

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE(MESRS)



REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Année universitaire : 2013- 2014

Thèse N °.....



THESE:

**ACCUEIL, INFORMATION ET PRISE EN CHARGE
DES USAGERS : CAS DES CENTRES DE SANTE
EN COMMUNE III DU DISTRICT DE BAMAKO.**

Présentée et soutenue publiquement le 07 /02 /2015 devant la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Par :

M. Siaka Bakary DOUMBIA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY :

Président : Pr Saharé FONGORO

Membres : Dr Abou KONE

Dr Niélé Hawa DIARRA

Directeur : Pr Samba DIOP

DEDICACESET
REMERCIEMENTS

DEDICACES

Louange à Allah nous le glorifions, lui demandons aide et invocation son pardon contre le mal de nos pêchés, celui qui fut guidé personne ne peut l'égarer et celui qui est égaré personne ne peut le guider. Je témoigne qu'il n'y a point de divinité digne d'adoration sauf Allah ; l'unique qui n'a point d'associé et je témoigne aussi que Muhammad est son serviteur et son messager, que la bénédiction d'Allah soit sur lui, sa famille, ses compagnons, et tous ceux qui le suivent sur le droit chemin jusqu'au jour dernier.

Je dédie ce travail à :

-mon père feu Bakary Doumbia ; tes conseils et rigueurs dans le travail ont été pour moi un bon remède tout au long de de mon cursus si l'homme pouvait un tel jour allait être à votre présence mais comme le dit tout ce que Dieu fait est bon, dort en paix père que Dieu vous accorde son paradis éternel amen !!!

- **ma mère Mamou Konaté** ; femme noire, femme africaine en ce moment solennel les mots me manque pour vous remerciez, votre engagement pour la cause de vos enfants et des enfants d'autrui fait de vous une femme d'exemple, ce travail est le fruit de vos efforts qu'Allah le tout puissant vous donne la santé et une longue vie amen !!!

- **mes frères et sœurs** ; vous avez été pour moi un lieu de regard, la fraternité est un fait de la nature et c'est dans ce sens que vous avez accompli brièvement vos devoirs pour la réussite de cette formation, comme on le dit<< la patience est le remède universel >>, vous avez été patient trouver ici mes sentiments les meilleurs que Dieu vous donne la santé et une longue vie amen !!!

- **mes oncles Yacouba Konaté ; Dr Famoussa Konaté** qui m'ontchaleureusement soutenue tout au long de cette aventure, que Dieu vous bénis.

- ma chère patrie (Mali) merci pour le soutien.

REMERCIEMENTS

Je saisis cette occasion pour adresser mes remerciements à :

-mon cher ami Ousmane Dembélé ; votre détermination pour ma cause fait de vous un vrai ami comme on a l'habitude de dire, c'est dans les moments difficiles qu'on reconnaît ses vrais amis, merci infiniment, qu'Allah vous bénisse.

- mes amis du QG de la fmos/faph : Dr Youssouf Guindo, Dr Cheick Hamalla Fall, Mamadou Doumbia dit Oxy, Moussa Denou, Issa Traoré dit Wara, Ibrahim Sylla, Moussa Diabaté, Aguib Guindo, Younoussa Diabaté, Allaye Dia, Bakary Diarra, Boubacar Sylla, Bilaly Sissoko dit Bill, Adama Diarra, Amadou Boro, Drissa Maiga, Arafaou Dicko, Job Koné, Ely, Sina Diarra. Merci pour les bons temps que nous avons passé ensemble, qu'Allah le tout puissant nous donne une longue vie.

- l'ensemble des fondateurs de la cité verte du Point-G : Dr Adama F Traoré, Dr Youssouf Guindo, Drissa Konaté dit Driboss, Seydou Bengaly, Adama Coulibaly, Siaka Traoré, Katenemé, Mahamadou Kalifa Kanté, Moussa Sanogo, Ibrahim Traoré, Boubacar Sylla, Mahamadou Sylla, Gouro, Niamoye Diarra, Mariam Fomba, sans oublier Tonton Bougou Fomba et Tante Adam Diarra. Mille mercis à vous tous. Pour dire, l'homme, quelque soit son rang, sa position, son niveau ou son groupe social, est le fruit d'une société et c'est ce milieu social qui le façonne, l'oriente et lui dicte ses principes, valeurs et ses normes afin qu'il soit un responsable au sens élevé du terme.

