3.2 Objectifs spécifiques.

- Déterminer les risques psychologiques, socioculturels et économiques de la maladie.
- Déterminer les atouts psychologiques, socioculturels et économiques de la santé.
- Reconnaître l'importance des problèmes psychosociaux et leur prise en charge par une analyse des résultats ainsi repérés.
- Recueillir les opinions par un focus groupe des responsables et des usagers de CSCom.

II. GENERALITES :

2.1 Définitions de la qualité des soins :

C'est l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire exactement les besoins des utilisateurs en maximisant la perception de l'offre et en minimisant les défauts ou les erreurs ; ils doivent donc être efficaces, appropriés, sûrs, accessibles, et acceptables en utilisant de façon optimale les moyens disponibles (26).

C'est la mesure dans laquelle les ressources disponibles ou les services offerts répondent à des normes préétablies dont l'application est généralement censée d'obtenir les résultats souhaités.

Selon l'OMS, la qualité des soins de santé consiste à exécuter correctement (en fonction des normes) des interventions dont on sait qu'elles sont sans risque, d'un coût abordable pour la société en question et susceptibles d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, les invalidités et la malnutrition.

Selon DONABEDIAN A :

« La qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et des technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans augmenter les risques ».

« Le niveau de qualité est par conséquent la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable risques et de bénéfices ».

2.2 Définition de la psychologie :

C'est une discipline qui s'occupe du fonctionnement normal de l'appareil psychique ; traite aussi des motivations de l'individu (9).

2.3 Définitions opératoires :

Psychiatrie : C'est la discipline qui s'occupe de la maladie mentale (de la pathologie de la vie des relations, étude de l'âme).

Angoisse : c'est une crainte qu'une personne éprouve ou sent devant une situation qui le préoccupe.

Tristesse : c'est la sensation d'abandon qu'on ressent à la suite d'un événement malheureux.

Inquiétude : c'est une situation de détresse qu'un individu éprouve ou sent à l'occasion de l'attente de résultat d'un problème.

Dépression : c'est une situation de torpeur ou d'euphorie ou d'exaltation ou de prostration qu'un individu manifeste à la suite d'une situation de vie défavorable ou précaire.

Trouble du sommeil : c'est une situation de perturbation ou de difficulté de faire un sommeil suffisant.

Trouble de concentration : c'est une situation de manque de synthèse d'un travail ou d'un résultat.

Prise en compte des aspects psychologiques : c'est l'appréhension de l'évaluation de toutes les dimensions psychiques pouvant être causes ou risques de la survenue d'une maladie

Prise en compte des aspects sociaux : c'est l'appréhension de l'évaluation de toutes les dimensions sociables ou communautaires ou individuelles pouvant être causes ou risques de la survenue d'une maladie

Prise en compte des aspects culturels : c'est l'appréhension de l'évaluation de toutes les dimensions liées aux comportements, aux habitudes et aux mœurs des individus pouvant être causes ou risques de la survenue d'une maladie

Prise en compte des aspects économiques : c'est l'appréhension de l'évaluation de toutes les dimensions rentables pouvant être causes ou risques de la survenue d'une maladie mais pouvant aussi favoriser une meilleure prise en charge médicale.

Problèmes psychologiques : ce sont des difficultés psychiques d'une personne à exercer normalement

Problèmes sociaux : ce sont des crises sociables, communautaires ou individuelles d'une personne dans son vécu de tous les jours

Problèmes culturels : ce sont des obstacles liés aux comportements de l'individu

Problèmes économiques : ce sont des situations difficiles liées à un besoin de l'individu pour résoudre un problème de financement

Maladie mentale : c'est une affection physique, intellectuelle, morale ou spirituelle pouvant déséquilibrer un individu

Cognition : c'est un état de lucidité d'un individu

Allaitement maternel exclusif bien fait : c'est le fait d'alimenter un enfant seulement au lait de sa mère pendant six mois

Allaitement complémentaire bien fait : c'est le fait d'associer d'autres aliments au lait maternel après six mois pour assurer l'équilibre nutritionnel de l'enfant

Sevrage bien fait : ce le fait d'arrêter complètement le lait maternel après deux ans pour continuer avec les autres aliments dans l'équilibre nutritionnel de l'enfant

Perception de la prise en compte psychosociale : c'est l'impression de la prise en charge de toutes les dimensions humaines du malade pendant la consultation

Attente de la prise en compte psychosociale : c'est l'espoir de la prise en charge de toutes les dimensions humaines du malade pendant la consultation

Utilité de la prise en compte psychosociale : c'est une occupation pour les malades de la prise en charge de toutes leurs dimensions humaines pendant la consultation

III. METHODOLOGIE :

3.1 Cadre d'étude :

Notre étude a lieu dans les formations sanitaires : communautaires, de la commune II du District de Bamako notamment :

- Les deux centres de santé communautaire sur 5 de la commune : (l'ASACOHI et BONIABA).

3-1-1 Présentation Sommaire du Mali et du District de Bamako

La république du Mali, pays continental par excellence, couvre une superficie d'environ 1 240 192 Km². Elle partage près de 7200 Km de frontières avec l'Algérie au nord, le Niger à l'est, le Burkina Faso au sud-est, la Côte d'Ivoire et la Guinée au sud, la Mauritanie et le Sénégal à l'ouest. Le relief est peu élevé et peu accidenté.

C'est un pays de plaines et de bas plateaux. L'altitude moyenne est de 500 mètres.

Le régime hydrographique, tributaire de la configuration géographique, qui s'étend entre les 11° et 25° de latitude nord, du relief et du climat, est essentiellement constitué par les bassins du Haut Sénégal et du Niger. Deux fleuves traversent le Mali : le fleuve Niger et le fleuve Sénégal. Le réseau hydrographique dessert surtout le sud du pays. La partie septentrionale de cette zone est arrosée par le fleuve Sénégal et ses affluents, la partie orientale par le fleuve Niger et ses constituants. Le régime de l'ensemble de ce réseau est tropical: hautes eaux en période d'hivernage et basses eaux en saison sèche.

Il est composé actuellement de huit régions, en plus du District de Bamako. Selon les résultats du recensement général 1998 source DNSI, la population résidente du Mali s'élevait à 11.408 323 habitants (estimation 2004) avec un accroissement annuel moyen représente 2,2% avec 28% ont moins de 5ans, 74% ont moins de 15ans et 6% sont âgés de 60ans et plus

Le Quotient de mortalité infanto juvénile, est de 229 pour 1000 naissances vivantes (10) pour le Mali et 134 pour Bamako.

Comme l'écrasante majorité des États africains en général, en particulier ceux de l'Afrique au sud du Sahara, le Mali a une économie dont les ressources proviennent en premier chef de l'or, de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche.

C'est dire que le secteur primaire est la sève nourricière de l'économie. En effet, il occupait en 1995, plus de 80% de la population active et représentait 44% du Produit Intérieur Brut (PIB), alors que le secteur secondaire (industrie) ne représentait que 16% du PIB et celui du tertiaire (commerce, services) 40%.

La situation sanitaire de la population du Mali, reflet du niveau actuel de développement socio-économique, est loin d'être satisfaisante et la part des dépenses de santé dans le PIB (**6 à 8 %**) est toujours invariable (**EDSIII**)

Le District de Bamako est divisé en six (6) communes. Il s'étend sur 22 km d'ouest en Est et sur 12 Km du Nord au Sud, de part et d'autre du fleuve Niger. Sa superficie totale est d'environ 267 Km² soit 26700 ha dont environ 18200 ha seraient habités actuellement. Elle se caractérise par sa diversité ethnique, du fait qu'il est le lieu de convergences des populations périphériques et des autres régions du pays soit à la recherche du travail, soit pour les études du fait de l'existence des facultés uniquement à Bamako, soit pour les activités commerciales.

Par ailleurs, le District de Bamako est le mieux servi en infrastructures socio-sanitaires (hôpitaux nationaux, une multitude de structures privés en plus des autres structures publiques, parapubliques, confessionnelles, et communautaires) par rapport autres régions du Mali.

3-1-2 Présentation de la commune II du District de Bamako

Pour une superficie de 16,81Km² soit 1681 ha, la commune II, située presque au centre du District de Bamako, est limitée à :

- L'EST par la Commune I
- L'OUEST par la Commune III
- Au NORD par la Colline du Point G
- Au SUD par le Fleuve Niger

Elle abrite ailleurs 11 quartiers dont les plus vieux quartiers fondateurs du District de Bamako, et certains quartiers non lotis (type rural).

Pour une superficie de 1681 ha, la commune II compte actuellement 131734 habitants dont 66275 hommes et 65459 femmes. Elle est divisée en onze quartiers avec 7558 concessions et 19333 ménages (source DNSI, Recensement 1998).

Ses quartiers sont entre autres : Missira, Hippodrome, TSF (Téléphone sans fil), Niaréla, Bakaribougou, zone industrielle, Bagadadji, Médine, Bozola, Quinzambougou, Bougouba.

Les ethnies majoritaires sont : le Bambara, le Peuhl, le Sonrhäï, le Sarakolé, le Dogon. Chaque ethnie a sa spécificité culturelle, ce qui fait valoir à la commune et même au Mali une grande richesse culturelle.

Elle reste encore traditionnelle, et l'influence de l'islam est prédominante.

Les chrétiens sont estimés à plus de 3% de la population au niveau du District de Bamako (11).

Le District de Bamako compte 20 343 chômeurs (soit un taux de 188 ‰ habitants) déclarés lors de l'enquête nationale sur les activités économiques de

Bamako. Ménages, dit « enquête sur le secteur informel » (**PRPIP 2004-08**)
District de Bamako.

Les principales activités économiques sont le commerce général (presque tous les grands marchés de Bamako), les industries (presque toutes les grandes industries de Bamako), le transport, le maraîchage- agriculture, l'artisanat, la pêche et l'élevage.

Elle abrite également un grand nombre d'indigents, dont une bonne partie non recensée (absence de carte sociale). Mais cependant, le nombre recensé sur demande et suivi par le service de promotion social et communautaire (**SPSC**) en 2000 est de 52732Hbts.

La commune est dotée de plusieurs établissements scolaires, publics et privés, en plus des medersas islamiques.

La commune dispose :

- d'un centre de santé de référence
- de 5 CSComs fonctionnels / 8 prévus dans **PDSC**
- d'une structure confessionnelle
- de 2 structures parapubliques
- 25 cliniques et cabinets privés
- 1 structure sociale (SPSC)
- de 20 pharmacies dont 3grossistes
- de plusieurs tradithérapeutes (installés au nouveau marché de Médine, sans oublier
- les " pharmacies par terre").

Bref, la commune II du District de Bamako est envisagée pour réaliser cette recherche concernant l'hypothèse que nous nous proposons de tester.

Toutefois, les activités de recherche devraient se faire sans perturber le fonctionnement normal des services.

3-I-3 Situation sanitaire de la commune II:

Selon le récapitulatif des taux de couverture sanitaire de l'année 2005 : nous avons un taux de fréquentation de 0,791%

Taux d'accouchements assistés de 99%

Taux de consultations prénatales de 105%

Taux de consultations prénatales efficaces de 40%

Taux d'enfants de moins de 12mois complètement vaccinés en DTCP3 de 116%

Taux d'enfants de moins de 12mois Vaccinés au VAR de 104%

Taux de consultation d'enfant sains de 34%

Taux de prévalence contraceptive de 4%

Indice d'assiduité des consultations prénatales de 1%

Indice d'assiduité des consultations enfants sains de 3%

Taux de couverture vaccinale VAT des femmes enceintes complètement vaccinées de 82%

3-1-3-1 Situation sanitaire de l' ASACOHI :

Elle est caractérisée selon le suivi d'utilisation des services 2005 (en chiffre brut) par :

- consultations curatives (nouveaux cas) :7256
- consultations prénatales (nouveaux cas) :449
- nombre de femmes ayant reçu 3CPN :157
- couples année protection : 128
- vaccination (<12mois) en DTCP3 :288 et en VAR : 327
- disponibilité en ME du panier :3650
- références pour interventions obstétricales majeures :34
- accouchements assistés (par médecin, infirmier, ou sage femme) : 524

3-1-3-2 Situation sanitaire de BONIABA :

Elle est caractérisée selon le suivi d'utilisation des services 2005 (chiffre brut):

- consultations curatives (nouveaux cas) :10533
- consultations prénatales (nouveaux cas) :517
- nombre de femmes ayant reçu 3CPN : 176
- couples année protection : 128
- vaccination (<12mois) en DTCP3 : 367 et en VAR : 271
- disponibilité en ME du panier :3650
- références pour interventions obstétricales majeures : 18
- accouchements assistés (par médecin, infirmier, ou sage femme): 769

| Récapitulatif | Populations cibles | | Couvertures | |
|------------------------|--------------------|---------|-------------|-------------|
| | ASACOHI | BONIABA | ASACOHI | BONIABA |
| Services | | | | |
| Consultation curative | 27 695 | 15 739 | 0.26 c/an/h | 0.67 c/an/h |
| Consultation prénatale | 1 385 | 787 | 32.42% | 65.70% |
| CPN3 | 1 385 | 787 | 11.34% | 22.36% |
| Planning familial | 1 385 | 787 | 9.24% | 16.27% |
| DTCP3 <1an | 1 108 | 630 | 26.00% | 58.29% |
| VAR<1an | 1 108 | 630 | 29.52% | 43.05% |
| Médicaments du panier | - | - | 100% | 100% |
| Accouchements assistés | 1 385 | 787 | 37.84% | 97.72% |
| Besoins obstétricaux | 17 | 9 | 204.61% | 190.61% |

3-2-1 Présentation générale de la méthode :

La méthodologie adoptée pour réaliser ce travail a consisté à élaborer un questionnaire devant être rempli de façon systématique dans chacune des formations sanitaires ASACOHI et BONIABA.

Ce questionnaire figure en annexe 2 et comporte 3 fiches :

- Une fiche N°1 qui décrit les aspects psychosociaux des patients de 0 <5ans
- Une fiche N°2 qui décrit les aspects psychosociaux des patients de 5<15ans
- Une fiche N°3 qui décrit les aspects psychosociaux des patients de 15ans et plus.

En outre le circuit du malade a été étudié au moyen d'une fiche qui figure en annexe 3.

Les questions et les résultats du focus groupe se retrouvent en annexe 4.

Pour remplir ce questionnaire nous nous sommes rendus dans ces CSCCom en mobylette et les matériels utilisés étaient des bics, des crayons, des gommes, des papiers et de bloc-notes.

3-2-1-1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive des aspects psychosociaux des patients basée sur un interrogatoire de ces derniers à la sortie de la consultation chez les médecins (ou des accompagnants pour ceux qui ne pouvaient pas répondre aux questions), réalisée dans les CSCCom ASACOHI et BONIABA.

3-2-1-2 Période d'étude

L'étude s'est déroulée de février à novembre 2006 soit une durée totale de dix mois.

3-2-1-3 L'échantillon

La taille minimale de l'échantillon a été calculée selon la formule :

$$n = \frac{\mathcal{E}^2_{\alpha} \cdot (p \cdot q \cdot d)}{i^2}$$

n : taille minimum de l'échantillon

\mathcal{E} : Écart réduit de la loi normale. Pour $\alpha=5\%$ et $\varepsilon =2$

P : prévalence de la maladie selon l'étude et=0,5

Q : complémentaire de la prévalence p (q=1-0,5)

I=0,05

Vue la rareté des études sur le profil psychologique des patients au Mali et dans la sous région, nous avons choisi p = 50% qui donne la taille la plus élevée. Ainsi avec une précision de 5% la taille normale de l'échantillon calculée est de 400. Cette taille a été majorée de 3% (soit 415 patients) pour prévenir les éventuelles non réponses.

Critère d'inclusion : Tout patient ou accompagnant (pour les enfants et malades incapables de traduire) reçu aux centres de santé ASACOHI et BONIABA du 27 février au 4 avril 2006 pour consultation chez le médecin et ayant accepté le questionnaire dans le respect des principes de l'éthique.

Critère de non inclusion : patient ou accompagnant reçu dans les mêmes centres à la même période n'ayant pas accepté de participer à notre étude.

3-2-1-4 Phase d'étude

a- Confection en quatre semaines de la fiche d'enquête de durée d'un mois,

b- Collecte des données : Notre enquête s'est déroulée sur un mois du 27 février au 04 avril 2006 du lundi au vendredi de 07h 30mn à 16h 30mn sauf les jours fériés ou de repos. Le mois a été reparti comme suit : 2 semaines à l'ASACOH et 2 semaines à BONIABA.

La collecte des données a consisté en l'administration d'un questionnaire par l'étudiant thésard en médecine à tous les usagers du CSCOM fréquenté après qu'ils soient reçus par le médecin. Les patients ou interprètes (pour les enfants ou malades amnésiques) sont interrogés à la sortie du bureau du médecin dans un endroit isolé par l'étudiant dans le respect des valeurs morales individuelles des uns et des autres selon les différentes questions.

Trois classes d'âges selon les services offerts : enfants de 0 à 4 ans, adolescents : de 5 à 14 ans et des adultes de 15 ans et plus.

Pour se conformer aux méthodes respectées de l'OMS dans l'allaitement et le sevrage nous avons dichotomisé les types d'allaitement maternel en allaitement maternel exclusif et en allaitement alterné ou artificiel ; l'allaitement mixte avant 6 mois et l'allaitement mixte à 6 mois ou après 6 mois ; le sevrage avant 18 mois et le sevrage à 18 mois ou après 18 mois

-Circuit patient : En cours d'exercice, il nous a paru opportun de récolter des informations concernant le circuit du patient ; ainsi les 200 patients enquêtés à BONIABA ont subi un questionnaire supplémentaire concernant ce sujet.

-Durée approximative d'un questionnaire complet : 5 à 10 minutes

c- Focus groupe : Tant à BONIABA qu'à l'Hippodrome, la rencontre s'est déroulée dans le bureau du Médecin chef du CSCOM avec le Médecin, le représentant de l'ASACO, un patient, une patiente, un collègue pour prendre notes. Nous avons administré le questionnaire aux cibles dans la langue Bambara. Notre entretien a duré plus d'1h30 mn dans chacun des deux CSCOM (voir annexe pour la caractéristique du groupe focal). Il n'y a pas eu de problème quant au déroulement de notre focus groupe.

L'ambiance du focus groupe était parfaite sur le plan des réponses données par les uns et les autres car il n'y avait pas de contradiction par rapport aux réponses données si non une complémentarité des idées des différents intervenants qui d'ailleurs étaient très contents d'une telle rencontre.

d- Phase de saisie : 6 semaines

e- Phase d'analyse des données : six mois

3-2-3 Moyens utilisés pour l'analyse des données :

Logiciels : 3.2.2 Epi info version 2002 pour l'analyse des données et Excel, Word pour la saisie des données.

Tests statistiques :

Les tests de Probabilités utilisés sont :

- Le Khi^2 de Yates corrigé pour les variables qualitatives ;
- Le test Non paramétrique H de Kruskal-Wallis pour le croisement de variables qualitatives et quantitatives.

Les tests sont considérés comme significatifs lorsque la probabilité (p) est inférieure à 5 % ($p < 0,05$).

3-2-4 Variables à mesurer :

Variables dépendantes

La prise en compte des aspects psychologiques : voir questionnaire en annexe

La prise en compte des aspects sociaux

La prise en compte des aspects culturels

La prise en compte des aspects économiques

Variables indépendantes

Âge

Sexe

Profession

Scolarisation des parents

Ethnie

Existence des problèmes psychologiques

Existence des problèmes sociaux

3-2-5 Indicateurs

Problèmes psychologiques :

Existence des problèmes culturels

Existence des problèmes économiques

Maladie mentale

Lieu d'accouchement

Consommation de drogues

Reproduction

Cognition

Relations interpersonnelles

Sommeil et énergie

Affection

Problèmes socioculturels :

Allaitement et sevrage

Statut parental

Statut matrimonial

Coutume

Problèmes économiques

Ressources financières des parents

Ressources financières du patient

Conflits

Appréciation générale

CSCom fréquenté

Perception de la prise en compte psychosociale

Attente de la prise en compte psychosociale

Utilité de la prise en compte psychosociale

Au total il y a 70 indicateurs suivants les trois tranches d'âge de notre fiche d'enquête (voir annexe).

IV. RESULTATS :

4.1 Description des caractéristiques de la population enquêtée

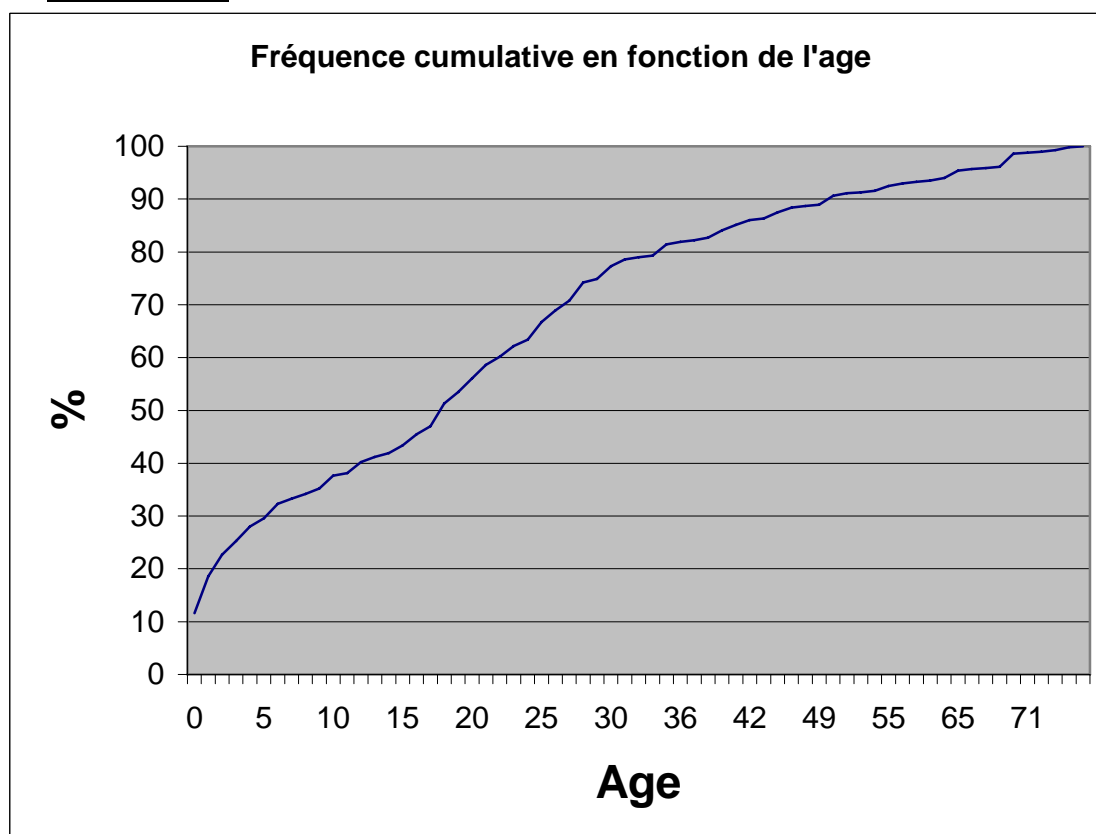
4.1.1 Caractéristiques sociodémographiques de la population enquêtée

Tableau 1. Répartition de la population étudiée selon les groupes d'âge dans les CSCom ASACOHI et BONIABA, de février à avril 2006.

| Âge | Effectif | Pourcentage | Pourcentage cumulé |
|--------------|------------|-------------|--------------------|
| 0-4 ans | 117 | 28,2% | 28,2% |
| 5-14ans | 58 | 14% | 42,2% |
| 15-24ans | 89 | 21,4% | 63,6% |
| 25-34ans | 65 | 15,7% | 79,3% |
| 35-44ans | 29 | 7% | 86,3% |
| 45-54ans | 22 | 5,3% | 91,6% |
| 55-64ans | 10 | 2,4% | 94% |
| 65-74ans | 22 | 5,3% | 99,3% |
| 75-100ans | 3 | 0,7% | 100% |
| Total | 415 | 100% | 100% |

Dans notre étude, la tranche d'âge la plus fréquente est constituée par les tous petits (0-4ans) avec 28,2%.

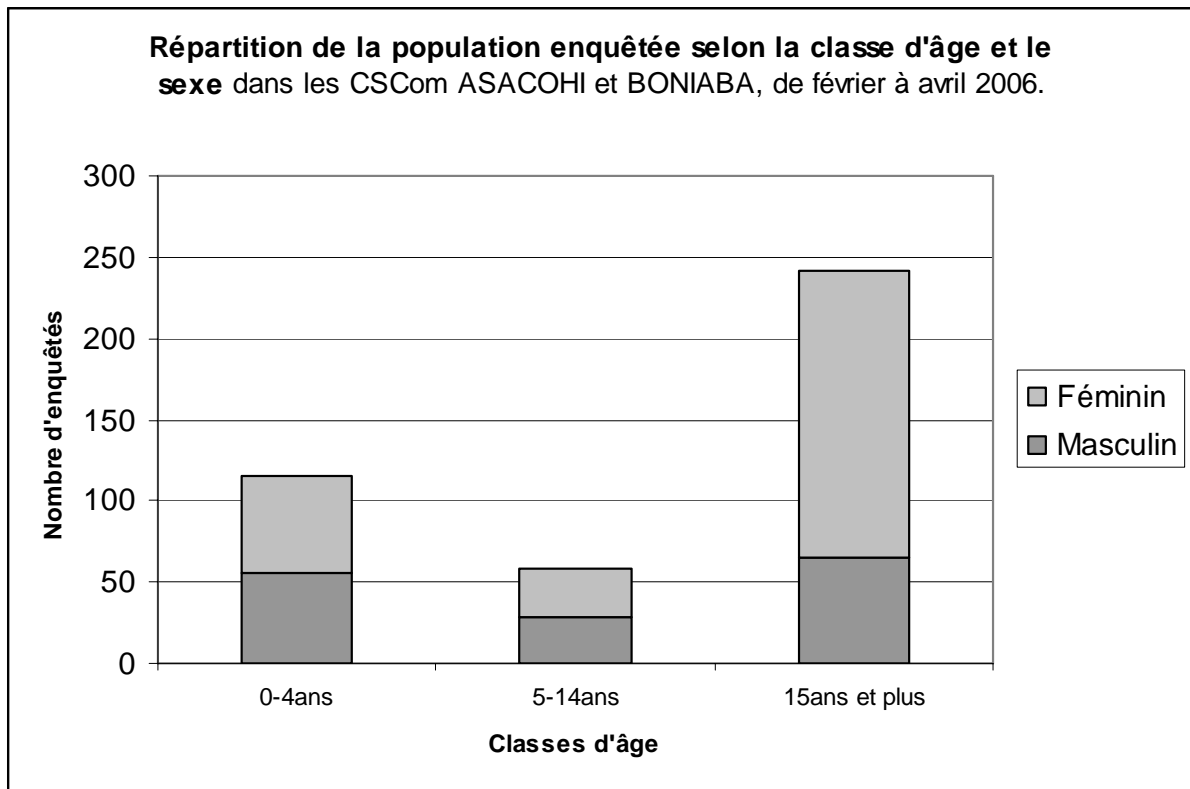
Graphique 1.



Nous remarquons sur le graphique que la moitié des consultants ont moins de vingt ans.

Afin de faciliter l'analyse des différentes variables selon l'âge, nous avons groupé les enquêtés en trois classes selon les populations cibles des programmes et des questionnaires types prévus dans notre enquête.

Graphique 2.



Dans notre étude les adultes (57,8%) représentent les classes d'âge les plus nombreuses suivies des enfants (28,2%).

Sexe ratio est de 1,77 (63,9/36,1) et montre une prédominance du sexe féminin.

Chez les enfants de moins de 15ans, le sexe masculin est plus fréquemment représenté (56,4%). Par contre chez les adultes de 15ans et plus, le sexe féminin est plus représenté (66,2%). $P < 5.10^{-3}$ $kh^2 = 0,030$

Tableau 2. Répartition de la population étudiée selon le quartier de provenance dans les CSCom ASACOHI et BONIABA, de février à avril 2006.

| Quartier | Effectif | Pourcentage |
|---------------|------------|-------------|
| Hippodrome | 140 | 33,70% |
| Niaréla | 63 | 15,20% |
| N'golonina | 42 | 10,10% |
| Bagadadji | 38 | 9,20% |
| Banconi | 33 | 8% |
| Quinzambougou | 14 | 3,40% |
| Missira | 13 | 3,10% |
| Sans fil | 11 | 2,70% |
| Bozola | 9 | 2,20% |
| Autres | 52 | 12,50% |
| Total | 415 | 100% |

Nous avons regroupé les quartiers qui représentaient moins de 2% des enquêtés dans une classe « autres ». Il s'agit de l'ACI 2000, Badialan, Bakaribougou, Base aérienne, Boulkassoumbougou, Daoudabougou, Dialacorodji, Fadjiguila, Flabougou, Hamdallaye, Itema, Kabalan, Kalabancoro, Kalabancoura, Korofina, Lafiabougou, Magnanbougou, Medina coura, Point G, Sabalibougou, Sangarebougou, Sikoroni, Sogonico, Titibougou, Tomincorobougou, Zone industrielle.

Les patients résidant dans les quartiers Hippodrome et Niaréla semblent être les plus représentés dans l'échantillon avec respectivement 33,70% et 15,20%

Tableau 3. Répartition de la population étudiée en fonction de la provenance, dans les CSCom ASACOHI et BONIABA, de février à avril 2006.

| Quartiers | Effectif | Pourcentage | Pourcentage cumulé |
|---|------------|-------------|--------------------|
| Hippodrome | 140 | 33,70% | 33,70% |
| Niarela (y compris Bozola N'golonina Bagadadji) | 152 | 36,60% | 70,40% |
| Autres quartiers | 123 | 29,60% | 100% |
| Total | 415 | 100% | 100% |

Dans le tableau ci-dessus, nous avons regroupé les quartiers d'implantation du CSCom BONIABA en (Bozola Bagadadji Niaréla N'golonina)

-36,6% des enquêtés ayant fréquenté le BONIABA sont originaires de Niaréla, Bozola, Bagadadji et N'golonina contre 33,70% des enquêtés ayant fréquenté l'ASACOHI à l'Hippodrome.

Tableau 4. Répartition de la population étudiée selon les groupes ethniques dans les CCom ASACOHI et BONIABA, de février à avril 2006.

| Ethnies | Effectif | Pourcentage |
|----------------|------------|-------------|
| Bambara | 106 | 25,5% |
| Soninké | 91 | 21,9% |
| Peulh | 59 | 14,2% |
| Malinké | 32 | 7,7% |
| Sonrai | 27 | 6,5% |
| Dogon | 16 | 3,9% |
| Senoufo | 15 | 3,6% |
| Maure | 12 | 2,9% |
| Bozo | 10 | 2,4% |
| Autres ethnies | 47 | 11,3% |
| Total | 415 | 100% |

Nous avons regroupé les ethnies qui représentaient moins de 2% des enquêtés dans une classe « autres ». Il s'agit de Bissa, Bobo, Bozo, Dafing, Djoula, Fond, Haoussa, Kakolo, Kassonké, Minianka, Maure, Pedah, Samo0, Sosso, Wolof, Yorouba.

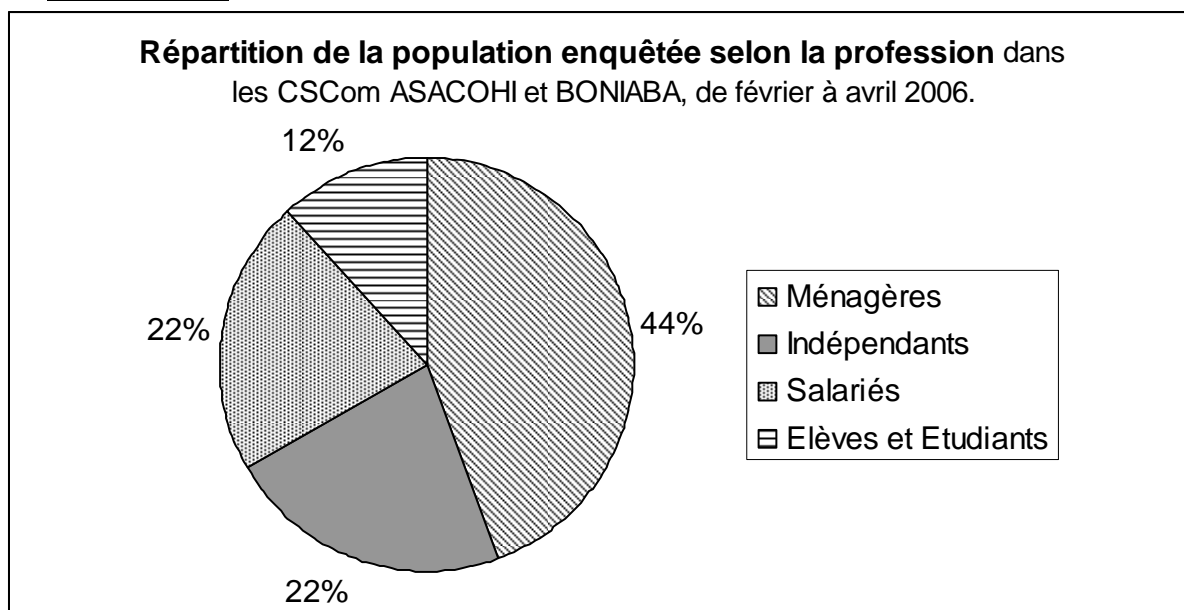
Dans notre étude les Bambara étaient les plus représentés avec 25,5% suivis des Soninké (21,9%).

Tableau 5. Répartition de la population étudiée selon les ethnies et les quartiers de provenance dans les CCom ASACOHI et BONIABA, de février à avril 2006.

| Ethnies / Quartiers | Bambara | Soninké | Peulh | Malinké | Sonrai | Autres |
|--|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Hippodrome | 23(21,70%) | 46(50%) | 19(32,20%) | 9(28,13%) | 13(48,15%) | 30(30,30%) |
| Niaréla (y compris N'golonina, Bagadadji, Bozola) | 44(41,51%) | 29(31,52%) | 21(35,60%) | 18(56,25%) | 5(18,52%) | 34(34,34%) |
| Autres | 39(36,79%) | 17(18,48%) | 19(32,20%) | 5(15,63%) | 9(33,33%) | 35(35,35%) |
| Total | 106(100%) | 92(100%) | 59(100%) | 32(100%) | 27(100%) | 99(100%) |

Il y a une grande variabilité dans la distribution de la population d'étude en fonction de l'ethnie et de la résidence. $P < 5.10^{-3}$ $kh^2 = 131,637$

Graphique 3.



Certaines professions ont été regroupées pour permettre l'analyse des variables en fonction de la classe professionnelle.

Pour les indépendants on a : animateur, artisan, commerçant, couturier, couturière, cultivateur, imprimeur, mécanicien, soudeur, tailleur transformatrice, vendeur

Salariés: intellectuels (enseignant, technicien de santé, économiste) et employés (cuisinier, gardien, hôtelier, manœuvre).

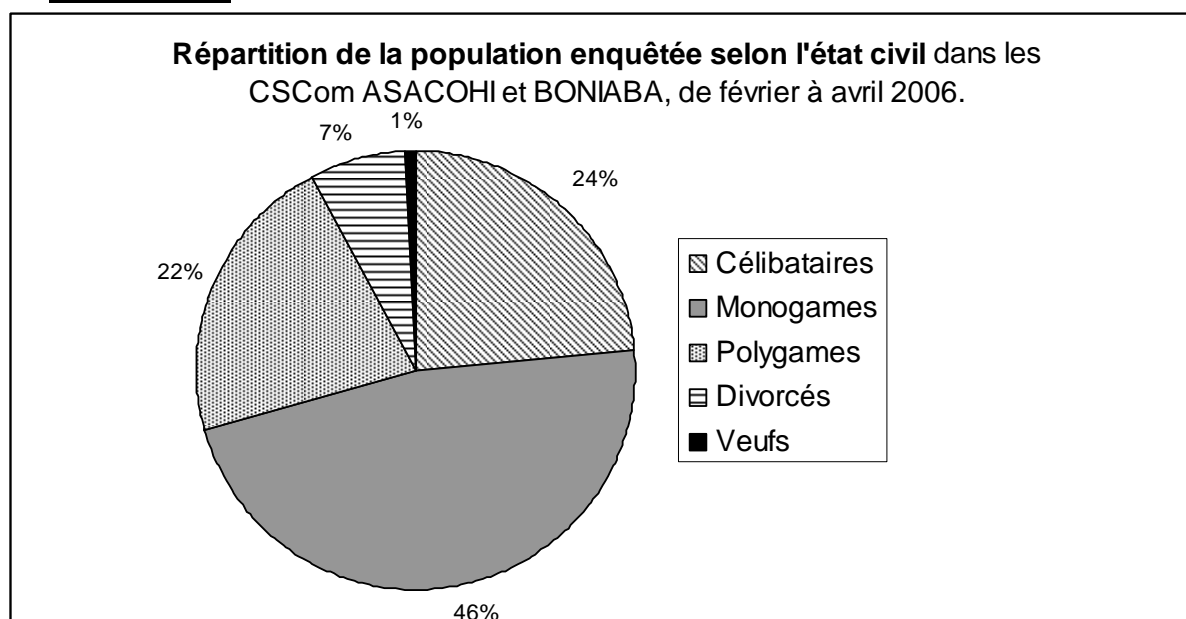
La majorité des 241 consultants n'exercent pas une profession salariée (78 %)

Tableau 6. Répartition de la population étudiée selon la profession et la résidence dans les CSCom ASACOHI et BONIABA, de février à avril 2006.

| Profession \ Quartier | ménagères | indépendants | Salariés | étudiants | TOTAL |
|-----------------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| Hippodrome | 44(39,64%) | 2(18,18%) | 37(45,12%) | 11(29,73%) | 94(39%) |
| Niaréla, etc | 37(33,33%) | 5(45,45%) | 30(36,59%) | 14(37,84%) | 86(35,68%) |
| Autres | 30(27,03%) | 4(36,36%) | 15(18,29%) | 12(32,43%) | 61(25,31%) |
| Total | 111(100%) | 11(100%) | 82(100%) | 37(100%) | 241(100%) |

La répartition en fonction des classes professionnelles et de la résidence ne se fait pas de la même façon. $P < 5.10^{-3}$ $kh^2 = 54,452$

Graphique 4.



La majorité des 241 enquêtés étaient des monogames (46,90%)
 Nous n'avons constaté qu'une seule adolescente de 14ans mariée et monogame.

4.1.2 Caractéristiques familiales et économiques :

Tableau 7. Répartition de la population étudiée selon le niveau de scolarisation des parents dans les CSCom ASACOHI et BONIABA, de février à avril 2006.

| Niveau de scolarisation | Père | | Mère | |
|----------------------------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage |
| Non scolarisés | 194 | 46,70% | 274 | 66% |
| Niveau fondamental 1 achevé | 128 | 30,80% | 91 | 21,90% |
| Niveau fondamental 2 achevé | 49 | 11,80% | 34 | 8,20% |
| Niveau secondaire général achevé | 15 | 3,60% | 8 | 1,90% |
| Niveau supérieur achevé | 29 | 7% | 8 | 1,90% |
| Total | 415 | 100% | 415 | 100% |

Il y a une forte proportion de non scolarisation des mères (66%) et des pères (46,70%) des enquêtés.

Parmi les parents scolarisés, il y avait une faible proportion ayant achevé le niveau d'étude supérieure, 7% des pères contre 1,90% des mères des enquêtés

Parmi les enfants et adolescents enquêtés (174), il y a 4 orphelins et 32 adoptés (parmi lesquels 3 des 4 orphelins).

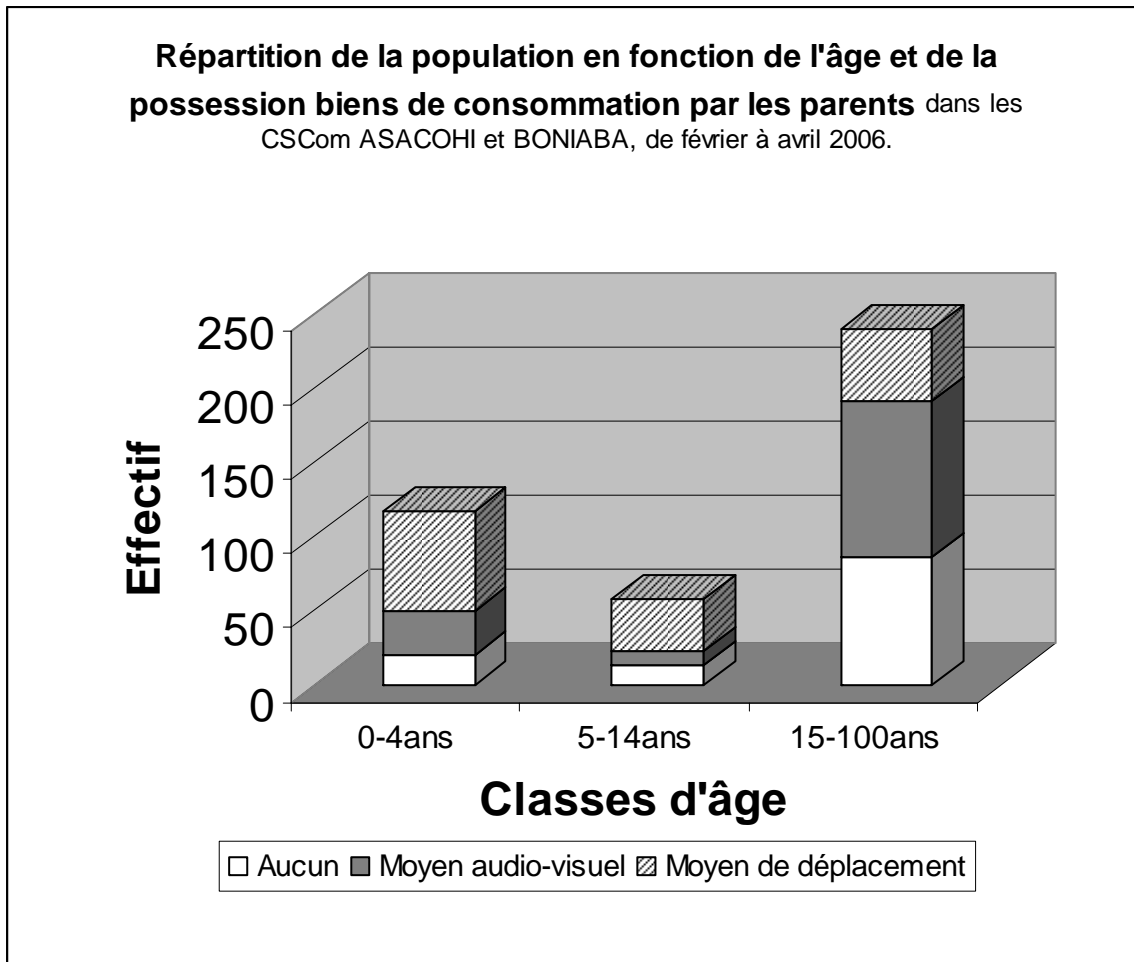
Tableau 8. Répartition de la population étudiée selon la possession de bien de consommation du ménage dans les CSCom ASACOHI et BONIABA, de février à avril 2006.

| Biens de consommation | Effectif | Pourcentage |
|-----------------------|------------|-------------|
| Moyen de déplacement | 152 | 36,6% |
| Moyen audio-visuel | 144 | 34,7% |
| Aucun | 119 | 28,7% |
| Total | 415 | 100% |

Afin de pouvoir analyser les variables en fonction de la disposition de biens de consommation de manière graduée, les enquêtés ont été regroupés selon que le ménage (père et/ou mère) possède un véhicule ou une moto (moyen de déplacement), si non un téléviseur ou un magnétophone (moyen audio-visuel), si non aucun de ces biens.