- mon cher aîné Dr Sangaré Moussa, merci pour vos bons conseils.

-Tout le personnel du cabinet médical sodia, clinique Youma merci pour la bonne collaboration.

-Toutes et tous mes amis et camarades bonne chance que l'éternel Dieu nous guide.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et président du jury

Professeur Saharé Fongoro

- **Maître de conférences en néphrologie.**
- **Chef de service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du Point G.**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé.**
- **Détenteur du diplôme donneur de l'ordre des médecins.**

Honorable Maître vous nous avez fait l'honneur en acceptant avec plaisir de présider ce jury.

Votre souci constant du travail bien fait avec rigueur et efficacité, votre démarche scientifique ont forcé notre admiration.

Cher Maître nous vous en sommes très reconnaissants, trouver ici notre profonde gratitude.

A notre Maître et juge

Docteur Abou Koné

- **Médecin directeur technique du CSCOMde Koulouba.**
- **Président de l'association action jeune pour la santé et le développement (AJSD- Mali).**
- **Chargé de cours de pathologie médicale à l'ESB.**
- **Chargé de cours de sémiologie urogénitaleà l'IFSSA.**

Nous sommes honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici, l'expression de nos plus vifs remerciements.

A notre Maître et juge

Docteur Niélé Hawa Diarra

- **Médecin chercheur au DER en Santé Publique à la FMOS/FAPH.**
- **Coordinatrice du projetFOGARTY, Prévention du Paludisme chez la femme enceinte.**
- **Chargée de suivi d'études sur la résilience, enfance et santé Publique.**

Honorable Maître, c'est un grand plaisir pour nous de vous compter parmi les membres de ce jury.

Votre disponibilité et votre grande simplicité ont toujours un grand apport pour la nouvelle génération.

Veillez accepter cher Maître, nos sentiments les plus meilleurs.

A notre Maître et Directeur de Thèse

Professeur Samba DIOP

- **Maitre de conférences en anthropologie médicale.**
- **Enseignant chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique en santé au DER de santé publique à la FMOS/FAPH.**
- **Membre du comité d'éthique à la FMOS/FAPH, INRSP et CNESS.**

Nous sommes particulièrement touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'encadrer ce travail.

L'étendue de vos connaissances en recherche, la simplicité, la gentillesse et l'esprit de sociabilité, font qu'il est agréable d'apprendre à vos côtés.

Croyez cher maître, à notre profonde reconnaissance.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

| | |
|--|--------------|
| Liste des sigles..... | 13 |
| Liste des figures..... | 14 |
| Liste des tableaux..... | 15-17 |
| I- Introduction..... | 18-21 |
| II- Approche conceptuelle..... | 22 |
| 1- Description de la recherche..... | 22-29 |
| 2- Hypothèses | 30 |
| 3- Objectifs..... | 30 |
| 3-1 Objectif général | 30 |
| 3-2 Objectifs spécifiques..... | 30 |
| 4- Justification de la recherche..... | 30-31 |
| III- Démarche méthodologique..... | 32 |
| 1- Cadre et lieu d'étude..... | 33-36 |
| 4- Population d'étude – échantillonnage..... | 37 |
| 4-1 Population d'étude..... | 37 |
| 4-2 Echantillonnage..... | 37 |
| 4-3 Critères d'inclusion..... | 38 |
| 4-4 Critères de non inclusion..... | 38 |
| 5- Techniques de collecte des données..... | 38-39 |
| 6- Pas de sondage..... | 39 |
| 7- Choix des concessions..... | 39 |
| 8- Gestion et analyse des données..... | 40 |
| 9- Considérations éthiques..... | 40 |
| IV –Résultats..... | 41 |

| | |
|----------------------------|-------|
| 1- Etude quantitative..... | 42- |
| 59 | |
| 2- Etude qualitative..... | 60- |
| 63 | |
| V -Discussions..... | 64-68 |
| VI-Conclusion..... | 70 |
| VII- Propositions..... | 71-72 |
| VIII- Références..... | 73-76 |
| IX-Annexes..... | 77 |