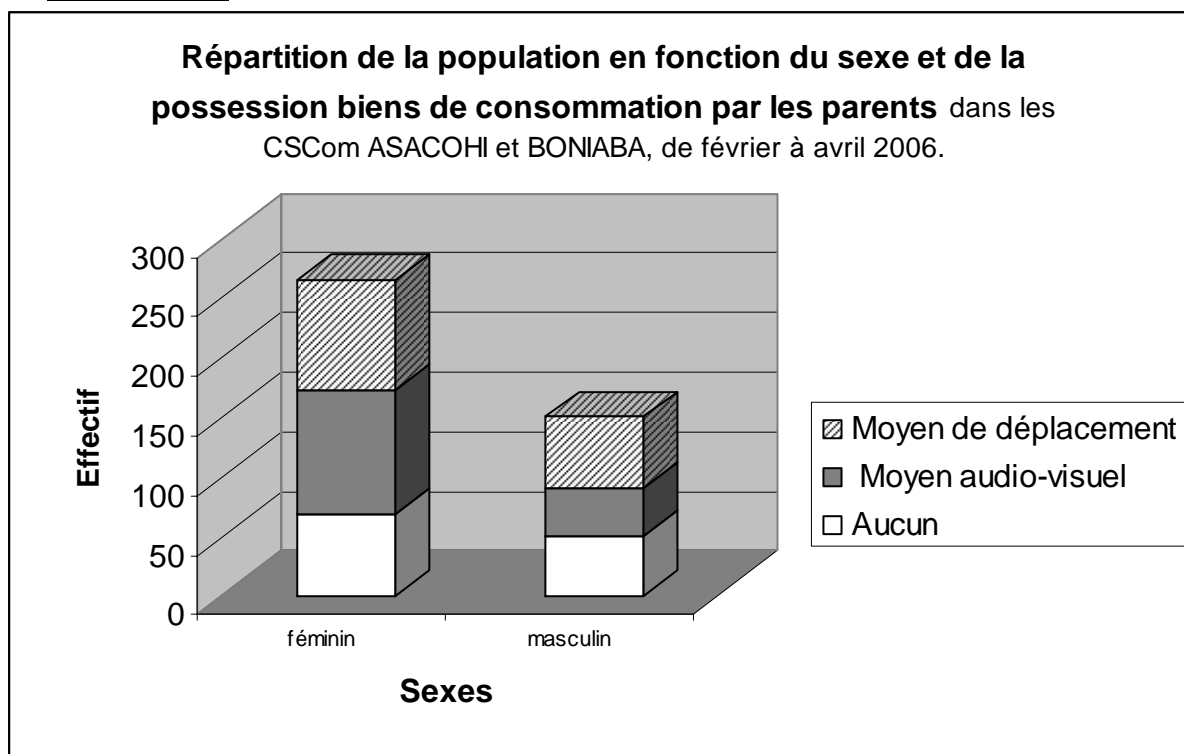
Un peu plus d'un tiers (1/3) des ménages possède un moyen de locomotion motorisé et des deux tiers restant, un peu plus de la moitié, possède un moyen audio-visuel.

Graphique 5.



Nous avons constaté dans l'étude **62,1%** des parents des adolescents enquêtés possédant un moyen de déplacement, contre **57,26%** des parents des enfants. $P < 5.10^{-3}$ $khi^2 = 75,662$

Graphique 6.



Dans notre étude la proportion des enquêtés de sexe masculin dont les parents possédaient un moyen de déplacement (40%) est plus élevée que chez les enquêtés de sexe féminin (35%). La différence la plus grande concerne la possession de moyens audio-visuels qui est de 27% pour le sexe masculin et 39% pour le sexe féminin. $P < 5.10^{-3}$ $khi^2 = 8,343$

Tableau 9. Répartition de la population étudiée selon la profession et la possession des biens de consommation par les parents dans les CCom ASACOHI et BONIABA, de février à avril 2006.

| Profession Bien de consommation | Profession | | | | Total |
|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | Ménagères | Indépendants | Etudiants et élèves | Salariés | |
| Aucun | 36 (36,36%) | 22 (40,74%) | 11 (14,10%) | 50 (27,17%) | 119 (28,67%) |
| Moyen audio-visuel | 48 (48,48%) | 21 (38,89%) | 20 (25,64%) | 55 (29,89%) | 144 (34,70%) |
| Moyen de déplacement | 15 (15,15%) | 11 (20,37%) | 47 (60,26%) | 79 (42,93%) | 152 (36,63%) |
| TOTAL | 99 (100%) | 54 (100%) | 78 (100%) | 184 (100%) | 415 (100%) |

Dans notre étude, les parents des élèves et étudiants enquêtés possèdent plus de moyen de déplacement (**60,26%**); tandis que ceux des ménagères enquêtées possèdent plus de moyen audio-visuel (**48,48%**). $P < 5.10^{-3}$ $khi^2 = 74,289$

Tableau 10. Répartition de la population étudiée selon le sexe et le CSCoM fréquenté dans les CSCoM ASACOHI et BONIABA, de février à avril 2006.

| CSCoM \ Sexe | Sexe | | TOTAL |
|--------------|-------------------|-------------------|------------------|
| | féminin | masculin | |
| BONIABA | 116(58,6%) | 82(41,4%) | 198(100%) |
| ASACOHI | 150(69,1%) | 67(30,9%) | 217(100%) |
| TOTAL | 266(64,1%) | 149(35,9%) | 415(100%) |

Dans notre étude, les enquêtés de sexe féminin ont été plus représentés respectivement dans **69,1%** et **58,46%** à l'ASACOHI et à BONIABA. $P < 5.10^{-3}$ $\chi^2 = 4,549$

Tableau 11. Répartition de la population étudiée selon le CSCoM fréquenté et la possession de bien de consommation par les parents dans les CSCoM ASACOHI et BONIABA, de février à avril 2006.

| CSCoM \ Biens de consommation | CSCoM | | |
|-------------------------------|------------------|------------------|------------------|
| | BONIABA | ASACOHI | TOTAL |
| Aucun | 86(43,4%) | 33(15,2%) | 119(28,67%) |
| Moyen audio-visuel | 60(30,3%) | 85(39,2%) | 145(34,94%) |
| Moyen de déplacement | 52(26,3%) | 99(45,6%) | 151(36,39%) |
| TOTAL | 198(100%) | 217(100%) | 415(100%) |

Dans tous les cas les parents des consultants de l'ASACOHI possèdent plus de bien de consommation que ceux de BONIABA. $P < 5.10^{-3}$ $\chi^2 = 42,1846$

4.2 Variables indépendantes

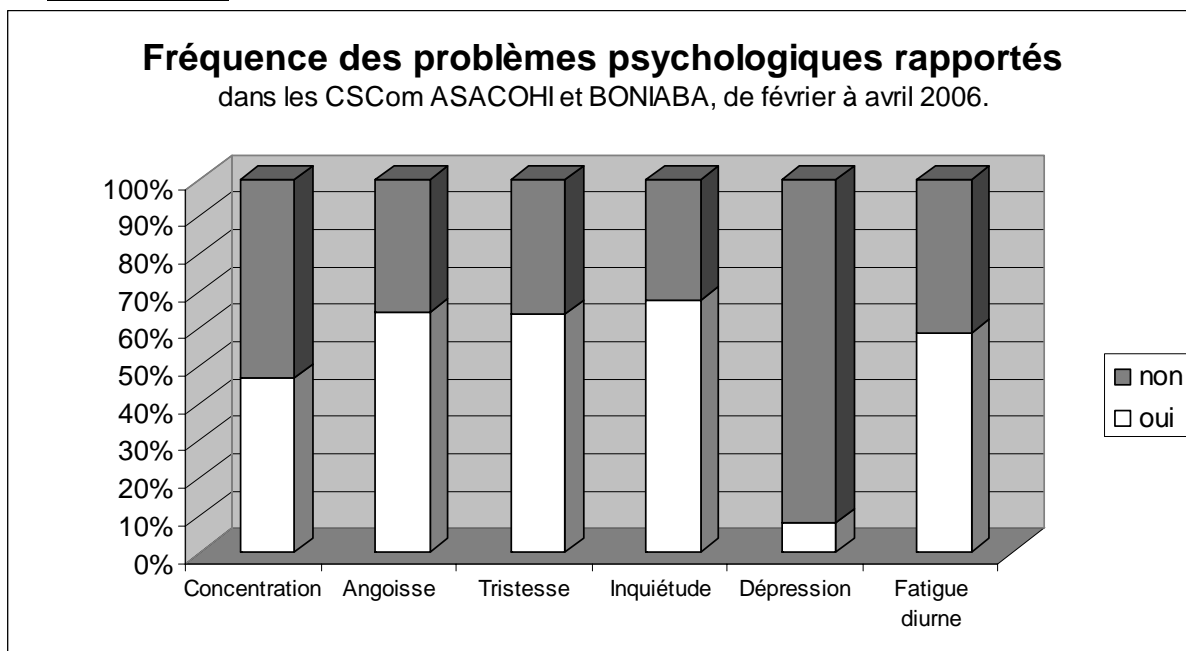
4.2.1 Problèmes psychologiques

Afin de pouvoir croiser les variables et analyser les déterminants des troubles psychologiques deux variables composites ont été créées :

La première variable : « **troubles psychologiques** », vérifie si l'enquêté présente au moins l'une des 5 plaintes suivantes : inquiétude, angoisse, dépression, et tristesse.

La seconde variable, « **troubles de mémoire** », vérifie si l'enquêté présente au moins l'une des 2 plaintes suivantes : trouble du sommeil et de la concentration.

Graphique 7.



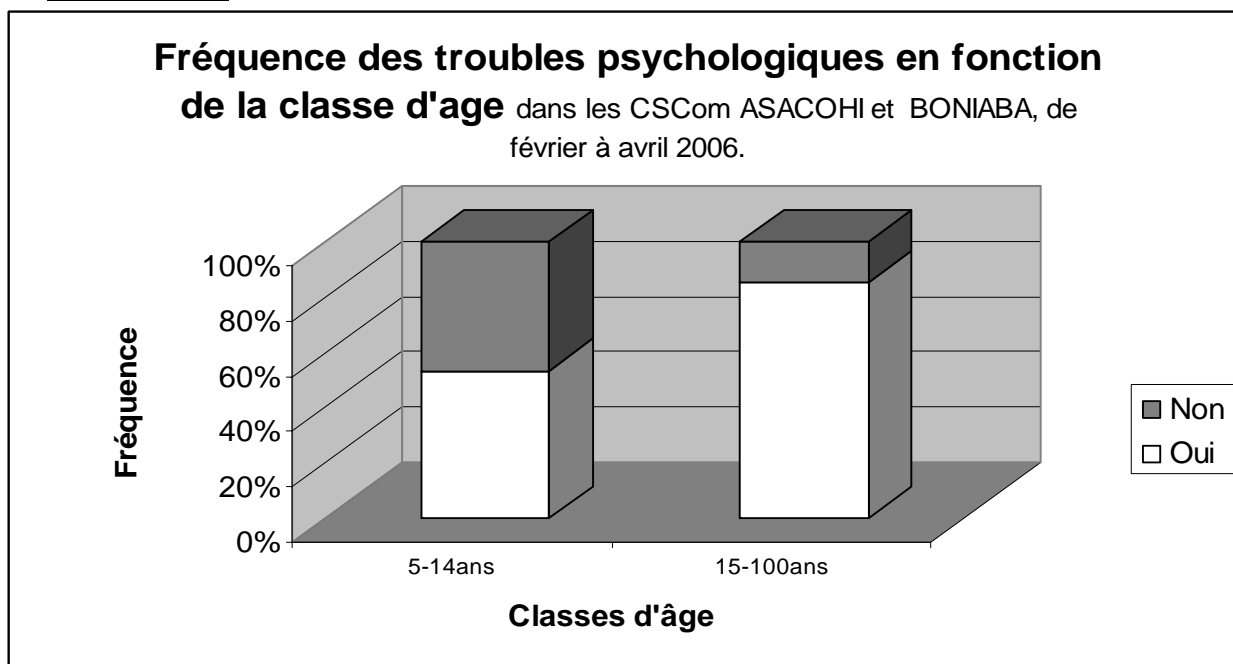
Sauf pour l'insuffisance de sommeil qui était adressé à tous les groupes d'âge, le questionnaire était administré seulement aux adolescents et aux adultes.

Parmi les adolescents il y a eu 8 manquants.

La plupart des enquêtés présentaient au moins un des troubles psychologiques à type d'angoisse, de tristesse ou d'inquiétude 63,9% à 67,7% et une proportion non négligeable de dépression mentale 8,2%.

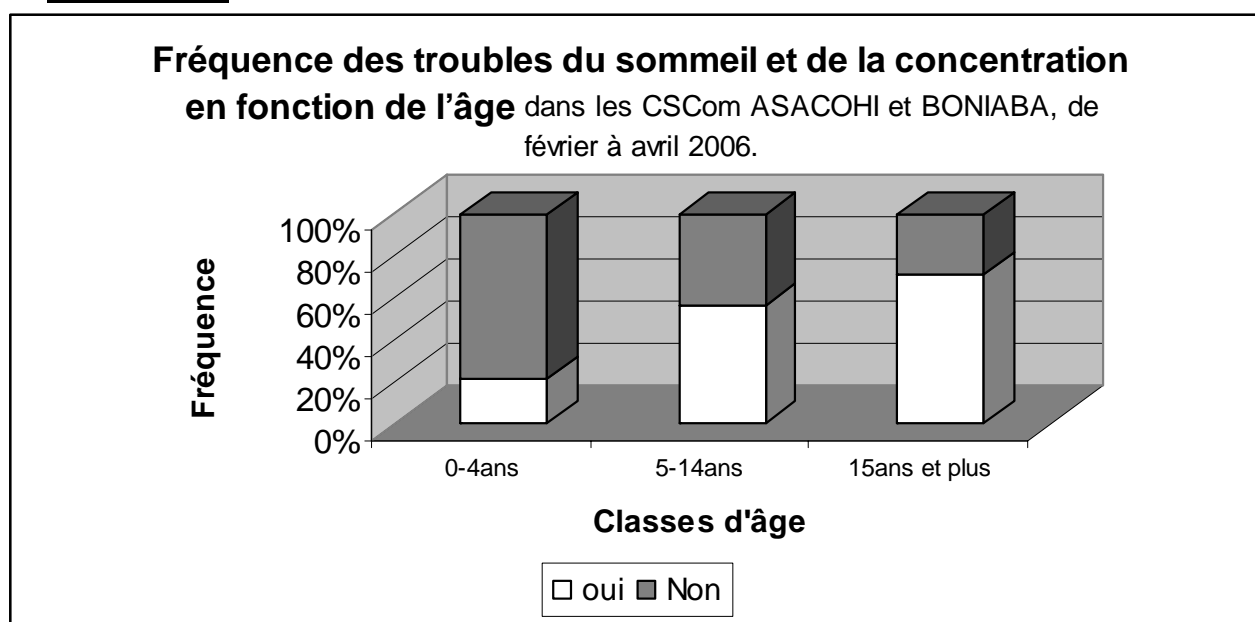
Quant aux troubles de mémoire, près de la moitié des patients présentent un problème de concentration ou de fatigue diurne 58,8% à 64,7%

Graphique 8.



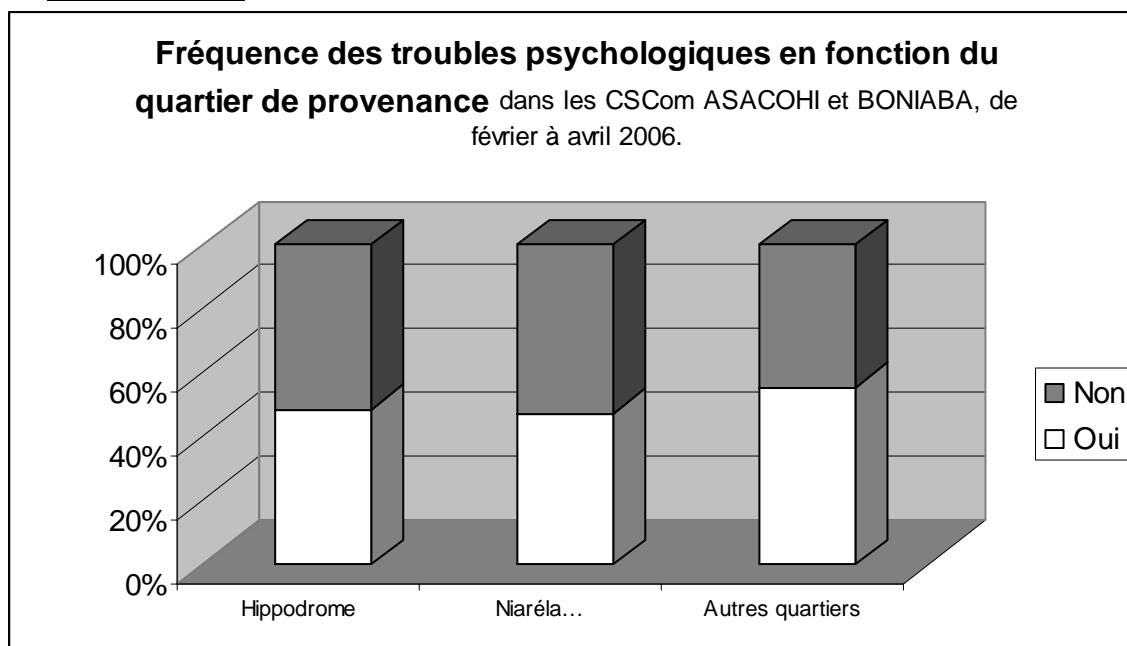
Les adultes sont les plus touchés par les troubles psychologiques que les adolescents dans 85,4%. $P < 5.10^{-3}$ $khi^2 = 27,065$.

Graphique 9.



Les plus âgés sont plus fréquemment touchés par les troubles de sommeil et de concentration que les enfants et les adolescents. $P < 5.10^{-3}$ $khi^2 = 80,410$

Graphique 10.

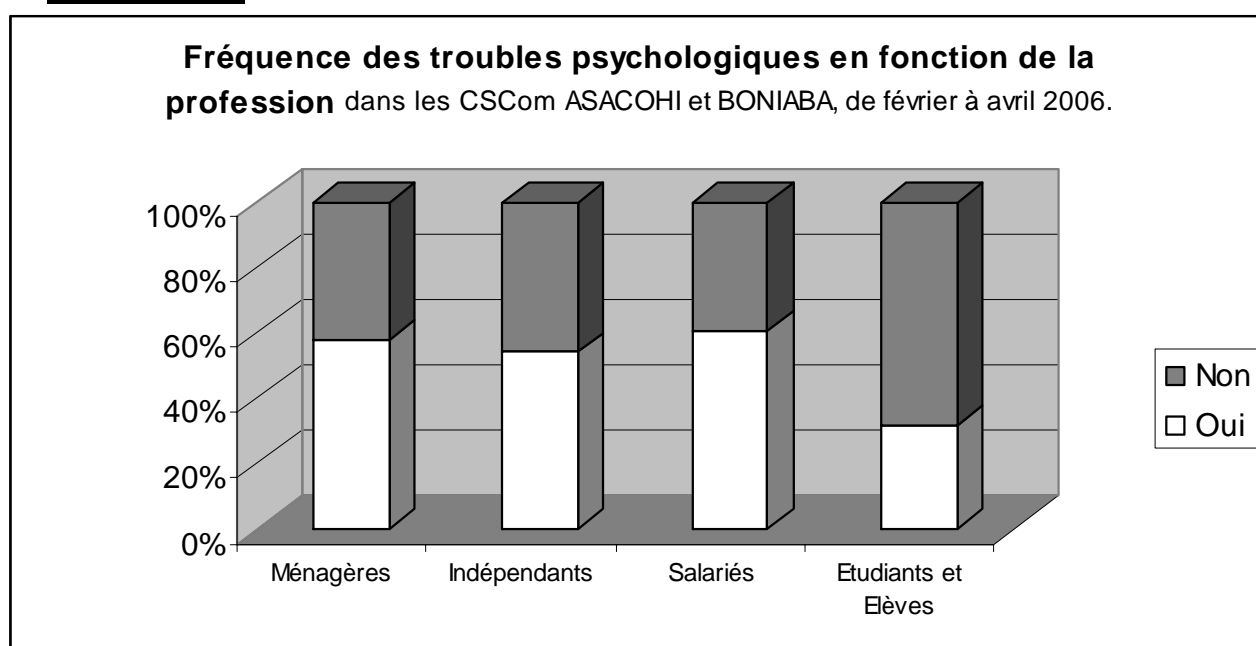


Les troubles psychologiques sont moins fréquents à l'Hippodrome que dans les autres quartiers. $P < 5.10^{-3}$ $khi^2 = 27,204$.

NB : Ni pour les troubles psychologiques, ni pour les troubles du sommeil, les différences d'ethnies ne sont statistiquement significatives.

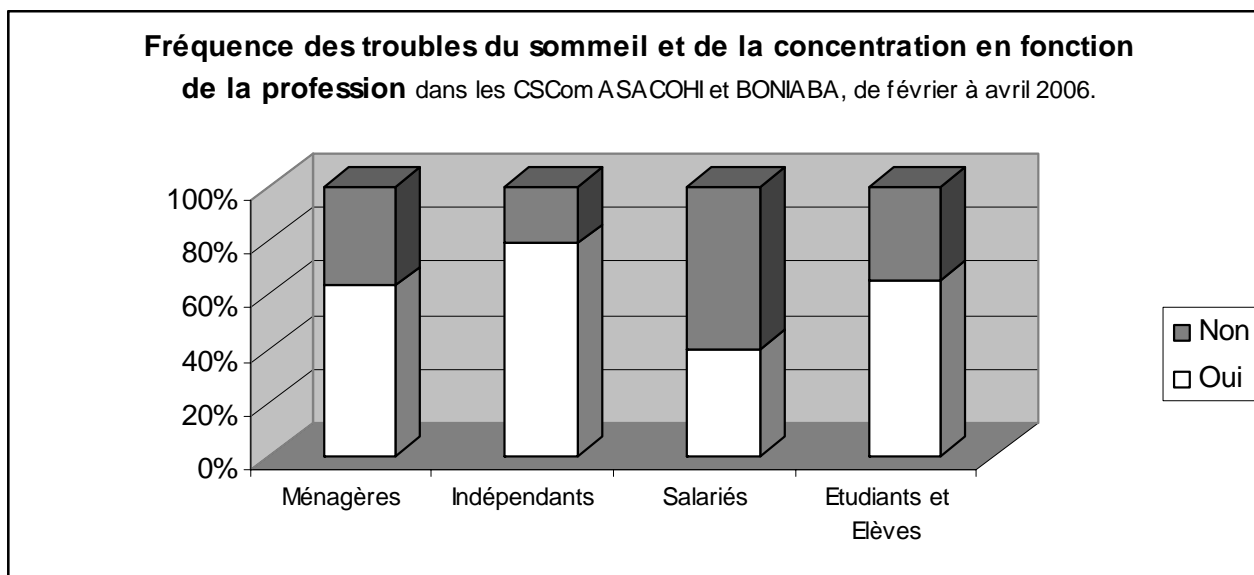
Pour les troubles du sommeil et de concentration en fonction de la profession, la différence n'est statistiquement pas significative.

Graphique 11.



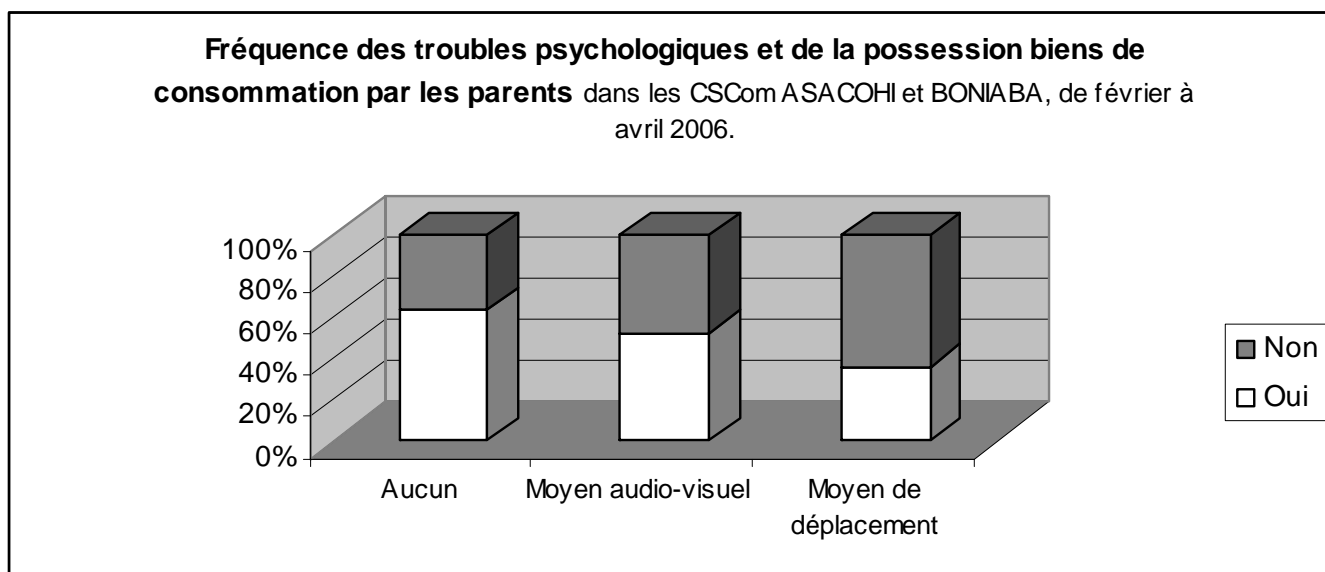
Les ménagères et les salariés sont les plus fréquemment touchés par les troubles psychologiques. $P < 5.10^{-3}$ $khi^2 = 15,547$.

Graphique 12.



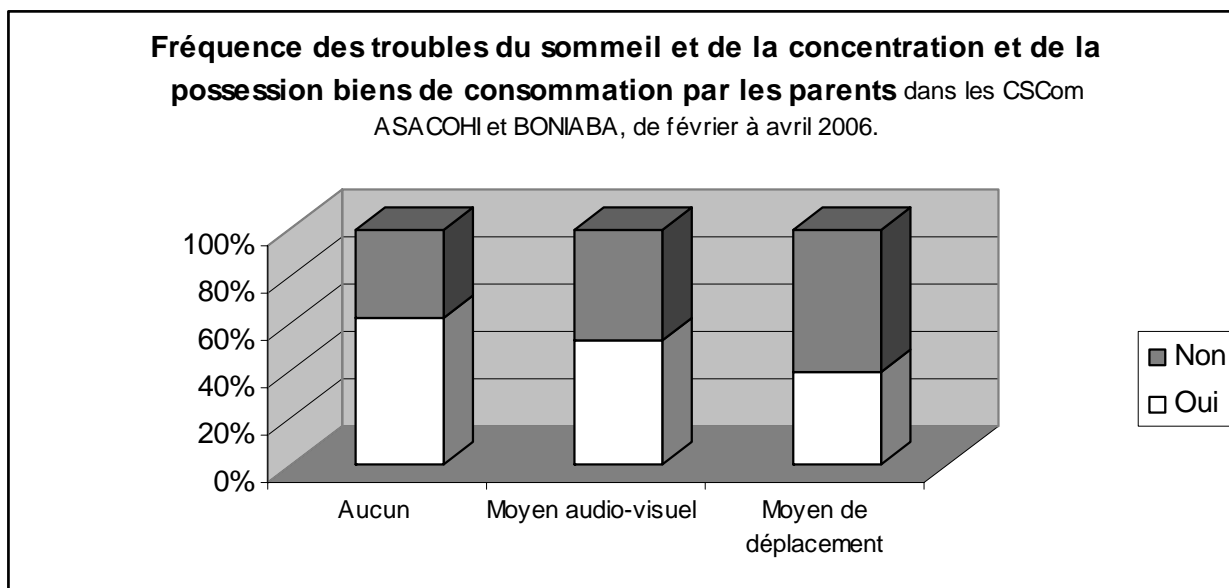
Les salariés sont de loin les plus fréquemment touchés par les troubles du sommeil et de concentration. $P < 5.10^{-3}$ $khi^2 = 43,145$.

Graphique 13.



On note moins de troubles psychologiques chez les enquêtés dont les parents possèdent un moyen de déplacement. $P < 5.10^{-3}$ $khi^2 = 10,405$

Graphique 14.



On note moins de troubles du sommeil et de concentration chez les enquêtés dont les parents possèdent un moyen de déplacement. $P < 5.10^{-3}$ $khi^2 = 15,161$

Tableau 12. Déterminants des troubles psychologiques

| Troubles psychologiques | Relation statistique | | Conclusion |
|-------------------------|----------------------|--------------|---|
| | Khi ² | P | |
| Age | 27,065 | $<5.10^{-3}$ | Relation statistique significative |
| Sexe | 0,356 | $>5.10^{-2}$ | Relation statistique non significative |
| Profession | 15,547 | $<5.10^{-3}$ | Relation statistique significative |
| Ethnie | 9 | $>5.10^{-2}$ | Relation statistique non significative |
| Résidence | 27,204 | $<5.10^{-3}$ | Relation statistique significative |
| Possession de biens | 10,405 | $<5.10^{-2}$ | Relation statistique significative |
| Conflits | 2,430 | $>5.10^{-2}$ | Relation statistique non significative |
| Problèmes génésiques | 3,230 | $>5.10^{-2}$ | Relation statistique non significative |

Tableau 13. Déterminants des troubles du sommeil et de concentration

| Troubles du sommeil et de concentration | Relation statistique | | Conclusion |
|---|----------------------|--------------|---|
| | Khi ² | P | |
| Age | 80,410 | $<5.10^{-3}$ | Relation statistique significative |
| Sexe | 0,144 | $>5.10^{-2}$ | Relation statistique non significative |
| Profession | 43,145 | $<5.10^{-3}$ | Relation statistique significative |
| Ethnie | 6,639 | $>5.10^{-2}$ | Relation statistique non significative |
| Résidence | 12,610 | $>5.10^{-2}$ | Relation statistique non significative |
| Possession de biens | 15,161 | $<5.10^{-3}$ | Relation statistique significative |
| Conflits | 0,223 | $>5.10^{-2}$ | Relation statistique non significative |
| Problèmes génésiques | 4,512 | $>5.10^{-2}$ | Relation statistique non significative |

Les différences selon le sexe, l'appartenance à une ethnie à un quartier, la scolarisation des parents se sont révélées statistiquement non significatives

4.2.2 Problèmes sociaux

Tableau 14. L'exode rural

L'exode rural est rare (3,8%) chez les enquêtés

Tableau 15. Consommation de drogues

Peu de patients enquêtés consomment les drogues (Stupéfiants [1], tabac [22], alcool [5])

Tableau 16. Autosuffisance alimentaire

Une grande proportion des patients (55,90%) estime d'avoir une alimentation suffisante.

Tableau 17. Conflits.

Les cas de conflits sont rarement rencontrés dans l'échantillon. Il s'agissait de 8 conflits familiaux, 2 conflits ethniques, 6 conflits communautaires, 12 conflits mixtes familiaux communautaires ethniques et 13 communautaires et soit familial ou soit ethnique.

Tableau 18. Répartition de la population étudiée en fonction de l'existence des problèmes sexuels dans les CSCom ASACOHI et BONIABA, de février à avril 2006.

| Problèmes sexuels | Effectif | Pourcentage | Pourcentage cumulé |
|-------------------|------------|-------------|--------------------|
| Oui | 70 | 29,20% | 29,20% |
| Non | 4 | 1,70% | 30,80% |
| manquant | 166 | 69,20% | 100% |
| Total | 240 | 100% | 100% |

Une grande proportion des patients (29,20%) présente une plainte sexuelle

Tableau 19. Répartition de la population étudiée en fonction du lieu d'accouchement dans les CSCom ASACOHI et BONIABA, de février à avril 2006.

| lieu d'accouchement | Effectif | Pourcentage |
|---------------------|------------|-------------|
| CSCom | 220 | 89,4% |
| Domicile | 26 | 10,6% |
| Total | 246 | 100% |

La grande majorité des accouchements (89,4%) se sont déroulés dans un CSCom

Tableau 20. Répartition de la population étudiée en fonction de l'existence des cas d'avortement dans les CSCom ASACOHI et BONIABA, de février à avril 2006.

| Avortement | Fréquence | Pourcentage |
|--------------|------------|-------------|
| Oui | 25 | 14,30% |
| Non | 124 | 70,90% |
| manquant | 26 | 14,90% |
| Total | 175 | 100% |

Une femme sur 7 a déclaré d'avoir été victime d'un avortement

Répartition des enquêtés selon l'existence de cas ménopause

Près d'une femme adulte sur 5 mentionne d'être ménopausée

4.2.3 Problèmes culturels

Tableau 21. Répartition de la population étudiée selon le type d'allaitement et sevrage pratiqué dans les CSCom ASACOHI et BONIABA, de février à avril 2006.

| Type d'allaitement et de sevrage | Oui | Non | Manquant | Total |
|---|------------|------------|------------|-------|
| Allaitement maternel exclusif bien fait | 26(22,20%) | 71(60,70%) | 20(17,10%) | 117 |
| Allaitement complémentaire bien fait | 58(49,60%) | 17(14,50%) | 42(35,90%) | 117 |
| Sevrage bien fait | 35(29,90%) | 12(10,30%) | 70(59,80%) | 117 |

L'allaitement maternel exclusif avait été le plus faiblement pratiqué (22,20%)

Circoncision traditionnelle.

La pratique de la circoncision traditionnelle a été très rarement observée dans l'étude : 2,4% (2/83)

Tableau 22. Répartition de la population étudiée selon les cas de pratique de l'excision dans les CSCom ASACOHI et BONIABA, de février à avril 2006.

| Pratique de l'excision | Effectif | Pourcentage |
|------------------------|-----------|-------------|
| Oui | 31 | 50,80% |
| Non | 25 | 41% |
| manquant | 5 | 8,20% |
| Total | 61 | 100% |

La moitié des filles ont subi la pratique de l'excision.

L'ethnie, la scolarisation des parents, la possession de biens de consommation et la profession des parents.

Les différences selon l'appartenance à une ethnie, la scolarisation des parents, la possession de biens de consommation et la profession des parents se sont révélées statistiquement non significatives.

4.3 Variables dépendantes

Tableau 23. Répartition par variables dépendantes de la population étudiée dans les CSCom ASACOH et BONIABA, de février à avril 2006.

| Variables dépendantes | Réponses | Effectif | Pourcentage |
|--|-----------------|-----------------|--------------------|
| Perception de la prise en charge des aspects psychosociaux | Oui | 0 | 0% |
| | Non | 415 | 100% |
| Utilité de la prise en charge des aspects psychosociaux | Oui | 414 | 99,8% |
| | Non | 1 | 0,2% |
| Attente de la prise en charge des aspects psychosociaux | Oui | 408 | 98,30% |
| | Non | 7 | 1,7% |

Tous les patients ou interprètes (pour les enfants et malades incapables de parler) nous ont répondu de n'avoir pas eu l'impression de leur prise en charge psychosociale.

Vu que presque l'ensemble des enquêtés ont répondu affirmativement, il est difficile, et peu utile de faire une analyse croisée de la variable dépendante avec les variables indépendantes telles que l'âge, le sexe, la profession, le quartier de provenance ou la classe économique.

Un seul patient nous a répondu qu'il ne voit aucun intérêt, quant à la prise en charge psychosociale par le CSCom.

Comme pour l'impression concernant la prise en charge psychosociale, presque l'ensemble des enquêtés ont répondu affirmativement. Il est alors également difficile, et peu utile de faire une analyse croisée de la variable dépendante avec les variables indépendantes telles que l'âge, le sexe, la profession, le quartier de provenance ou la classe économique.

Seulement sept consultants n'ont pas d'espoir concernant la prise en charge de leurs problèmes psychosociaux par le CSCom.

Ici aussi, l'ensemble des enquêtés ont répondu affirmativement, il est donc également difficile, et peu utile de faire une analyse croisée de la variable dépendante avec les variables indépendantes telles que l'âge, le sexe, la profession, le quartier de provenance ou la classe économique.

4.4 L'ordre de recours aux soins

Tableau 24. Répartition de la population étudiée en fonction de l'ordre de recours aux soins dans le CSCom BONIABA, de février à avril 2006.

| Ordre de recours aux soins | Guérisseur traditionnel ou Marabout | Automédication | Cabinet ou pharmacie privé | Autre CSCom | Hôpital | Total |
|-----------------------------------|--|-----------------------|-----------------------------------|--------------------|----------------|--------------|
| En premier lieu | 54 (33,33%) | 87 (53,70%) | 3 (1,85%) | 16 (9,88%) | 2 (1,23%) | 162 (100%) |
| En deuxième lieu | 6 (8,45%) | 42 (59,15%) | 2 (2,82%) | 8 (11,27%) | 1 (1,41%) | 71 (100%) |
| En troisième lieu | 2 (7,69%) | 8 (30,77%) | 3 (11,54%) | 9 (34,62%) | 1 (3,84%) | 26 (100%) |

Seulement pour 38 sur 200 enquêtés, il s'agit du premier recours aux soins, pour les 162 autres, l'automédication s'impose en tant que recours de première et deuxième intentions respectivement dans 53,70% et 59,15%.

Tableau 25. Répartition de la population étudiée en fonction du motif de consultation dans le CSCom BONIABA, de février à avril 2006.

| Motif de consultation | Réponses | Effectif | Pourcentage |
|-------------------------------|-----------------|-----------------|--------------------|
| Plainte physiologique | Oui | 150 | 75% |
| | Non | 50 | 25% |
| Problème psychologique | Oui | 36 | 18% |
| | Non | 164 | 82% |
| Problème social | Oui | 16 | 8% |
| | Non | 184 | 92% |
| Problème culturel | Oui | 12 | 6% |
| | Non | 188 | 94% |
| Problème économique | Oui | 2 | 1% |
| | Non | 198 | 99% |
| Autre problème | Oui | 0 | 0% |
| | Non | 200 | 100% |

Dans notre étude nous avons constaté que **75%** des consultants viennent au CSCCom pour une plainte physiologique. $P < 5.10^{-3}$ $kh^2 = 21,314$

Tableau 26. Répartition par motif de consultation de la population étudiée dans le CSCCom BONIABA, de février à avril 2006.

| Autre Motif de consultation | Réponses | Effectif | Pourcentage |
|------------------------------|----------|----------|-------------|
| Pas d'amélioration | Oui | 198 | 99% |
| | Non | 2 | 1% |
| Aggravation | Oui | 97 | 48,50% |
| | Non | 103 | 51,50% |
| Etre conseillé par quelqu'un | Oui | 106 | 53% |
| | Non | 94 | 47% |
| Référé | Oui | 1 | 0,50% |
| | Non | 199 | 99,50% |
| Autres raisons | Oui | 0 | 0% |
| | Non | 200 | 100,00% |

Dans notre étude nous avons constaté que **99%** des consultants viennent au CSCCom par ce qu'il n'y a pas eu d'amélioration de leur problème. $P < 5.10^{-3}$ $kh^2 = 27,450$

Tableau 27. Répartition de la population étudiée en fonction des plaintes physiologiques et de malaise général dans le CSCCom BONIABA, de février à avril 2006.

| Plainte physiologique / Malaise Général | Oui | Non | Effectif |
|---|-----------------|----------------|------------|
| | Oui | 13(26%) | 37(74%) |
| Non | 137(91%) | 13(9%) | 50 |
| TOTAL | 150(75%) | 50(25%) | 200 |

Dans notre étude nous avons constaté que la plupart des patients ont déclaré des plaintes physiologiques sans malaise général. $P < 5.10^{-3}$ $khi^2 = 81,920$.

4.5 Synthèse générale des résultats du focus groupe :

Au terme de ce travail, nous constatons que les réponses à chacune des questions par les différents intervenants étaient complémentaires. Il apparaît donc que les intervenants ont un même niveau d'information sur ces différentes questions posées.

Pour les participants la fréquence de consultation des jeunes et des enfants (moins de 15ans) s'expliquerait par le fait que les enfants constituent une couche vulnérable de la population et ils seront donc plus exposés aux maladies.

Pour les participants le fait que 3/4 des adultes consultés sont des femmes s'expliquerait par le fait que la femme est très fragile, et aussi par ce que la maladie féminine est plus fréquente.

Du fait que les adultes présentent plus de troubles psychologiques (angoisse, tristesse, inquiétude, dépression, problème de souvenir et de concentration) et de troubles de sommeil (sommeil insuffisant, fatigue diurne) que les jeunes et les enfants, s'expliquerait, par le fait que les adultes ont plus d'occupations dans les services ou dans les familles avec les difficultés socioéconomiques (risque accru d'événements pénibles pendant la vie ou toute autre discrimination sociale cachée ou manifeste), qui seraient responsables des troubles psychologiques.

Le fait de la grande fréquence de ménagères à la consultation s'expliquerait par le fait que le CSCCom est moins cher et plus proche cela les incite à fréquenter ces centres.

La grande fréquence des usagers dont les parents ont un niveau économique faible (pas de véhicule ni moto = 62,1%) au niveau du CSCCom, s'expliquerait par le fait que les gens qui fréquentent le CSCCom sont trop pauvres pour aller chez les privés.

Le fait que la majorité des consultants ont les parents non scolarisés ou un niveau de scolarisation limité au niveau fondamental 1 ou un niveau d'étude supérieur inachevée, s'expliquerait par le fait que, les parents des enquêtés des CSCCom n'avaient pas compris l'intérêt que pouvait apporter la scolarisation de leurs enfants. Certains parents étaient confrontés aux problèmes de dépenses des cours de classe mais y avait surtout une méconnaissance des parents sur les avantages de la scolarisation des enfants.

Le fait que les ménagères et les salariés soient les plus touchés par les troubles psychologiques, par les difficultés socio-économiques liées au manque ou au bas salaires.

Les salariés sont plus confrontés au trouble du sommeil et de concentration serait dû à des soucis du travail et du manque à gagner.

Les enquêtés dont les parents possèdent un moyen de déplacement vivent moins les troubles psychologiques et des troubles du sommeil et de concentration. Cette situation s'expliquerait par une situation économique moyennement favorable.

Le fait qu'une femme sur sept (1/7) semble avoir fait un avortement, s'expliquerait par le fait qu'il y a un problème d'éducation des gens et la négligence des grossesses, ce qui peut contribuer à des avortements spontanés. Certaines femmes avec la méconnaissance des risques de la grossesse et de l'avortement n'effectuent pas les CPN, par méconnaissance du danger des écoulements vaginaux, des infections génitales et même d'autres maladies comme l'hypertension artérielle ou le diabète sur grossesse, négligent le traitement de ces pathologies qui peuvent occasionner des avortements spontanés. Il y a donc un manque de suivi médical de la grossesse.

En ce qui concerne l'avortement provoqué, une femme qui n'aime pas son mari ou qui fait une grossesse non désirée va aller faire un avortement

Le constat d'un allaitement maternel exclusif moins bien fait par les mamans (de mauvaise qualité), pourrait s'expliquer par ce qu'il n'y a pas suffisamment d'informations sur l'allaitement exclusif fournies après l'accouchement dans les structures de santé. Mais souvent les mères imitent leurs sœurs qui ont déjà eu des enfants pour suivre l'allaitement artificiel assez tôt qui semble être plus aisé si non c'est des mères, négligentes ou parfois trop occupées.

Le fait que tous les usagers disent que les problèmes psychosociaux n'ont pas été abordés lors de la consultation, pourrait s'expliquer par une insuffisance de temps de consultation, une insuffisance de personnel qualifié ou une méconnaissance que ces problèmes peuvent être liés à la maladie ; même s'ils ne sont pas signalés par le malade.

Le fait que pratiquement tous les usagers estiment que ça serait utile et avec un espoir de rechercher les problèmes psychosociaux lors de la consultation, pourrait s'expliquer par, si déjà on a mené une enquête sur ces problèmes, les solutions seront les biens venues.

Le fait que 79% des patients affirment avoir un problème psychologique et que pourtant 100% expriment plutôt un malaise physiologique au niveau de la consultation, pourrait s'expliquer par l'ignorance de l'intérêt de rechercher ou d'exprimer ces problèmes psychosociaux lors de la consultation afin d'en faire une relation avec une plainte physiologique.

Le fait que les gens ont fait recours en premier lieu à l'automédication (53,70%) et le guérisseur traditionnel ou le marabout (33,33%) s'expliquerait par l'absence de sensibilisation suffisante ou l'habitude socioculturelle.

Le fait que la moitié (50,6% de cas) des gens est venue sur conseil de quelqu'un d'autre, pourrait s'expliquer par le fait qu'ils ont été voir un guérisseur ou quelqu'un de côté, qui n'ayant pas pu résoudre leur problème, leur conseilla d'aller consulter dans une autre structure médicalisée.

Les propositions des solutions pour permettre une prise en charge des problèmes psychosociaux des usagers au niveau des CSCom, pourraient se résumer à :

- offrir de bons médecins dans les CSCom
- faciliter encore l'accessibilité des soins de qualité par la diminution des prix de médicaments et la formation suffisante de leurs médecins
- la sensibilisation de la population sur les risques des maladies et même en faisant passer du personnel sanitaire dans les familles.

V. DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES :

Cette étude menée dans les CSCom ASACOHl à l'Hippodrome et BONIABA à Niaréla en commune II du District de Bamako de février à mars 2006 a permis d'apprécier la perception des patients sur la prise en charge psychosociale, son utilité et l'espoir associé à cette prise en charge psychosociale. L'étude a en outre déterminé les risques de la maladie selon les caractéristiques socio démographiques, psychologiques, culturelles et économiques de la population enquêtée ; l'importance des problèmes psychologiques et prise en charge. Les opinions des responsables et des usagers des CSCom ont été recueillies par un focus groupe. Des recommandations applicables pour l'amélioration de la qualité des soins ont été formulées.

La méthodologie que nous avons utilisée et qui était basée sur un interrogatoire des patients à la sortie de la consultation du médecin et sur un focus groupe avec les responsables et des usagers (au nombre de trois) de chaque CSCom, est couramment employée en santé publique.

Une étude similaire a été réalisée à Kadiolo (au Mali) en septembre 2002 portant sur la globalité des soins et l'existence des problèmes psychosociaux chez les malades n'ayant pas été suffisamment prises en compte par les infirmiers. D'autres études ont été menées en République Démocratique du Congo en décembre 2003 sur les risques et la vulnérabilité des congolais avec des résultats voisins des problèmes psychosociaux pendant la guerre. Dans le plan d'action en santé publique du Canada (de 2003 - 2006), les forts taux de montréalais en situation psychosociale difficile sont signalés (16). Une étude sur les soins de santé primaire en Zambie a mis en exergue les problèmes obstétricaux chez 33% des femmes ayant un antécédent d'avortement à Luampungu.

Notre étude n'a cependant pas pu être réalisée selon le modèle ouvert descriptif, subjectif plus difficilement reproductible. La description du degré des problèmes n'avait pas été envisagée au départ et pourrait faire l'objet de travaux ultérieurs. L'analyse des différents tableaux suscite certains commentaires et discussions.

5.1 Risque de la maladie

5.1.1 Caractéristiques sociodémographiques de la population :

5.1.1.1 Caractéristiques de l'âge et du sexe de la population enquêtée

Notre étude a révélé que les adultes [15ans et plus] représentaient **58,2%** (241/415) suivis des tous petits (0-4ans) avec **28,2%**. L'échantillon enquêté ne

se distingue pas de la population générale de Bamako (7) qui compterait **58,6%** d'adultes dont **3,4%** de plus de 60 ans et 17% d'enfants de 0-4ans selon le recensement général de la population et de l'habitat (Avril 1998).

Ce résultat nous paraît encourageant quand on sait que ces deux tranches d'âge constituent des couches vulnérables de la population et que la demande des soins est fréquente pendant cette période de la vie. Il faudrait cependant renforcer les capacités des CSCom à assurer une meilleure prise en charge.

Le sexe ratio de notre échantillon est de **1,77 (63,9/36,1)** avec une prédominance du sexe féminin. Parmi les enquêtés adultes, 2/3 (**66,2%**) sont de sexe féminin, avec une différence statistique significative. $P < 5.10^{-3}$ $Kh^2 = 20,042$. Ce résultat est légèrement supérieur à celui de **Mlle Roseline Djousop Dondgmo (11)** qui avait trouvé 50,28% des femmes au cours de la consultation à l'ASACOH. Ce résultat s'expliquerait par la fréquence des problèmes obstétricaux contrastant avec une faiblesse de la couverture sanitaire de certaines activités comme la CPN (40 %), PF (19,2%), visite postnatale (16%) (2). Ainsi dans l'EDSM-III 2001 nous avons constaté 582 décès pour 100 000 naissances vivantes et à celui du rapport mondial de la santé en 2000 (8).

Ces résultats pourraient éclairer le praticien sur la vulnérabilité de la femme, et être pris en compte dans les perspectives de lutte contre la mortalité maternelle. Il faut donc sensibiliser le personnel médical pour réserver un accueil suffisant et le strict respect des valeurs socioculturelles des patientes, pour inciter ces femmes à consulter le CSCom.

Les enfants de [0 à 4ans] sont les plus représentés dans notre échantillon avec 28,2%. Cette proportion est supérieure celle observées par le recensement général de la population (Avril 1998) qui avait enregistré 17% de la population de Bamako de moins de 5ans. En effet la vulnérabilité des enfants à cet âge est liée à la fréquence des affections meurtrières comme les maladies diarrhéiques, le paludisme, les infections respiratoires, les affections cutanées et la malnutrition. Selon le rapport provisoire de l'EDSM III, (novembre 2001) (15) « un enfant est surtout, un être particulièrement fragile ; son immunité naturelle n'est pas encore bien établie et il se défend mal contre les infections » (11). Ainsi nous remarquons un fort taux de mortalité infanto-juvenile dans l'EDS et dans **le rapport mondial de la santé 2000** avec un sexe ratio de (90/84) en faveur du sexe féminin. Sachant bien que ces enfants soient aussi exposés aux accidents domestiques car ils ne comprennent pas encore les dangers.

Il faut cependant agir efficacement sur les aspects environnementaux de l'enfant par leur bonne surveillance et des campagnes de sensibilisations des parents sur la protection des enfants contre un environnement insalubre.

5.1.1.2 Caractéristiques du quartier de provenance, de l'ethnie, la profession et l'état civil de la population enquêtée

Notre étude a révélé que les patients résidents dans les quartiers de l'hippodrome et Niaréla semblent être les plus représentés dans l'échantillon respectivement dans **33,7%** et **15,2%**. Cette situation pourrait s'expliquer par la proximité ou l'accessibilité plus facile aux CSCoM par ces populations enquêtées. C'est-à-dire que les gens consultent plus fréquemment le CSCoM qui leur est plus proche. Ce résultat est encourageant et donc doit être renforcé pour atteindre les objectifs de création des CSCoM dans l'approche communautaire de santé (la population devrait consulter à la structure la plus proche en cas de besoin) « **Richard 2005** ».

Dans notre étude l'ethnie Bambara était la plus représentée avec **25,5%** contre **21,9%** pour les Soninké.

Il y a une grande variabilité dans la distribution de la population d'étude en fonction de la résidence et de l'ethnie. La différence statistique est significative $P < 5 \cdot 10^{-3}$ $Kh^2 = 131,637$. Le praticien devrait tenir compte des particularités ethniques et culturelles des patients qui pourraient influencer la signification et l'expression des symptômes. Ce qui ne dispense pas de tenir compte des facteurs personnels.

D'autre part le quartier Hippodrome est pour la plupart habité par les gens qui ont plus de moyens et surtout les Soninkés dont les parents vivent en immigration un peu partout dans le monde et qui posséderaient plus de moyens économiques, contrairement au reste de la population autochtone des quartiers Niaréla, Bozola, Bagadadji et N'Goloina.

D'une façon générale ces ethnies résideraient ensemble dans un même quartier par des liens socioculturels comparables. Le personnel médical devrait tenir compte des habitudes socioculturelles du patient pour mieux comprendre la signification des terminologies des symptômes pour poser le bon diagnostic clinique.

Dans notre étude la profession non salariée chez les enquêtés était la plus représentée (**78,4%**) et en majorité des ménagères. Un résultat supérieur à celui de l'enquête intercensitaire en 1985 où **50,7%** des femmes avaient été déclarées ménagères. Ce résultat s'expliquerait par la prédominance des ménagères dans les foyers (**50,7%** selon l'enquête intercensitaire 1985) (**15**) et l'accessibilité plus facile aux soins dans les CSCoM de cette population le plus souvent victimes de la pauvreté et du chômage (1 femme sur 3 se trouve en chômage) (**15**). Seulement **2,3%** de femmes sont salariées (**PRPIP 2004-2008**) **District de Bamako**.

Les salariés viennent consultés au CSOCM dans seulement **21,6 %** de cas, parce qu'ils seraient non seulement minoritaires dans la population (**21%**) (**15**) et

que ce groupe professionnel fréquenterait d'autres structures sanitaires différentes du CSCoM et où la qualité des soins leur semblerait meilleure. Des efforts de sensibilisation doivent être menés auprès des populations pour qu'elles viennent consulter au CSCoM de son aire de santé mais en amélioration aussi ces structures sanitaires d'accueil.

La répartition de la profession selon le quartier ne se fait pas de même façon. Il y avait plus de représentation des classes professionnelles à l'Hippodrome que dans les autres quartiers. $P < 5.10^{-3}$ $Kh^2 = 54,452$. Ce résultat pourrait s'expliquer par un niveau économique plus élevé à l'hippodrome qui pourrait beaucoup influencer sur l'état de santé de la population.

Ce domaine pourrait éclairer le praticien sur les notions de contagion et des maladies professionnelles. Il faut donc fournir plus d'information aux patients résidant dans les quartiers où les conditions socioéconomiques sont défavorables pour la prévention des risques de maladie.

Par rapport à l'état civil des consultants enquêtés, il y a une prédominance de la proportion de monogames (46,90%). Ce résultat est inférieur à celui de l'EDS MIII 2001 (66%).

La recherche de l'existence d'un ou des partenaire(s) sexuel(s) éviterait les complications des pathologies génitales et limiterait les cas des récurrences et des contaminations dues aux IST. Il faut toujours sensibiliser le couple à faire un traitement du conjoint pour empêcher d'éventuelles contaminations.

5.1.2 Caractéristiques familiales et économiques de la population

5.1.2.1 Niveau de scolarisation des parents de la population enquêtée

Dans notre étude, il y avait une forte proportion de patients dont les pères (46,70%) et les mères (66%) n'avaient pas été scolarisés et une faible proportion des pères (7%) et les mères (1,9%) qui n'avaient pas achevé le niveau d'étude supérieure. Quant aux taux d'alphabétisation, il était de 22,9% pour les femmes et 32,3% pour les hommes en milieu urbain contre respectivement 5% et 11% en milieu rural (14).

Ces résultats ne sont pas satisfaisants quand on sait que le faible niveau de scolarisation ou d'instruction des parents entraînerait un manque d'information sur l'état sanitaire et nutritionnel des enfants et l'ignorance de la maladie. Une situation constituant ainsi les principales causes du mauvais état de santé et de bien être de la mère et de l'enfant.

Le problème d'accès à l'éducation est connu au Mali. Il y a une insuffisance des structures de formation adéquates et d'enseignants qualifiés, la population est éloignée des écoles (15) ; la pauvreté des parents ne permet pas toujours de soutenir les enfants par rapport aux dépenses scolaires ; le désespoir des parents avec l'existence d'une proportion élevée de taux de chômage (**11%**) et de sous

emploi (23%) (15) est grand. Des gros efforts doivent continuer à être menés pour la scolarisation de la population cible afin d'améliorer l'état de santé de la population. Ainsi la faible scolarisation des parents et surtout des mères constitue un facteur de risque pour la santé de l'enfant et du nourrisson (16% des cas en 1996-98 selon la direction de santé publique de Montréal). Le médecin traitant devrait toujours informer, éduquer et communiquer avec ces patients qui n'ont pas, peut-être, bénéficiés des avantages de la scolarisation des parents sur leur santé.

5.1.2.2 Situation parentale de la population enquêtée

Nous avons remarqué que 38/174 (22%) enfants et adolescents ne vivent pas avec leurs parents. Cette situation demeure préoccupante car ce facteur est fréquemment lié l'abandon ou le retard dans l'éducation des enfants. Ce résultat pourrait éclairer le praticien sur les risques que peut en courir l'enfant en situation défavorable. Elle aurait un effet négatif sur la santé et sur l'éducation de l'enfant.

Ce résultat est comparable à celui de **la direction de santé publique de Montréal** qui trouve que, un enfant sur cinq vit dans une famille monoparentale (16) ce qui pourrait entraîner un manque de protection ou d'éducation de l'enfant qui va éprouver des difficultés importantes ou vivre des situations de mauvais traitement. Il faut donc sensibiliser les parents pour la protection et la surveillance de ces enfants en situation défavorable et au personnel sanitaire d'allouer des fonds pour leur prise en charge médicale pour une meilleure intégration sociale.

5.1.2.3 Caractéristiques économiques des parents de la population enquêtée :

Les enquêtés ayant fréquenté le CSCom et dont les parents ne possèdent aucun bien de consommation sont plus nombreux chez les adultes (35,9%), de sexe masculin (33,3%). Ce résultat est comparable à celui de Cissé en 2004 qui avait trouvé que plus de 20% des ménages pauvres fréquentaient le CSCom contre 15% des riches à Bamako.

Nous avons aussi constaté que dans cette étude, un peu plus du tiers (1/3) des ménages possède un moyen de locomotion motorisé, un peu plus de la moitié de ceux qui ne possèdent pas de moyen de locomotion motorisé, ont un moyen audio-visuel.

Il y a une grande variabilité dans la distribution de la population enquêtée en fonction de l'âge, du sexe et de la profession :

-62,1% des parents des adolescents enquêtés possèdent un moyen de déplacement motorisé. $P < 5.10^{-3}$ $\text{Khi}^2 = 75,662$

-40% des parents des enquêtés de sexe masculin possèdent un moyen de déplacement motorisé. $P < 5.10^{-3}$ $Khi^2 = 8,343$

-60,26% des parents des élèves et étudiants enquêtés possèdent un moyen de déplacement motorisé. $P < 5.10^{-3}$ $Khi^2 = 74,289$

Dans tous les cas, les parents des enquêtés possédaient plus de moyen de déplacement motorisé comme bien de consommation plus que les autres biens. Ces résultats seraient en relation avec la prolifération des engins à deux roues (moto) à Bamako. Ce qui devrait beaucoup préoccuper le personnel médical qui reçoit beaucoup de cas d'accidents de la voie publique. Il faudrait alors organiser des causeries débat dans les CSCom pour sensibiliser la population sur les risques liés à ces engins.

5.1.2.4 Fréquentation des CSCom par la population

Dans tous les cas les parents des enquêtés de l'ASACOHI possèdent plus de biens de consommation que ceux de BONIABA, avec une différence statistique significative. $P < 5.10^{-3}$ $Khi^2 = 4,549$.

Cette situation pourrait s'expliquer par une libéralisation du secteur sanitaire jouant un rôle positif dans la décongestion du système de santé de la capitale. La construction de CSCom dans chaque quartier avec une fréquentation massive des populations bénéficiaires serait un grand atout pour avoir des soins efficaces de proximité. Elle est encourageante du fait que, c'était les ménages les plus pauvres qui avaient plus recours aux CSCom que les ménages plus favorisés et que le coût supposé des ordonnances constituait une barrière à l'accès aux soins modernes des plus pauvres. Les revenus jouaient un rôle en intervenant sur la décision de recours au type de soins. Ainsi les riches utilisent plutôt les services de santé spécialisés privés à but lucratif et les pauvres pour les structures de soins non médicalisés ou moyennement chers.

Ce résultat est analogue à celui recueilli dans la même logique par **Mariko en 2003 (source DNDS)**.

Il faudrait donc continuer à mobiliser la population à venir fréquenter le CSCom d'adhésion en déployant des efforts pour la qualité des soins.

5.1.3 Problèmes psychologiques de la population enquêtée

5.1.3.1 Fréquence des problèmes psychologiques

L'étude a révélé que la plupart des enquêtés présentaient au moins un trouble psychologique à type de tristesse, d'inquiétude, ou d'angoisse dans **63,9% à 67,7%** des cas et une proportion non négligeable de dépression mentale (8,2%).

La plus part des enquêtés présentaient au moins une des situations de troubles de mémoire (sommeil et concentration) dans 46,7% et fatigue diurne dans **58,8%**.

Ces résultats sont comparables au rapport de recherche sur la globalité des soins dans le cercle de Kadiolo (Mali) en septembre 2002 menée par **Dr Temé** avec l'appui de l'OMS qui avait enregistré l'existence des souffrances psychologiques et socioéconomiques chez un malade sur cinq (**21**).

Cette situation s'expliquerait par la fréquence des problèmes socioéconomiques difficiles qui pourraient avoir de la répercussion sur la santé dans sa globalité :

- la marginalisation, l'injustice ou l'exclusion sociale
- la pauvreté ou l'insuffisance des opportunités d'emplois
- la consommation des drogues
- les maladies chroniques telles l'infection VIH/Sida, le diabète, l'hypertension artérielle.
- l'insuffisance des revenus
- les aléas de la croissance économique
- le chômage et les mouvements migratoires

Ces situations pourraient être à l'origine de l'apparition de pathologies, de l'aggravation de problèmes de santé et de l'empêchement des recours à des soins efficaces.

Préparer le médecin à prendre en compte ces problèmes et l'armer à les solutionner serait un atout favorable pour la santé.

Il s'avère donc nécessaire de favoriser la prise en charge des aspects médicosociaux des problèmes en travaillant avec les professionnels compétents.

5.1.3.2 Problèmes psychologiques selon l'âge, le quartier de provenance, la possession des biens de consommation.

Dans notre étude nous avons constaté que les adultes étaient plus touchés par les troubles psychologiques (angoisse, inquiétude, tristesse, dépression) que les adolescents dans 85.6% avec une différence statistique significative. $P < 5.10^{-3}$ $\text{Khi}^2 = 27,065$. L'enquête française réalisée en Aquitaine a montré que les patients consultant en médecine générale pour des troubles psychiatriques étaient de 16,4% pour fatigue, 11,7% pour insomnie, 6,7% pour angoisse et 5,1% pour dépression mentale (20). Cette situation s'expliquerait par :

- les multiples occupations des adultes au niveau des ménages
- les charges pour les dépenses familiales qu'ils subissent.
- la marginalisation (l'exclusion sociale), les conflits, les guerres
- la pauvreté ou les désavantages sociaux, le divorce ou la séparation des personnes
- la consommation des drogues
- l'insuffisance des opportunités d'emplois
- l'éducation insuffisante
- l'injustice sociale ou la discrimination sociale cachée ou manifeste (27)

Il faudrait donc renforcer les capacités des CSCom par une assistance psychosociale et former le personnel médical pour assurer une meilleure prise en charge.

Les adultes âgés étaient plus touchés par les troubles de mémoire (sommeil et concentration) que les enfants et les adolescents dans 68.8% avec une différence statistique significative. $P < 5.10^{-3}$ $\text{Khi}^2 = 80,410$. Les difficultés socio-économiques et les multiples occupations des adultes âgés sont également connues. On devrait rechercher d'avantage les causes et les solutions à ces problèmes. Il faudrait cependant sensibiliser tout le personnel médical et paramédical afin de réduire la progression de telle situation dans la société.

Les troubles psychologiques étaient moins fréquents à l'Hippodrome que dans les autres quartiers dans 32.21% avec une différence statistique significative. $P < 5.10^{-3}$ $\text{Khi}^2 = 27,204$. Cette situation s'expliquerait par:

- les conditions socio économiques plus défavorables dans les autres quartiers qu'à l'Hippodrome
- une forte concentration de ces quartiers plus que l'Hippodrome

Un milieu environnemental plus favorable ou plus calme serait tranquille pour l'esprit.

Il faut pour le médecin, consacrer plus de temps pour explorer tout le contour du patient lors de la consultation afin de situer une plainte dans son contexte normal c'est-à-dire en recherchant une relation environnementale du malade avec son motif de consultation.

Les salariés et les ménagères étaient les plus fréquemment touchés par les troubles psychologiques dans près de 37,71% : une différence statistique significative. $P < 5.10^{-3}$ $\text{Khi}^2 = 15,547$. Les conditions socio-économiques défavorables et les multiples occupations par les travaux domestiques constituent également des facteurs couramment retrouvés (petit commerce, transport d'eau) pour les ménagères et une source de revenu basse par rapport aux besoins pour les salariés. Cette situation serait préoccupante si des mesures d'appui ne sont pas trouvées pour ces couches dans leur prise en charge médicale.

Il faut mettre en place un système d'aide sociale et d'assistance au niveau des CSCom pour prendre en charge les premiers soins de ces couches vulnérables de la population.

Les salariés étaient de loin les plus touchés par les troubles du sommeil et concentration dans 46,36% avec une différence statistique significative. $P < 5.10^{-3}$ $\text{Khi}^2 = 43,145$.

- Les conditions socio-économiques plus défavorables chez les salariés (bas salaires, coût élevé de la vie) sont évoquées ;
- l'insuffisance de temps de repos pour des multiples services est souvent observée ;

Le médecin devrait aider ces patients par des conseils et l'éducation pour que cet état de fait n'aboutisse pas à une dépendance médicamenteuse anxiolytique.

Les enquêtés présentent d'autant plus de troubles psychologiques que les parents appartiennent à une classe possédant moins de biens de consommation avec une différence statistique significative. $P < 5.10^{-3}$ et $Khi^2 = 10,405$.

De même, les enquêtés dont les parents appartiennent à une classe ayant moins de biens de consommation, vivraient plus une situation de troubles de sommeil et de concentration, avec une différence statistique significative. $P < 5.10^{-3}$ $Khi^2 = 15,161$.

La classe ne possédant aucun bien de consommation, a des problèmes de sommeil et de concentration dans plus de 55%, tandis que la classe intermédiaire (ayant des moyens audio-visuels mais pas de véhicule) dans 45% et ceux possédant un véhicule, dans seulement 30%. Outre le lien direct des biens qui facilitent la vie et les connaissances, le manque de moyens financiers est souvent un facteur de risque et de préoccupations diverses tant professionnelles que sociales.

5.1.4 Problèmes sociaux de la population enquêtée

L'exode rural a été rarement observé chez les populations enquêtées (3,8%)

- Y aurait-il une faible attraction de cette population pour la ville ?

- S'agirait-il d'une absence de décision des gens de cette campagne, à venir consulter au CSCCom ?

Notre méthodologie n'a pas permis de faire la part des choses.

L'enquête a révélé qu'une faible proportion des consultants consommait les différentes classes de drogues (stupéfiants 1 cas, tabac 22 cas et alcool 5 cas). Ces résultats sont encourageants, toutefois les efforts de sensibilisations de la population devraient se poursuivre. Le médecin devrait toujours rechercher les antécédents liés à ce fléau social au cours de sa démarche diagnostique et thérapeutique.

Des troubles sexuels (toute cause confondue) ont été retrouvés chez 29,20% des patients enquêtés. L'insuffisance d'information, d'éducation et de communication sur les infections sexuellement transmissibles (IST), la faible surveillance de la grossesse pourraient être des facteurs importants à considérer au cours de l'analyse de ce problème.

Source de frustrations et parfois de honte, la sexualité devrait être reconnue comme normale et être valorisée et surtout faire l'objet de thèmes de sensibilisation des différentes couches de la population. ...

Des sujets comme les infections sexuellement transmissibles (avec un taux de consultation curative de 47% pour la commune II SLIS2002) seraient très utile à

aborder avec les populations ciblées. Le personnel médical devrait en outre rechercher ces troubles et leurs causes auprès des consultantes dans un esprit de bonne relation médecin malade (relation de confidentialité).

Une femme sur sept (14,29%) dans notre étude avait été victime d'un avortement. On sait que le taux de consultation efficace (CPN3) est assez faible (40% en commune II) selon le récapitulatif des taux de couverture sanitaire en 2005, il y a un faible accès aux soins préventifs, une sous information de la population sur la planification familiale (taux de prévalence contraceptive 4% en commune II) et une insuffisance de personnel formé sur l'information, l'éducation et la communication (IEC)/PF. Seulement 60 femmes des groupements féminins ont été formées selon le PRPIP 2004-2008 du District de Bamako. Le taux de Planning familial est de 19,2% avec tous les efforts du PRPIP 2004-2008 District de Bamako. Les relations sexuelles non protégées, l'absence de traitement des infections génitales urinaires et la méconnaissance de leurs dangers ainsi que l'automédication et le manque d'éducation sexuelle sont des pratiques courantes.

Au regard du potentiel actuel de propagation de l'infection VIH/Sida dans la population générale, cette situation est très préoccupante.

Des gros efforts de sensibilisation restent à faire avec des méthodes appropriés, sur l'infection à VIH, les CPN et le PF au sein des structures de santé et dans les communautés pour réduire la survenue des problèmes psychosociaux.

Une femme sur cinq (1/5), ménopausée, des enquêtées a été reçue. Les manifestations ménopausiques pouvant être source de malaises physiques ou psychiques, elles devraient être considérées avec soins. Le personnel médical devrait être incité à enrichir ses connaissances et rechercher un lien entre les symptômes observés et ce contexte particulier. Il devrait tenir compte de tous aspects psycho, sociaux pour poser un diagnostic différentiel de la maladie.

Avec une fréquence de 20%, les cas de conflits n'était pas rare. La stabilité de la vie en terme de paix semble entamée. Elle doit donc être renforcée avec des actions de sensibilisation auprès de la population.

Des efforts de sensibilisation devraient être renforcés pour que les populations concernées soient mieux prévenues des dangers de ces problèmes sociaux.

5.1.5 Problèmes culturels de la population enquêtée

L'allaitement maternel exclusif avait été le plus faiblement pratiqué par les mamans (22,20%). Cette situation s'expliquerait par les facteurs comme la négligence des parents, l'insuffisance de sensibilisation des mamans par le

personnel sanitaire sur les aspects nutritionnels des enfants, les multiples occupations des mamans (petit commerce, charge de travaux de ménage) ou même l'ignorance, les multiples voyages.

Selon (**EDSM III 2001**), un enfant sur trois (1/3) souffrent de malnutrition chronique et 23% des enfants souffrent de malnutrition sévère (**UNICEF 1999**). Le praticien devrait être éclairé sur le développement psychomoteur de l'enfant et la méthode d'allaitement et de sevrage au cours de la consultation. La pratique de l'allaitement maternel exclusif par les mamans devrait être encouragée. Par conséquent des actions devraient être entreprises pour donner suffisamment d'information sur le bénéfice du lait maternel au niveau des CSCom et dans la communauté.

Dans 50,80% de cas, la pratique de l'excision a été constatée chez les petites filles par les parents. Ce résultat est encourageant et montre l'importance des progrès accomplis par le programme de lutte contre l'excision. En 2001 selon EDSM III, l'excision touchait environ 90% des femmes (**10**) au Mali.

Les efforts de sensibilisation entrepris par le programme et les associations de femmes devraient se poursuivre. Au regard de la fréquence des complications très préoccupantes de l'excision, qui devrait être éradiquée au fil des années, le médecin devrait aborder cet aspect avec les parents avec respect de la culture mais en leur faisant savoir les conséquences que peuvent engendrer une telle pratique.

5.2 Les atouts de la santé :

5.2.1 Perception de la prise en charge psychosociale :

Dans **98,9%** les enquêtés ou accompagnants ont affirmé que le médecin ne leur a pas fait cas de l'existence ou non d'un des problèmes psychosociaux au cours de la consultation. Une communication de mauvaise qualité ne peut déboucher que sur un contrat thérapeutique de mauvaise qualité (20).

Ce résultat pourrait s'expliquer par :

- un temps d'écoute du malade très court
- un accueil insuffisant des patients,
- un manque de formation adéquate du personnel soignant sur la notion de prise en charge globale des soins.

Même opinion donnée par les infirmiers lors de l'étude dans le cercle de Kadiolo qui pensent qu'il faut au minimum une heure pour bien conduire une telle consultation et cette méthode demande une écoute attentive minutieuse et longue du patient par le soignant (**17**).

Et selon l'OMS 2004 seulement 2% de toutes les études de santé mentale publiées dans des revues de premier plan proviennent de pays en voie de développement.

Il en résulte un déséquilibre dans la connaissance de la démographie, de la charge de morbidité, des ressources disponibles et des indices économiques à long terme de la santé mentale, domaine de santé négligé.

Les patients souffrant cruellement de leur mal ne pouvaient trouver le soutien nécessaire au près des soignants qui par méconnaissance restaient incapables à apporter le moindre recours et ces cas sont pris comme cas cliniques et traités comme tels.

Le médecin aborde le problème psychosocial selon son propre jugement ; de ce fait selon l'OMS il faut que les médecins généralistes et les agents de santé participent à l'élaboration des politiques et des programmes de santé.

Les politiques sanitaires doivent insister sur l'acquisition des compétences adaptées au diagnostic et au traitement des troubles psychosociaux dans les structures de soins de santé généraliste, avec des interventions psychosociales peu coûteuses et disponibles partout (17).

5.2.2 Attente de la prise en charge psychosociale

Dans plus de 97% de cas les enquêtés ont eu un espoir de la prise en charge de leurs problèmes psychosociaux.

Ce résultat s'expliquerait par :

-une insuffisance des soins globaux que doit offrir le personnel soignant aux malades.

Les patients s'attendent à une prise en compte de tous leurs problèmes de santé. Surtout que les gens sollicitent l'aide des systèmes de santé dans des domaines beaucoup plus variés, non seulement :

-pour atténuer la douleur et traiter les handicaps physiques et les troubles affectifs,

-mais aussi pour obtenir des avis sur le régime alimentaire, les soins aux enfants et le comportement sexuel qu'ils recherchaient autres fois auprès d'autres sources

-et par ce que, un patient peut apporter une plainte, mais souhaite en fait que l'on aborde autre chose, même s'il ne le demande pas explicitement.

Ainsi, pour le médecin, le fait de trouver une solution à un problème psychologique ou socioéconomique vécu constitue :

- un réel motif de satisfaction de réconfort moral pour le médecin impliqué dans cette étude,

- mais un soulagement pour le patient, sa famille voire son entourage.

Les soins doivent être organisés de manière à pouvoir prévenir les situations où l'individu par manque d'information, par mal attendu ou par ce qu'il est mal accueilli, ne comprend plus ou n'accepte plus le contact avec le personnel de santé (Richard 2005). Permettre l'accès aux soins des plus démunis. Favoriser l'intégration sociale des handicapés en collaboration avec les travailleurs sociaux.

5.2.3 Utilité de la prise en charge psychosociale :

Dans plus de 98% de cas les enquêtés ont vu une utilité de la prise en charge de leurs problèmes psychosociaux.

Ce résultat s'expliquerait par :

-l'intérêt que portent les consultants sur la globalité de leurs soins.

La formation du personnel soignant à la prise en compte des aspects psychologiques et socioéconomiques des patients dans le cadre de la globalité des soins augmenterait l'empathie vis-à-vis des problèmes des malades.

Par ce que un patient peut avoir une maladie bien « répertoriée », mais fonctionne comme si c'était tout autre chose qui le préoccupait et l'empêchait de vivre, par exemple des problèmes familiaux et /ou psychologiques.

Ce résultat joint au renforcement du travail en équipe et de l'autoévaluation que la démarche favorise, améliore la qualité de la consultation curative et contribue ainsi à augmenter le taux d'utilisation des services de santé communautaires. L'application d'une telle approche sur la globalité des soins aurait permis d'attirer l'attention des médecins sur l'existence des cas psychosociaux d'en détecter et de les prendre en charge. Il faut éduquer les individus et les populations à gérer leur santé de façon à éviter l'apparition des maladies et à contrôler ces dernières lorsqu'elles surviennent.

5.3 Itinéraire thérapeutique de la population

Dans notre étude nous avons constaté que l'automédication s'était imposée en tant que recours de première et de deuxième intention dans respectivement 53,70% et 59,15%.

Ces résultats pourraient s'expliquer par :

-le problème financier

-le problème d'accueil dans les CSCom

- la volonté des patients d'augmenter la prise en charge individuelle de leur problème de santé dans une perspective consumériste,

- la vulgarisation et la diffusion de l'information sur le médicament avec le développement des guides thérapeutiques pour le grand public comme le Vidal,

- l'évolution politico-économique du système de soins qui laisse une part de plus en plus grande à la charge du patient,

- un niveau d'instruction assez bas de la population,

- les conditions socio-économiques défavorables,

- les habitudes historiques et socioculturelles persistant encore,

- facilité de la chose par manque d'information et de sensibilisation suffisante et adéquate.

Une proportion de 34,62% des enquêtés ont fait recours à la consultation dans un autre CSCom en troisième lieu. Ces résultats pourraient s'expliquer par :

- un échec des premiers soins effectués par eux même ou par une autre personne
- l'aggravation de la maladie.
- la prolifération des pharmacies « par terre » avec l'insuffisance de sensibilisation de la population sur les conséquences dangereuses de cette pratique.

L'automédication s'applique à des symptômes apparemment bénins ou connus qui, de l'avis de l'intéressé, ne justifient pas d'intervention médicale. Elle est aussi un comportement de premier recours permettant de différer l'appel ou d'attendre le médecin en cas d'éloignement ou d'indisponibilité de ce dernier. Elle peut être aussi l'expression d'un véritable refus de recours au médecin par conviction personnelle : méfiance envers la médecine, rejet du pouvoir médical, adhésion à d'autres thérapies. Cette attitude traduit parfois la crainte d'un diagnostic péjoratif ou d'une thérapeutique agressive (20). Elle concerne les affections considérées courantes qui seront traitées par un anti-inflammatoire ou un anti-paludéen vendu sous forme générique.

Ce résultat rejoint celui de **Maiga et al 2003** que la consultation au préalable d'un professionnel de santé concerne les affections considérées comme sérieuses et qu'elle conduit le plus souvent à l'achat des médicaments sous forme de spécialité. Des séances de sensibilisation doivent être entreprises au près des populations sur les dangers d'une automédication et encourager ces gens à consulter dans la structure sanitaire la plus proche dès l'apparition des premiers symptômes cliniques. Mais aussi prendre en compte l'automédication diminuerait le risque d'erreur ; elle suppose de la part du médecin des capacités d'écoute, de tolérance et de persuasion.

Dans notre étude nous avons constaté que 75% des enquêtés consultent le CSCCom pour plainte physiologique avec une différence statistique significative. $P < 5.10^{-3}$ $\text{Khi}^2 = 81,920$

Ce résultat s'expliquerait par le fait que la rubrique fièvre et paludisme serait le motif de consultation et qui se définit comme un problème fonctionnel pouvant évoluer vers un malaise général à un stade avancé de la maladie.

Ce résultat est supérieur à celui de Mariko 2003 et de l'EDSM II, 2003 dont le recours aux soins modernes (toutes les structures confondues) concerne entre 45% et 55% des plaintes fonctionnelles. Pour les patients peut être qu'on ne fait référence à un problème d'ordre global au CSCCom si bien qu'ils n'expriment pas si le médecin ne leur demande pas. Donc le médecin devrait toujours penser à rechercher une relation entre une plainte fonctionnelle et un problème psychosocial source de facteur de risque ou déclenchant la symptomatologie.

Les enquêtés signalent qu'ils viennent au CSCCom quand il n'y a pas eu d'amélioration à leur problème dans 99% de cas. Cette situation serait due à :

- une négligence des symptômes et dans l'espoir d'avoir une amélioration après une automédication de tout genre

- aux multiples occupations des parents pour même oublier l'état de santé de son enfant
- un échec des premiers soins prodigués par une autre personne
- une méconnaissance des complications des symptômes.
- un accueil insuffisant

L'automédication pourrait s'avérer dangereuse, dans des situations préoccupantes avec une intoxication médicamenteuse qui nécessite une prise en charge spécialisée avec des coûts élevés des ordonnances. Prendre en compte l'automédication du patient suppose de la part de médecin des capacités d'écoute, de tolérance et de persuasion. Cette attitude implique un effort pédagogique et une disponibilité accrue, mais permet de transformer une conduite spontanée, souvent irrationnelle en un comportement responsable et éclairé. Le personnel médical devrait expliquer au malade et à son entourage l'importance du recours précoce à la structure de santé la plus proche dès qu'un symptôme est observé pour prévenir les complications.

VI. CONCLUSION :

Cette étude descriptive avait été menée dans le CSCom de l'Hippodrome (ASACOH) et dans le CSCom de Niaréla, Bozola, Bagadadji (BONIABA) de la commune II du District de Bamako en février et mars 2006. Elle avait porté sur l'analyse des dimensions psychologiques, sociales, économiques et culturelles des patients, l'observation de leur itinéraire thérapeutique et l'opinion par focus groupe des personnes concernées (médecin, enquêtés, représentant de l'ASACO). Elle avait pour objectif général d'améliorer l'état sanitaire et nutritionnel de la population de la commune II du District de Bamako.

L'analyse des résultats de cette étude avait permis de confirmer l'hypothèse selon laquelle les problèmes psychosociaux des patients n'étaient pas suffisamment pris en compte par le médecin lors de la consultation au niveau des CSCom. Cette prise en compte pouvait assurer des soins de qualité en agissant sur les dimensions humaines des malades.

Ainsi elle a permis de faire le constat que les adultes de plus de 15ans de sexe féminin ($P < 5.10^{-3}$), les enfants de moins de 15 ans de sexe masculin ($P < 5.10^{-3}$), les patients résidant à l'Hippodrome (33,7%) étaient les plus représentés dans l'échantillon.

La grande variabilité dans la distribution de la population d'étude en fonction de la résidence et de l'ethnie ($P < 5.10^{-3}$), serait liée à la relation culturelle d'une même ethnie vivant ensemble dans le quartier.

La répartition des enquêtés en fonction des différentes classes professionnelles et de la résidence ($P < 5.10^{-3}$) est liée la situation environnementale de ces quartiers selon l'implantation des services.

Les patients présentaient des troubles psychologiques (angoisses, inquiétudes, tristesses dans 63,9 à 67,7% et la dépression mentale dans 8,2%). Ces différents troubles avaient été constatés chez les plus pauvres, les plus occupés et les résidents dans les quartiers populaires ($P < 5.10^{-3}$). Les troubles de mémoire (sommeil et concentration dans 58,8 %) avaient été constatés chez les plus pauvres, les plus occupés ($P < 5.10^{-3}$).

Les aspects psychosociaux de la population enquêtée n'étaient pas pris en compte (99%) malgré l'espoir et l'attente manifestés par les malades pour l'amélioration de leur santé au niveau des CSCCom. La prise en charge psychosociale lors des consultations serait utile quand on sait que la santé est « un état complet de bien être physique mental et social et qui ne consiste pas seulement à une absence de maladie ou d'infirmité ».

La moitié (53,70%) de la population enquêtée a eu recours à l'automédication en première intention.

Les 75% des enquêtés consultent pour des plaintes physiologiques ($P < 5.10^{-3}$) et c'est en tant que citoyen que le médecin peut avoir une connaissance sur les causes des difficultés psychosociales qui s'imposent quotidiennement à lui par l'intermédiaire des patients mais qui créent, majorent ou prolongent des pathologies qui poseraient moins de problème dans des conditions de vie normale. Le médecin ne peut les ignorer, il doit en mesurer les effets et en tenir compte dans ses démarches diagnostique, thérapeutique et relationnelle. Dans la certains cas, il ne peut aborder seul tous les aspects médico-sociaux des problèmes et doit travailler donc avec des professionnels compétents. On peut utiliser ces résultats pour améliorer la qualité des soins dans les formations sanitaires étudiées d'où l'objet de nos recommandations formulées ci dessous.

VII. RECOMMANDATIONS :

L'introduction de la globalité des soins devrait permettre aux médecins de diagnostiquer des cas psychosociaux pour proposer des solutions de prise en charge. Ainsi seront- ils animés d'une satisfaction morale, une augmentation de la confiance en soi et surtout un renforcement des rapports sociaux entre le soignant et le soigné.

Aux autorités sanitaires et politiques :

1- organiser des sessions de formation du personnel des CSCCom sur la prise en charge psychosociale des malades.

- 2- mettre en place un système d'aide et d'assistance sociales au niveau des CSCCom en faveur des malades vulnérables.
- 3- formuler une politique de diagnostic de traitement et de prise en charge psychosociale des malades.
- 4- mettre en place des mécanismes permettant d'améliorer l'accès aux soins aux personnes démunies.
- 5- favoriser l'intégration sociale des handicapés en collaboration avec les travailleurs sociaux.
- 6- organiser des sessions de formation du personnel médical des CSCCom sur l'accueil, le principe d'éthique et de déontologie.
- 7- organiser des causeries avec les populations en vue de leur sensibilisation sur le recours précoce aux soins.
- 8- mener un plaidoyer auprès de la population pour la scolarisation des enfants en vue d'améliorer leur l'état de santé.
- 9- promouvoir des mesures et des politiques qui, dans tous les secteurs d'activités, renforcent la lutte contre la pauvreté.
- 10-soutenir la pratique de l'allaitement maternel, notamment en instaurant un réseau de type Amis des bébés dans les services de maternité des centres de santé communautaire.
- 11-soutenir le développement de pratiques cliniques préventives (ex : le programme d'éducation sexuelle des jeunes dans une approche de responsabilité partagée).
- 12- poursuivre l'analyse de l'enquête de santé mentale auprès de la population du District de Bamako pour la clientèle 15ans et plus afin de mieux comprendre la problématique des troubles psychosociaux.
- 13-appuyer le programme développé par les femmes en difficulté (petit commerce, jardinage, etc.) par l'octroi des micro-credits.

Au personnel de santé :

- 1- prendre en compte au cours de la consultation, l'environnement de l'enfant pour une meilleure surveillance et protection.

2- favoriser la prise en charge des aspects médicosociaux des problèmes en travaillant avec les professionnels compétents.

3- rechercher davantage les causes et les solutions aux problèmes de santé.

4-sensibiliser tout le personnel médical et paramédical sur les problèmes psychosociaux des malades.

5- mener son diagnostic clinique selon le contexte environnemental du patient par une vision beaucoup plus large sur les symptômes.

6- sensibiliser la population au cours de la consultation sur le temps de repos suffisant pour éviter des cas d'insomnies chroniques pouvant être risque de maladie.

7- rechercher les antécédents liés aux problèmes psychosociaux au cours de sa démarche diagnostique et thérapeutique.

8-organiser les soins de manière à pouvoir prévenir les situations où l'individu par manque d'information par mal attendu, par ce qu'il est mal accueilli, ne comprend plus ou n'accepte plus le contact avec le personnel de santé.

9- éduquer les individus et les populations à gérer leur santé de façon à éviter l'apparition des maladies et à contrôler ces dernières lorsqu'elles surviennent.

10- expliquer aux malades et à leur entourage au cours de la consultation, l'importance du recours précoce aux structures de santé les plus proches dès qu'un symptôme est observé pour prévenir les complications.

11- utiliser les canaux d'information les plus accessibles aux populations pour la mobilisation sociale pour les CPN , les PEV, le PF

Aux ASACO :

1-mobiliser des ASACO pour la mise en place d'un fond pour aide sociale .

2-insister sur la prise en charge psychosociale des patients dans les activités des CSCom

3-créer et renforcer les mutuelles de santé pour faciliter l'accès aux soins de santé, aux populations qui sont en difficulté.

VIII. BIBLIOGRAPHIE :

1. DNSI, MALI.

Enquête démographique de la santé au Mali (EDS III), juin 2001.

2. DONABEDIAN Avédis.

Explorations in assessment and monitoring, vol I.

The definition of quality and approaches to it's assessment, health administration.

Press, An Arbor, Michigan, 1980.

3 KOITA M.

Qualité des CPN dans les formations sanitaires publiques et communautaires des communes V et VI du District de Bamako, 1999. Thèse de médecine-2001, No41, 129 pages.

4 MAIRIE COMMUNE II/CSRéf-Missira

Données démographiques et géographiques. **Bulletin Municipal** Edition trimestrielle No000 de Septembre2000, page 2.

5 DIVISION DE LA SANTE FAMILIALE.

Programme de Santé Maternelle et Infantile (plan quinquennal 1988-1992), Mali décembre 1987. p23, 45,54

6 DNSI-CPS

Enquête Démographique et santé II, Mali 1995-1996.p29-45

7 DNAS

Programme régional prioritaire d'investissements en matière de population (PR PIP 2004-2008) District de Bamako. 159P p9-23-50

8 FMPOS, BAMAKO \ Mali

Cours de pédiatrie, Allaitement maternelle et Maladies diarrhéiques.

Cour de psychiatrie, généralités et définitions.

9 BIBLIOTHEQUE DE L'OMS \ BAMAKO \ MALI CPS \ DNSI \ BAMAKO \ MALI

Enquête démographique et de santé (EDSM-III) MALI 2001 p9-15-48

10 ROSELINE DJOUSOP DONDGMO

Etude de la qualité des consultations curatives et préventives au CSCCom de L'Hippodrome en commune II du District de Bamako.
Thèse médecine, Bamako, 2005. No 54. 68 pages.

11 COULIBALY. A et al

Evaluation de la qualité des soins infirmiers dans les formations sanitaires de la Commune II du District de Bamako, Mali, 2000-2001, OMS (projet de recherche d'action).p12-45

12 COULIBALY M

Qualité de l'accouchement dans les CSCCom des communes V et VI du District de Bamako.
Thèse médecine, Bamako, 2001, No45, 90 pages.

13 UNICEF, OMS ET CONTRIBUTION DES PAYS.

Revue de la Mise en Oeuvre de l'Initiative de Bamako dans la Région Africaine (Bamako 8-12 Mars 1999). 98pages p 6-10
Diagnostic stratégique (rapport provisoire Novembre 2001)

14 DNAS

Mairie du District de Bamako. Programme de gestion programme de gestion urbaine. Tome1
Diagnostic stratégique (Rapport provisoire Novembre 2001).
Bureau National d'étude ALPHALOG Bamako, des techniques et développement (B.N.E.T.D) 200pages p9-14

15 Deborah Bonney ,Montreal : [http // www-santepub-mtl.qc.ca:](http://www-santepub-mtl.qc.ca)

Direction régionale de la santé et des services sociaux de montreal-centre
Prévention en Action. Plan d'action montréalais en santé publique 2003-2006 .P22-40

16 Dr TEME avec appui OMS

Rapport sur la recherche sur la globalité des soins dans le cercle de Kadiolo en Septembre 2002. 85p-p9-36

17 CSRéf / PMI / MISSIRA \ BAMAKO \ MALI

Récapitulatif des taux de couverture sanitaire en 2005 CSRéf de Missira

18 Anne MOSSIGE et al ,

Etude pilotes de Risques et de la Vulnérabilité **RDC** 12 Décembre 2003.
Rapport prioritaire préliminaire 2eme version P9-67

19 DENIS POUCHAIN et al

Médecine générale : Concepts et pratiques. Collège national des généralistes enseignants. Pages 19- 31- 77-100- 137-245-346-528-957

20 BIBLIOTHEQUE DE L'OMS \ BAMAKO \ MALI

Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle (MTR) 2000-2005. Page 34-60.

21 DNDS / MSM /SG

Programme de Développement Socio-Sanitaire II (PRODESSII)
2005-2009

« Composante Santé » Décembre 2004 104Pages p7-90

22 DNDS / M.D.S.S.P.A

Deuxième phase du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998-2007

PRODESSII (Programme de Développement Sanitaire et Social II)

« Composante développement social » 2005-2009 103Pages p4-65

23 Mariko M

Etude du système de santé du cercle de Kolokani en1987: Aspects sanitaires ethnologiques, anthropométriques et culturels.

Thèse médecine, Bamako, 1988 88-M-33.132 pages p30-50

24 DNS

Annuaire du système local d'information sanitaire 2004 67pages p5-10

25 Koné L

Pharmacie de Bamako 1998 90pages p8-11

26 OMS

Tables rondes ministérielles 2001

54^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé p54- 68

-FICHE SIGNALITIQUE

TITRE DE LA THESE :

Détermination du profil psychosocial des patients dans deux CSCOM en milieu urbain bamakois.

Nom : DEMBELE

Prénom : Kéréamakan

Année : Février - Novembre 2006

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine ; de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali.

Secteur d'intérêt : Santé Publique

RESUME

Etude descriptive, des aspects psychosociaux portant sur 415 patients dans 2 CSCOM de Bamako, complété par une analyse en groupe focal.

La tranche d'âge de [0 à 4ans] est la plus fréquente avec 28% ; 64% des enquêtés sont de sexe féminin. Il y a une prédominance de ménagères (78%) et de monogames (47%), la majorité des parents n'a pas été scolarisée (pères : 47%, mères : 66%).

Un peu plus du tiers des ménages possède un moyen de locomotion motorisé, un peu plus de la moitié des autres ont un moyen audio-visuel. Les troubles psychologiques sont fréquents : près de la moitié des enquêtés mentionnent des troubles de mémoires et 2/3 de l'inquiétude. On constate d'autant moins de troubles psychologiques et de concentration que l'enquêté est jeune ou que le ménage appartient à une classe possédant plus de biens de consommation.

Il y a relativement peu de problèmes sociaux tels que conflits ou consommation de drogue. Les comportements néfastes liés à la culture sont fréquents: seuls 22% des 0-4 ans ont eu un allaitement maternel exclusif et la moitié des filles ont subi une excision.

Seulement pour 19% des enquêtés, il s'agit du premier recours aux soins. Pour les autres l'automédication et les guérisseurs traditionnels s'imposent en tant que recours de première intention.

75% des enquêtés consultent pour des plaintes physiologiques, mais malgré l'espoir et l'attente manifestée par les malades (98%), les aspects psychosociaux de la population enquêtée n'étaient pas pris en compte. Il faudrait donc renforcer les capacités des CSCom pour assurer une meilleure prise en charge psychologique.

Mots clés : Soins, Qualité, Psychologie, Déterminants.

ABSTRACT

Determination of the psychosocial profile of patients in two community health centres in urban Bamako.

Descriptive study of psychosocial aspects concerning 415 patients in two community health centres in Bamako, completed by an analysis in focus group.

The most frequent age group is that of 0 to 4 years representing 28%; 64% of the respondents are female. Housewives (78%) and monogamists (47%) predominate; the majority of parents did not go to school (fathers: 47%; mothers: 66%).

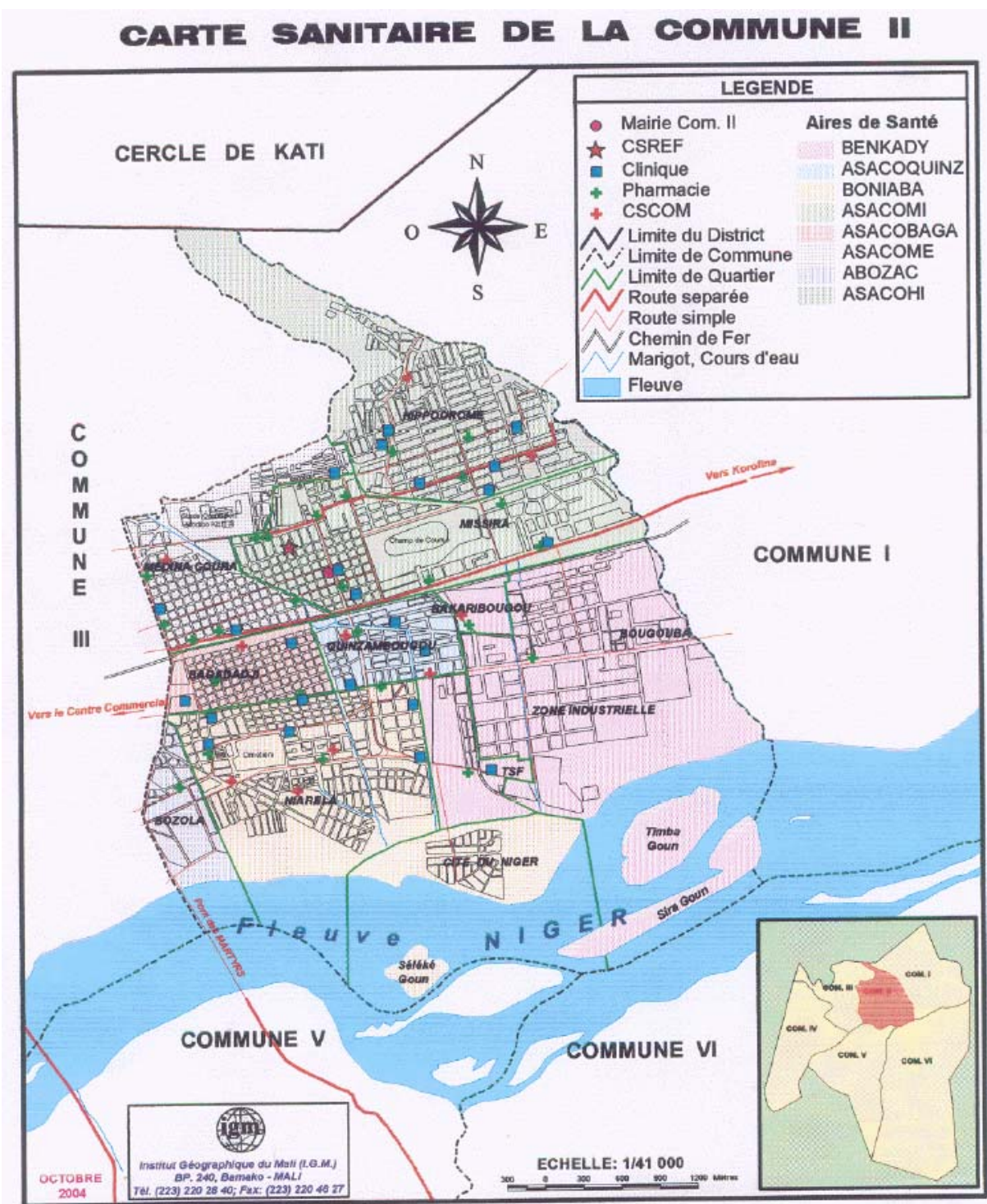
Somewhat more than one third of the households possess a motorized vehicle as a means of locomotion, somewhat more than half of the others possess an audio-visual device.

Psychological disorders are frequent: almost half of the respondents mention memory problems and two thirds mention anxiety. The frequency of psychological and concentration problems tends to diminish with decreasing age, and when the household belongs to a social class possessing more consumption goods.

There are relatively few social problems such as conflicts or drug consumption. Harmful behaviour linked to culture is frequent: only 22% of the children aged 0-4 years had exclusive breast feeding and half of the girls suffered excision.

ANNEXES:

ANNEXE 1



ANNEXE 2

| | |
|---------------------------------|------------------|
| FICHE D'ENQUÊTE N° | DATE..... |
|---------------------------------|------------------|

Aspects psychosociaux des patients en milieu urbain

| | |
|------------------------|----------------------|
| Âge..... | Sexe..... |
| Profession..... | Quartier..... |
| Ethnie..... | CSCoM..... |

Tranche d'âge 0 < 5 ans

| | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Allaitement maternel exclusif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allaitement alterné | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allaitement artificiel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allaitement mixte avant 6 mois | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allaitement mixte à 6 mois | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allaitement mixte après 6 mois | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allaitement artificiel exclusif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sevrage avant 18 mois | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sevrage à 18 mois | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sevrage après 18 mois | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Famille monoparentale (père présent) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Famille monoparentale (mère présente) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Famille biparentale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfant adoptif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfant orphelin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Excisée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Circoncision traditionnelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau fondamental 1 du père achevé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau fondamental 2 du père achevé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau secondaire général du père achevé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau supérieur du père achevé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau fondamental 1 de la mère achevé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau fondamental 2 de la mère achevé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau secondaire général de la mère achevé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau supérieur de la mère achevé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Accouchement à domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Accouchement au CSCoM | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Père véhiculé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Père motorisé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mère véhiculée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mère motorisée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Bicyclette à la maison | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Existence d'un téléviseur à domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Existence d'un magnétophone à domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sommeil suffisant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perception de la prise en charge psychosociale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Attente de la prise en charge psychosociale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utilité de la prise en charge psychosociale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FICHE D'ENQUÊTE N°

DATE.....

Aspects psychosociaux des patients en milieu urbain

Âge.....

Profession.....

Ethnie.....

Sexe.....

Quartier.....

CSCCom.....

Tranche d'âge 5 < 15 ans

| | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Famille monoparentale (père présent) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Famille monoparentale (mère présente) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Famille biparentale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfant adoptif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfant orphelin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau fondamental 1 du père achevé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau fondamental 2 du père achevé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau secondaire général du père achevé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau supérieur du père achevé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau fondamental 1 de la mère achevé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau fondamental 2 de la mère achevé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau secondaire général de la mère achevé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau supérieur de la mère achevé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Accouchement à domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Accouchement au CSCCom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Père véhiculé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Père motorisé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mère véhiculée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mère motorisée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bicyclette à la maison | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Existence d'un téléviseur à domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Existence d'un magnétophone à domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sommeil suffisant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perception de la prise en charge psychosociale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Attente de la prise en charge psychosociale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utilité de la prise en charge psychosociale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autosuffisance alimentaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fatigue diurne anormale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sensation de tristesse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sensation d'inquiétude | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sensation de dépression | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Éprouve une tristesse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Éprouve une inquiétude | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Éprouve une angoisse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Faculté de se souvenir et de se concentrer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Participation à la vie dans la communauté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Responsable de famille | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Responsable de profession | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | |
|---------------------------------|-------------|
| FICHE D'ENQUÊTE N° | DATE |
|---------------------------------|-------------|

Aspects psychosociaux des patients en milieu urbain

| | |
|------------------------|----------------------|
| Âge..... | Sexe..... |
| Profession..... | Quartier..... |
| Ethnie..... | CSCom..... |

Tranche d'âge 15 ans et plus

| | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Niveau fondamental 1 du père achevé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau fondamental 2 du père achevé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau secondaire général du père achevé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau supérieur du père achevé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau fondamental 1 de la mère achevé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau fondamental 2 de la mère achevé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau secondaire général de la mère achevé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau supérieur de la mère achevé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Accouchement à domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Accouchement au CSCom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Père véhiculé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Père motorisé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mère véhiculée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mère motorisée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bicyclette à la maison | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Existence d'un téléviseur à domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Existence d'un magnétophone à domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sommeil suffisant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perception de la prise en charge psychosociale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Attente de la prise en charge psychosociale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utilité de la prise en charge psychosociale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autosuffisance alimentaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fatigue diurne anormale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sensation de tristesse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sensation d'inquiétude | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sensation de dépression | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Éprouve une tristesse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Éprouve une inquiétude | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Éprouve une angoisse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Faculté de se souvenir et de se concentrer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Participation à la vie dans la communauté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Responsable de famille | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Responsable de profession | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stérilité conjugale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Célibataire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Marié(e) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Divorcé(e) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Veuf (veuve) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Polygame | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Monogame | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Exogame | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Endogame | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ménopause | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frigidité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Impuissance sexuelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avortement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| consommation de tabac | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| consommation d'alcool | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| consommation de stupéfiants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conflit intercommunautaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conflit interethnique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conflit familial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ANNEXE 3

QUESTIONNAIRE CONCERNANT LE CIRCUIT DU MALADE **(itinéraire de soin)**

1) Quelles sont les raisons de la consultation.

- Plainte physiologique
- Malaise général
- Problème psychologique
- Problème social
- Problème culturel
- Problème économique

2) Avez-vous consulté d'autres structures précédemment pour le même Problème.

*** Si Oui lesquelles, dans l'ordre (.nombre de fois)**

- Guérisseur traditionnel
- Automédication
- Pharmacie privée
- Cabinet privé
- Autre centre de santé publique (autre CSCCom)
- Autre centre de santé confessionnelle (marabout)
- Autre centre de santé privée (thérapeutes chinois)
- Hôpital
- CS Réf

3) Pour quoi êtes vous à ce centre de santé

-Pas d'amélioration du Problème

- Aggravation du Problème
- Conseillé par un ami ou un par quelqu'un d'autre
- Référé par la structure considéré précédemment

ANNEXE4

Questions du focus groupe :

- 1- Comment vous interprétez que les patients consultés sont en majorité des jeunes et des enfants ?
- 2- Comment expliquez que (3/4) des adultes consultés sont des femmes ?
- 3- Pourquoi les adultes présentent plus de troubles psychologiques (angoisse, tristesse, inquiétude, dépression, problème de souvenir et de concentration) et de troubles de sommeil (sommeil, insuffisant, fatigue diurne) que les jeunes et les enfants ?
- 4- Que pensez-vous de la grande fréquence de ménagères ?
- 5- Qu'est ce que vous pensez de la grande fréquence des usagers ayant un niveau économique faible (pas de véhicule ni moto = 63%) au niveau du CSCom ?
- 6- Comment vous interprétez que la majorité des consultants ont les parents non scolarisés ou un niveau de scolarisation limité au niveau fondamental 1 ?
- 7- Comment vous expliquez les usagers exerçant une profession indépendante (dans 9% de cas) et ceux possédant plus de biens de consommation (dans 28% de cas) semblent avoir moins de troubles psychologiques et que les intellectuels (dans 98% de cas) ont plus de problèmes sommeil ?
- 8- Comment vous expliquez qu'une femme sur sept (1/7) semble avoir fait un avortement ?
- 9- Que pensez vous d'un allaitement moins bien fait par les mamans (de mauvaise qualité) ?
- 10- Que pensez-vous du fait que tous les usagers disent que les problèmes psychosociaux n'ont pas été abordés lors de la consultation ?
- 11- Que pensez-vous du fait que pratiquement tous les usagers estiment que ce serait utile d'aborder les problèmes psychosociaux lors de la consultation ?
- 12- Comment vous interprétez que 79% des patients affirment d'avoir un problème psychologique et que pourtant 100% expriment plutôt un malaise physiologique au niveau de la consultation ?
- 13- Quelles sont vos propositions de solution pour permettre une prise en charge des problèmes psychosociaux des usagers au niveau des CSCom ?
- 14- Comment interpréter que la plupart des gens a recours à l'automédication (62,10% de cas) et la médecine traditionnelle (82,50%) plutôt qu'au CSCom comme premier recours de soins ? D'ailleurs 100% disent qu'ils sont venus parce qu'il n'y a pas d'amélioration (et que donc le problème n'est pas très récent)
- 15- Que penser du fait que la moitié (50,6% de cas) des gens sont venus sur conseil de quelqu'un d'autre ?

Résultats du focus groupe :

Déroulement :

La rencontre s'est déroulée dans le bureau du Médecin chef du CSCom avec le Médecin, le représentant de l'ASACO, un patient, une patiente, un collègue pour prendre notes et moi-même qui administrais les questions aux différents représentants dans la langue Bambara. Notre entretien a duré plus 1h30mn dans chacun des deux CSCom .Il n'y a pas eu de problème quant au déroulement de notre focus groupe.

Les réponses ont été données à **BONIABA** par
la patiente **Mme Koné Binta**,
le patient **Mr Kanouté**,
le représentant de l'ASACO **Mr Traoré**,
au Médecin chef **Dr Cissouma**,
mon collègue **Mr Diamountening**.

Réponses :

1-Mme Koné : je pense que les enfants et jeunes sont plus exposés aux problèmes d'hygiène, de la piqûre des moustiques et de malnutrition.

Mr Kanouté : par ce qu'ils sont plus nombreux que les adultes et qu'on s'intéresse plus à leurs problèmes.

Mr Traoré : Tout simplement par ce qu'ils ne sont pas bien protégés et bien surveillés par les parents.

Dr Cissouma : je pense que à ces âges ils n'ont pas totalement acquis leur propre immunité et que les infections parasitaires, broncho-pulmonaires, la malnutrition et le manque d'hygiène sont des risques de leur maladie.

2- Mme Koné : par ce que nous sommes plus nombreuses que les hommes.

Mr Kanouté : je pense que nous les hommes, nous supportons les problèmes plus que les femmes.

Mr Traoré : la femme est très fragile, même pour un petit mal de tête elle a peur et va voir quelqu'un pour ça.

Dr Cissouma : par ce que la maladie féminine est la plus fréquente et qu'il y a plus de femmes parmi nous

3- Mme Koné : c'est les adultes qui ont plus d'occupations de travail ou dans la famille

Mr Kanouté : ce sont nous en majorité les premiers responsables, donc nous subissons plus les problèmes de la vie

Mr Traoré : je suis du même avis que Mr Kanouté

Dr Cissouma : c'est lié peut être aux difficultés de la vie

4- Mme Koné : par ce que c'est le CSCom qui nous est moins cher et plus proche pour nous ménagères

Mr Kanouté : le CSCom nous fait moins de frais pour nous maris

Mr Traoré : nos ménagères sont en majorités pauvres mais ont déjà compris l'approche communautaire des soins

Dr Cissouma : je pense que nous avons presque les mêmes résultats qu'au niveau des autres structures sanitaires et nous avons des médicaments moins chers et les tickets moins coûteux

5- Mme Koné : par ce que les gens sont pauvres pour ne pas aller chez les privés

Mr Kanouté : par ce que nous sommes pauvres et au CSCom ça nous fait moins frais pour les dépenses

Mr Traoré : ce n'est pas seulement la pauvreté, ceux qui ont les moyens pensent que dans les CSCom on ne peut pas bien traiter comme dans le privé ou à l'hôpital, or ce n'est hors c'est ne pas le cas ; je dirais seulement qu'il y a un problème d'adhésion à l'approche communautaire de la population

Dr Cissouma : problèmes de moyen c'est vrai, mais surtout un problème de mentalité pour des uns et des autres

6- Mme Koné : les parents de ces gens n'avaient pas compris l'intérêt que pouvait apporter la scolarisation de leurs enfants tout simplement.

Mr Kanouté : nous, nos parents ont opté pour l'instruction coranique comme base de la religion musulmane donc c'est dommage que nous n'avions pas eu cette chance.

Mr Traoré : c'était une méconnaissance de la part de nos parents sur les avantages de la scolarisation des enfants.

Dr Cissouma : ce problème de scolarisation des nos parents était lié à une question de croyance et je pense que certains croyaient que l'école des Blancs était une manière de colonisation ou de domination des noirs jusqu'à présent.

7- **Mme Koné :** ces indépendants sont libres et ils ne rendent compte à personne mais pour les intellectuels ils ont plus de troubles de sommeil et concentration du fait qu'ils travaillent trop.

Mr Kanouté : je suis du même avis que Mme Koné

Mr Traoré : les indépendants exercent une fonction libre et les intellectuels réfléchissent beaucoup que les autres.

Dr Cissouma : cela qui exercent la fonction indépendante peut être ne sentent pas le coût de la vie que les autres mais par contre nous les intellectuels, nous avons beaucoup à faire et avec le souci même de notre service.

8- **Mme Koné :** il y a un problème d'éducation des gens et la négligence de nos grossesses

Mr Kanouté : une femme qui n'aime pas son mari ou qui fait une grossesse in désirée va aller faire un avortement mais certaines femmes avec la méconnaissance des risques de la grossesse vont subir ce problème.

Mr Traoré : c'est un problème, peut être qu'on ignore toujours ses conséquences

Dr Cissouma : en plus de ce que les autres ont dit, il y a surtout la méconnaissance du danger des écoulements vaginaux, des infections génitales et même d'autres maladies comme l'hypertension artérielle ou le diabète sur grossesse; donc il n'y a pas un bon suivis médical de celle-ci.

9- **Mme Koné :** nous n'avons pas assez d'information sur ces méthode et souvent on imite nos sœurs qui ont déjà eu des enfants

Mr Kanouté : les mamans sont paresseuses ou négligentes seulement.

Mr Traoré : nos femmes se font trop occupée mais il y a aussi la méconnaissance de ces méthodes

Dr Cissouma : il peut y avoir un problème culturel lié aux différents stades de développement psychomoteur pour pratiquer ces méthodes, si non c'est leur méconnaissance

10- **Mme Koné :** nous ne pensons que le médecin pouvait nous apporter quelque chose pour améliorer notre santé dans ce sens.

Mr Kanouté : cela est vrai mais c'est au médecin de nous poser toutes ces questions, par ce que, nous on vient avec de l'inquiétude d'une gravité probable de notre maladie

Mr Traoré : les patients viennent exprimer les problèmes qu'ils pensent être gênant dans leur corps et non les facteurs de risque de leur maladie.

Dr Cissouma : cela arrive dans la mesure ou on pense que les signes fonctionnels n'ont pas de relation avec un trouble psychosocial

11- **Mme Koné :** si déjà on a mené une enquête sur nos problèmes, les solutions sont les biens venus

Mr Kanouté : je pense ce qu'ils ont donné comme réponse est juste car, le CSCom est notre espoir pour avoir la bonne santé

Mr Traoré : je suis du même avis que Mr Kanouté

Dr Cissouma : le souhait des patient est la bien venu car cela nous permet de s'améliorer tout en sachant nos insuffisances

12- **Mme Koné :** car c'est cela l'urgence pour nous, sans savoir peut être qu'on ne gère que les plaintes physiologiques au CSCom

Mr Kanouté : je partage son avis aussi

Mr Traoré : c'est une méconnaissance de leur part que le médecin est un confident du patient

Dr Cissouma : peut être qu'ils ne nous font pas confiance pour exprimer leurs problèmes psychosociaux

13- Mme Koné : nous offrir de bons médecins

Mr Kanouté : nous faciliter encore l'accessibilité des soins de qualité par la diminution des prix de médicaments et la formation suffisante de nos médecins.

Mr Traoré : sensibilisation de la population sur les risques des maladies et même en faisant passer des personnels sanitaires dans les maisons

Dr Cissouma : renforcer les systèmes d'information, d'éducation et de communication des populations sur les problèmes de la santé

14-Mme Koné : c'est par ce que les médicaments sont encore moins chers et plus accessibles à nous.

Mr Kanouté : nous en avons l'habitude et nous ne savons pas les inconvénients

Mr Traoré : les vendeurs ambulants des médicaments sont à tout moment accessibles et à des prix très bas

Dr Cissouma : c'est une méconnaissance des effets néfastes de ces pratiques

15- Mme Koné : les gens sont trop négligents

Mr Kanouté : il y a une méconnaissance du danger que cela peut engendrer

Mr Traoré : on minimise ces symptômes de la maladie.

Dr Cissouma : beaucoup font leur propre interprétation de la symptomatologie d'une maladie et néglige le mal comme tel, soit en faisant une automédication

**Les réponses ont été données à l'ASACOHI par,
la patiente Mme Diop Fatoumata,
le patient Mr Doucouré,
le représentant de l'ASACO Mr Koné,
au Médecin remplaçant le Médecin chef Dr Koné,
mon collègue Mr Mallé**

Réponses :

1-Mme Diop : je pense que les enfants et jeunes sont plus exposés aux problèmes d'hygiène et de la piqûre des moustiques;

Mr Doucouré : par ce qu'ils sont plus nombreux que les adultes et qu'on s'intéresse plus à leurs problèmes par rapport aux autres

Mr Koné : Tout simplement par ce qu'ils ne sont bien nourris et surveillés par les parents.

Dr Koné: je pense, le fait qu'ils n'ont pas totalement acquis leur propre immunité et que les infections parasitaires, broncho-pulmonaires, la malnutrition, le manque d'hygiène, le vent ou la chaleur sont des risques de la maladie.

2-Mme Diop : par ce que nous sommes plus nombreuses que les hommes et cela partout d'ailleurs.

Mr Doucouré : je pense que nous les hommes, on plus résistant que les femmes

Mr Koné : la femme est très fragile même pour un petit malaise elle le manifeste très rapidement et va voir quelqu'un pour ça.

Dr Koné : par ce que la maladie féminine est la plus fréquente et qu'il y a plus de naissance féminine par an dans le monde

3-Mme Diop : c'est les adultes qui travaillent pour nourrir la famille et si un problème n'est pas résolu il ne peut pas rester tranquille

Mr Doucouré : nous les premiers responsables donc nous subissons plus les problèmes de la vie pour manifester ces symptômes

Mr Koné : je crois que les adultes sont plus matures pour découvrir beaucoup de choses

Dr Koné : c'est du peut être aux difficultés de la vie

4- Mme Diop : par ce que c'est le CSCom qui nous est moins cher et nous sommes bien traités aussi

Mr Doucouré : le CSCom nous fait moins de frais pour nous maris avec les médicaments génériques moins coûteux

Mr Koné : nos ménagères sont en majorités pauvres mais ont déjà compris l'approche communautaire des soins

Dr Koné: je pense que nous avons les mêmes résultats qu'au niveau des autres structures sanitaires et le fait que cela qui ont assez des moyens ne nous viennent pas très souvent c'est par ce qu'il y a assez des gens exerçant le privé

5- Mme Diop : par ce que les gens sont pauvres pour ne fréquenter que le CSCom

Mr Doucouré : par ce que nous sommes pauvres et qu'au CSCom nos dépenses sont très limitées

Mr Koné : ceux qui ont les moyens pensent que dans les CSCom on ne peut pas bien soigner comme dans le privé; je crois qu'il y a un problème de participation à l'approche communautaire de certaines populations.

Dr Koné : c'est un problème de mentalité de la plus part des gens

6- Mme Diop : la scolarisation des enfants n'était pas leur préoccupation

Mr Doucouré : nos parents ne pensaient que l'école pouvait contribuer à l'amélioration de leur qualité de vie

Mr Koné : c'était une méconnaissance de nos parents

Dr Koné c'était une méconnaissance de nos parents tout simplement

7- Mme Diop : peut être, le fait qu'ils travaillent pour leur propre compte et qu'ils ne sont pas sous pression de quelqu'un ; cela pourrait l'expliquer. Mais pour les intellectuels, ils sont très occupés avec le travail de leur fonction ; ils n'ont pas assez de temps pour dormir.

Mr Doucouré : je pense que c'est le cas comme l'a dit Mme Diop.

Mr Koné : les indépendants exercent une fonction libre et les intellectuels réfléchissent plus que nous.

Dr Koné : par ce que ces gens ne sentent pas le coût de la vie comme les employés mais par contre nous intellectuels nous avons beaucoup à faire et avec le souci même du service

8- Mme Diop : c'est un problème d'éducation et de négligence de nos grossesses

Mr Doucouré : une femme qui n'aime pas avoir l'enfant d'un homme ou qui fait une grossesse in désirée va se faire avorter par quelqu'un mais certaines femmes avec la méconnaissance des risques de la grossesse vont subir ce problème.

Mr Koné : c'est un problème lié à l'ignorance des conséquences de cet acte.

Dr Koné : très souvent ces femmes sont dans la déception et qu'elles préfèrent de mourir en subissant ce drame mais il y a aussi des cas d'avortement par le manque de suivis de grossesse par un spécialiste (comme les CPN, le planning familial ...) pour prévenir certaines infections uro-génitales.

9- Mme Diop : nous n'avons pas assez d'information sur ces méthodes, souvent on imite les vieilles femmes pour faire ces pratiques.

Mr Doucouré : les mamans ne savent pas l'intérêt qu'apporte le maternel si non elles ne vont pas faire des choses pareilles.

Mr Koné: elles sont trop occupées par des activités que moi j'appelle inutiles car, on ne peut pas comprendre qu'une femme qui après neuf mois de grossesse n'arrive pas à bien allaiter son bébé, c'est incompressible.

Dr Koné : il y a une sous information des mères sur les méthodes d'allaitement et de sevrage seulement.

10- Mme Diop : c'est une méconnaissance de notre part car nous ne pensons que le médecin pouvait nous apporter une solution à ces problèmes.

Mr Doucouré : c'est au médecin de nous poser toutes ces questions puisqu'on vient pour trouver des solutions à tous problèmes.

Mr Koné : les malades disent les plaintes qu'ils plus urgents mais c'est le médecin qui doit rechercher tous les problèmes du malade en l'écouter attentivement.

Dr Koné : c'est souvent un oubli d'élargir l'interrogatoire des malades.

11- Mme Diop : nous pensons que tout ce que un personnel de la santé envisage de faire par rapport à notre est utile.

Mr Doucouré : je suis du même avis que Mme Diop.

Mr Koné : je crois que ce qu'il dit est vrai et c'est cela notre grand espoir.

Dr Koné : c'est bien que les consultants eux-mêmes approuvent quelque chose pour l'amélioration de leur qualité de santé et nous personnels de la santé agissons en essayant.

12- Mme Diop: c'est une méconnaissance de notre part et croyant qu'on ne gère que les plaintes physiologiques au CSCom

Mr Doucouré : je partage son avis aussi

Mr Koné : c'est une méconnaissance des usagers que le médecin est un confident pour le malade.

Dr Koné : il y a un problème de la relation médecin- malade pour savoir toutes les souffrances du patient.

13- Mme Diop : nous souhaitons avoir le maximum d'information sur nos problèmes de santé, par une large sensibilisation des populations.

Mr Doucouré : nous favoriser toujours la disponibilité des médicaments génériques et l'éducation renforcée des populations sur leurs problèmes de santé.

Mr Koné : sensibilisation de la population par d'autres méthodes plus nouvelles et rapprochées sur les risques de la maladie.

Dr Koné : renforcer les systèmes d'information, d'éducation et de communication des populations sur les problèmes de la santé de manière plus courante.

14- Mme Diop : c'est par ce que ces médicaments nous sont encore moins chers et qu'on peut s'en procurer à tout moment.

Mr Doucouré : cette automédication et la consultation des tradithérapeutes sont dans nos croyances si non dans nos habitudes.

Mr Koné : il y a un problème de compréhension du danger de ces pratiques.

Dr Koné : les gens sont en contact direct avec ces les vendeurs ambulants ou les thérapeutes traditionnels donc la facilité de la chose.

15- Mme Diop : on pense que ça va passer après avoir pris un médicament quelconque.

Mr Doucouré : il y a une négligence de la part des malades ou de leurs parents.

Mr Koné : tout le monde est son propre médecin, donc la maladie va s'aggraver et tu peux en mourir à l'insu des gens.

Dr Koné : le plus souvent la population a tendance à ignorer ou à faire une comparaison des signes et en prenant un médicament à la maison, on pense que les choses iront bien; surtout quand une douleur ou une fièvre a disparu d'un moment à l'autre.

ANNEXE 5

Tableau1: Répartition des patients selon l'ordre de fréquentation d'un guérisseur traditionnel

| Guérisseur traditionnel | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage cumulé |
|-------------------------|-----------|-------------|--------------------|
| En premier lieu | 47 | 82,50% | 82,50% |
| Deuxième lieu | 6 | 10,50% | 93,00% |
| En troisième lieu | 2 | 3,50% | 96,50% |
| En Quatrième lieu | 1 | 1,80% | 98,20% |
| En Cinquième lieu | 1 | 1,80% | 100,00% |
| Total | 57 | 100,00% | 100,00% |

Un Nombre plus important des enquêtés (82,50%) ont débuté la consultation chez un guérisseur traditionnel en premier lieu

Tableau2 : Répartition des patients selon l'ordre de fréquence de faire une l'automédication

| Automédication | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage Cumulé |
|-------------------|-----------|-------------|--------------------|
| En premier lieu | 87 | 62,10% | 62,10% |
| Deuxième lieu | 42 | 30,00% | 92,10% |
| En troisième lieu | 8 | 5,70% | 97,90% |
| En Quatrième lieu | 1 | 0,70% | 98,60% |
| En Sixième lieu | 1 | 0,70% | 99,30% |
| En Septième lieu | 1 | 0,70% | 100,00% |
| Total | 140 | 100,00% | 100,00% |

Un Nombre important des enquêtés (62,10%) fait une automédication en premier et (30,00%) en deuxièmes lieux

Tableau3 : Répartition des patients selon la fréquentation des pharmacies privées

| Pharmacie privée | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage cumulé |
|------------------|-----------|-------------|--------------------|
| En premier lieu | 1 | 12,50% | 12,50% |
| Deuxième lieu | 6 | 75,00% | 87,50% |
| Huitième lieu | 1 | 12,50% | 100,00% |
| Total | 8 | 100,00% | 100,00% |

Peu d'enquêtés (12,50%) ont commencé à consulter dans une pharmacie privée en premier lieu

Tableau4 : Répartition des patients selon l'ordre de fréquentation d'un cabinet privé

| Cabinet privé | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage cumulé |
|-------------------|-----------|-------------|--------------------|
| En premier lieu | 2 | 20,00% | 20,00% |
| En deuxième lieu | 2 | 20,00% | 40,00% |
| En troisième lieu | 3 | 30,00% | 70,00% |
| En Quatrième lieu | 1 | 10,00% | 80,00% |
| En Cinquième lieu | 1 | 10,00% | 90,00% |
| En Sixième lieu | 1 | 10,00% | 100,00% |
| Total | 10 | 100,00% | 100,00% |

Les cabinets privés ont été fréquentés par deux seulement des enquêtés en premier lieu

Tableau5 : Répartition des patients selon l'ordre de fréquentation d'autre centre de santé publique (autre CSCoM)

| Autre CSCoM | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage cumulé |
|-------------------|-----------|-------------|--------------------|
| En premier lieu | 16 | 43,20% | 43,20% |
| En deuxième lieu | 8 | 21,60% | 64,90% |
| En troisième lieu | 9 | 24,30% | 89,20% |
| En Quatrième lieu | 4 | 10,80% | 100,00% |
| Total | 37 | 100,00% | 100,00% |

Peu d'enquêtés (43,20%) ont été consultés un autre CSCoM en premier lieu

Tableau6 : Répartition des patients selon l'ordre de fréquentation d'autre centre de santé confessionnelle

| Marabout | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage cumulé |
|-------------------|-----------|-------------|--------------------|
| En premier lieu | 7 | 35,00% | 35,00% |
| En deuxième lieu | 6 | 30,00% | 65,00% |
| En troisième lieu | 3 | 15,00% | 80,00% |
| En Quatrième lieu | 1 | 5,00% | 85,00% |
| En Cinquième lieu | 2 | 10,00% | 95,00% |
| En Sixième lieu | 1 | 5,00% | 100,00% |
| Total | 20 | 100,00% | 100,00% |

Peu d'enquêtés (35,00%) sont passés en premier lieu chez un marabout

Tableau7 : Répartition des patients selon l'ordre de fréquentation d'autre centre de santé privée

| Les thérapeutes Chinois | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage cumulé |
|-------------------------|-----------|-------------|--------------------|
| En Quatrième lieu | 4 | 66,70% | 66,70% |
| En Cinquième lieu | 1 | 16,70% | 83,30% |
| En Sixième lieu | 1 | 16,70% | 100,00% |
| Total | 6 | 100,00% | 100,00% |

Pas d'enquêtés (0%) ayant consulté chez les thérapeutes Chinois en premier lieu

Tableau8: Répartition par troubles du sommeil et de la concentration selon le sexe de la population étudiée dans les CSCom ASACOH et BONIABA, de février à avril 2006.

| Sexe | Oui | Non | Total |
|----------|------------|-----------|-------|
| Masculin | 72(30,5%) | 22(35,5%) | 94 |
| Féminin | 164(69,5%) | 40(64,5%) | 204 |
| TOTAL | 236(100%) | 62(100%) | 298 |

La répartition des ces troubles psychologiques se fait de la même façon dans les deux sexes. $P > 510^{-3}$ $khi^2 = 0.356$

Tableau9 : Répartition par troubles du sommeil et de la concentration selon le sexe de la population étudiée dans les CSCom ASACOH et BONIABA, de février à avril 2006.

| Sexe | oui | Non | Total |
|----------|------------|-----------|-------|
| Masculin | 107(35,4%) | 43(38,1%) | 150 |
| Féminin | 195(64,6%) | 70(61,9%) | 265 |
| TOTAL | 302(100%) | 113(100%) | 415 |

La répartition des ces troubles psychologiques se fait de la même façon dans les deux sexes. $P > 510^{-3}$ $khi^2 = 0.144$

Tableau10 : Répartition des patients selon l'ordre de fréquentation d'un hôpital

| Hôpital | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage cumulé |
|-------------------|-----------|-------------|--------------------|
| En premier lieu | 2 | 20,00% | 20,00% |
| En deuxième lieu | 1 | 10,00% | 30,00% |
| En troisième lieu | 1 | 10,00% | 40,00% |
| En Quatrième lieu | 1 | 10,00% | 50,00% |
| En Cinquième lieu | 3 | 30,00% | 80,00% |
| En Septième lieu | 1 | 10,00% | 90,00% |
| En Huitième lieu | 1 | 10,00% | 100,00% |
| Total | 10 | 100,00% | 100,00% |

Peu d'enquêtés (20,00%) ont fréquenté un hôpital en premier lieu

Tableau11 : Répartition des patients selon l'ordre de fréquentation d'un centre de santé de référence

| centre de santé de référence | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage cumulé |
|------------------------------|-----------|-------------|--------------------|
| En premier lieu | 1 | 16,70% | 16,70% |
| En Quatrième lieu | 1 | 33,30% | 66,70% |
| En sixième lieu | 2 | 16,70% | 83,30% |
| En huitième lieu | 1 | 16,70% | 100,00% |
| En neuvième lieu | 1 | 16,70% | 100,00% |
| Total | 6 | 100,00% | 100,00% |

Peu d'enquêtés (16,70%) ont fréquenté un centre de santé de référence en premier lieu

Tableau12 : Répartition des patients selon l'ordre de fréquentation d'une autre pratique

| Charlatan | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage cumulé |
|------------------|-----------|-------------|--------------------|
| En Septième lieu | 1 | 33,30% | 33,30% |
| En neuvième lieu | 2 | 66,70% | 100,00% |
| Total | 3 | 100,00% | 100,00% |

Il n'y a pas de personnes enquêtées ayant consulté un charlatan en premier lieu
NB : sur les 200 enquêtés il y a eu 168 enquêtés qui ont fait un soin quelconque avant de venir directement au CSCCom

Tableau13: Répartition par CSCCom fréquenté de la population étudiée dans les CSCCom ASACOHI et BONIABA, de février à avril 2006.

| CSCCom fréquenté | Groupe d'âge | | | TOTAL |
|------------------|--------------|-----------|------------|-------------|
| | 0-4ans | 5-14ans | 15-100ans | |
| BONIABA | 56(28.3%) | 26(13.1%) | 116(58.6%) | 198(100.0%) |
| ASACOHI | 61(28.1%) | 32(14.7%) | 124(57.1%) | 217(100.0%) |
| TOTAL | 117(28.2%) | 58(14.0%) | 240(57.8%) | 415(100.0%) |

| | | |
|-----------|----|-------------|
| Chi-carré | dl | Probabilité |
| .2316 | 2 | 0.890 |

Les différences ne sont pas significatives statistiquement. $P > 510^{-3}$ $\chi^2 = 231$.

Tableau14 : Fréquence des ethnies

| Ethnie | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage cumulé |
|-----------------|------------------|--------------------|---------------------------|
| bambara | 106 | 25.5% | 25.5% |
| bissa | 1 | 0.2% | 25.8% |
| bobo | 4 | 1.0% | 26.7% |
| bozo | 10 | 2.4% | 29.2% |
| chérif | 1 | 0.2% | 29.4% |
| dafing | 7 | 1.7% | 31.1% |
| djoula | 1 | 0.2% | 31.3% |
| dogon | 16 | 3.9% | 35.2% |
| fond | 1 | 0.2% | 35.4% |
| haoussa | 3 | 0.7% | 36.1% |
| kakolo | 3 | 0.7% | 36.9% |
| kassonké | 3 | 0.7% | 37.6% |
| malinké | 32 | 7.7% | 45.3% |
| maure | 12 | 2.9% | 48.2% |
| minianka | 6 | 1.4% | 49.6% |
| mossi | 7 | 1.7% | 51.3% |
| pedah | 1 | 0.2% | 51.6% |
| peulh | 59 | 14.2% | 65.8% |
| samogo | 1 | 0.2% | 66.0% |
| senoufo | 15 | 3.6% | 69.6% |
| somono | 5 | 1.2% | 70.8% |
| soninké | 91 | 21.9% | 92.8% |
| sonrai | 27 | 6.5% | 99.3% |
| sosso | 1 | 0.2% | 99.5% |
| woulof | 1 | 0.2% | 99.8% |
| yorouba | 1 | 0.2% | 100.0% |
| Total | 415 | 100.0% | 100.0% |

Tableau15 : Fréquence des professions

| Profession | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage cumulé |
|-----------------------------|------------------|--------------------|---------------------------|
| Aide ménagère | 12 | 2.9% | 2.9% |
| animateur | 1 | 0.2% | 3.1% |
| artisan | 3 | 0.7% | 3.9% |
| Autres indépendants | 5 | 1.2% | 5.1% |
| Autres intellectuels | 1 | 0.2% | 5.3% |
| boucher | 2 | 0.5% | 5.8% |
| boulangier | 1 | 0.2% | 6.0% |
| commerce | 22 | 5.3% | 11.4% |
| couturier | 1 | 0.2% | 11.6% |
| couturière | 1 | 0.2% | 11.8% |
| cuisinier | 1 | 0.2% | 12.1% |
| cultivateur | 5 | 1.2% | 13.3% |
| élève | 66 | 15.9% | 29.2% |
| enfant | 71 | 17.1% | 46.4% |
| enseignant | 5 | 1.2% | 47.6% |
| étudiante | 12 | 2.9% | 50.5% |
| gardien | 3 | 0.7% | 51.2% |
| hôtelier | 1 | 0.2% | 51.4% |
| imprimeur | 1 | 0.2% | 51.7% |
| Autres intellectuels | 5 | 1.2% | 52.9% |
| manoeuvre | 7 | 1.7% | 54.6% |
| mécanicien | 2 | 0.5% | 55.1% |
| ménagère | 106 | 25.6% | 80.7% |
| Nouveau né | 52 | 12.6% | 93.2% |
| ouvrier | 7 | 1.7% | 94.9% |
| soudeur | 1 | 0.2% | 95.2% |
| tailleur | 1 | 0.2% | 95.4% |
| technisant | 1 | 0.2% | 95.7% |
| transformatrice | 1 | 0.2% | 95.9% |
| vendeur | 17 | 4.1% | 100.0% |
| Total | 414 | 100.0% | 100.0% |

Tableau16: Fréquence des quartiers

| Quartiers | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage cumulé |
|-------------------|-----------|-------------|--------------------|
| aci 2000 | 1 | 0.2% | 0.2% |
| badialan | 1 | 0.2% | 0.5% |
| bagadadji | 38 | 9.2% | 9.6% |
| bakaribougou | 3 | 0.7% | 10.4% |
| banconi | 33 | 8.0% | 18.3% |
| base | 1 | 0.2% | 18.6% |
| boukassoumbougou | 7 | 1.7% | 20.2% |
| bozola | 9 | 2.2% | 22.4% |
| daoudabougou | 1 | 0.2% | 22.7% |
| dialacorodji | 2 | 0.5% | 23.1% |
| fadjiguila | 1 | 0.2% | 23.4% |
| flabougou | 1 | 0.2% | 23.6% |
| hamdallaye | 1 | 0.2% | 23.9% |
| hippodrome | 140 | 33.7% | 57.6% |
| itema | 3 | 0.7% | 58.3% |
| kabalan | 1 | 0.2% | 58.6% |
| kalabancoro | 3 | 0.7% | 59.3% |
| kalabancoura | 3 | 0.7% | 60.0% |
| korofina | 2 | 0.5% | 60.5% |
| lafiabougou | 2 | 0.5% | 61.0% |
| magnanbougou | 1 | 0.2% | 61.2% |
| medina coura | 4 | 1.0% | 62.2% |
| missira | 13 | 3.1% | 65.3% |
| ngolonina | 41 | 9.9% | 75.2% |
| niaréla | 64 | 15.4% | 90.6% |
| Point G | 1 | 0.2% | 90.8% |
| quinzambougou | 14 | 3.4% | 94.2% |
| sabalibougou | 2 | 0.5% | 94.7% |
| sangarebougou | 2 | 0.5% | 95.2% |
| Sans de fil | 11 | 2.7% | 97.8% |
| sikoroni | 3 | 0.7% | 98.6% |
| sogonico | 1 | 0.2% | 98.8% |
| titibougou | 3 | 0.7% | 99.5% |
| tomincorobougou | 1 | 0.2% | 99.8% |
| zone industrielle | 1 | 0.2% | 100.0% |
| Total | 415 | 100.0% | 100.0% |

Tableau17 : Répartition des enquêtés en fonction des troubles du sommeil et de la concentration et du quartier de provenance

| Quartiers | Oui | Non | TOTAL |
|--|-------------|------------|-------|
| Hippodrome | 96(31,79%) | 44(38,94%) | 140 |
| Niaréla, N'golonina, Bagadadji, Bozola | 106(35,10%) | 32(28,32%) | 138 |
| Autres quartiers | 100(33,11%) | 37(32,74%) | 100 |
| TOTAL | 302(100%) | 113(100%) | 378 |

$P > 5.10^{-3}$ khi²=27,204.

SERMENT D'HIPPOCRATE :

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni favoriser le crime.

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

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

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

JE LE JURE.