LISTE DES SIGLES

LISTE DES SIGLES

- 1- **ASACO** : Association de santé communautaire
- 2- **ASACOTOM** : Association de santé communautaire de N'tomikorobougou
- 3-**ASACODES** : Association de santé communautaire de Samé
- 4- **ASACODRAB** : Association de santé communautaire de Dravéla, Dravéla bolibana.
- 5- **ASACOBAKON** : Association de santé communautaire de Badialan I, II, III
- 6- **ASACOKOULPT** : Association de santé communautaire de Koulouba, PointG
- 7- **ASACOOB** : Association de santé communautaire d'Ouolofobougou, Ouolofobougou bolibana.
- 8- **ASACODAR** : Association de santé communautaire de Darsalam
- 9- **ASACOM** : Association de santé communautaire de Bamako coura, Bamako coura bolibana
- 10- **CSCOM** : Centre de santé communautaire
- 11- **CSREF** : Centre de santé de référence
- 12- **CHU** : Centre hospitalier universitaire
- 13-**CPS** : Cellule de planification statistique
- 14- **FMOS**: Faculté de médecine et d'odontostomatologie
- 15- **FAPH**:Faculté de pharmacie
- 16- **INSTAT** : Institut national de la statistique
- 17- **IOTA** : Institut ophtalmologique tropical africain

18- OMS : Organisation mondiale de la santé

19- INRSP : institut national de recherche en santé Publique

20- CNESS : comité national d'éthique pour la santé et les sciences de la vie

21- DER : département d'étude de recherche

22- QG : quartier général

LISTE DES FIGURES

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

Figure 2: Carte des aires de santé de la commune III du district de Bamako.

Figure 3: Répartition des participants à l'étude en fonction de la profession.

Figure 4: Répartition des participants en fonction du statut matrimonial.

Figure 5: Répartition des usagers en fonction des centres de santé fréquentés.

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|-----------|
| Tableau I: Attributs et dimensions de la qualité..... | 29 |
| Tableau II: Déterminants de l'accès focalisés sur la prestation des services de santé. (D'après PENCHANSKY /THOMAS ,1981)..... | 30 |
| Tableau III: Répartition de la population totale de la commune III du district de Bamako/quartier/sexe, avec nombre de ménage et de concessions estimées par quartier en 2011..... | 37 |
| Tableau IV: Répartition des participants en fonction du sexe..... | 44 |
| Tableau V: Répartition des participants en fonction de la tranche d'âge..... | 44 |
| Tableau VI: Répartition des participants en fonction de la tranche d'âge et du sexe..... | 45 |
| Tableau VII: Répartition des participants en fonction de leur statut dans la Famille..... | 47 |
| Tableau VIII: Répartition des participants en fonction de la distance du centre | |

de santé le plus proche.....47

Tableau IX: Répartition des participants en fonction de la fréquentation des centres de santé.....48

Tableau X: Répartition des participants qui fréquentent les centres de santé en fonction du sexe.....48

Tableau XI: Répartition des participants qui fréquentent les centres de santé en fonction de la tranche d'âge.....49

Tableau XII: Répartition des participants en fonction des raisons de la non fréquentation des centres de santé.....50

Tableau XIII: Répartition des participants en fonction des raisons de la non fréquentation des centres de santé et du sexe.....50

Tableau XIV: Répartition des participants en fonction des raisons du non fréquentation des centres de santé et de tranche d'âge.....51

Tableau XV: Répartition des participants en fonction des méthodes de traitements alternatifs.....51

Tableau XVI: Répartition des participants en fonction des méthodes de traitements alternatifs et du sexe.....52

Tableau XVII: Répartition des participants en fonction des méthodes de traitements alternatifs utilisés.....52

Tableau XVIII: Répartition des participants en fonction des méthodes de traitements alternatifs utilisés et du sexe.....53

Tableau XIX: Répartition des usagers en fonction du délai de consultation après le début de la maladie.....53

| | |
|--|-----------|
| Tableau XX: Répartition des usagers en fonction du moyen de déplacement utilisé..... | 54 |
| Tableau XXI: Répartition des usagers en fonction du moyen de déplacement utilisé et du sexe..... | 54 |
| Tableau XXII: Répartition des usagers en fonction du moyen de déplacement utilisé et de la tranche d'âge..... | 55 |
| Tableau XXIII: Répartition des participants en fonction de l'accès à l'information liée à la santé..... | 56 |
| Tableau XXIV: Répartition des participants en fonction de l'accès à l'information liée à la santé et du sexe..... | 56 |
| Tableau XXV: Répartition des participants en fonction des moyens d'informations utilisées..... | 57 |
| Tableau XXVI: Répartition des usagers selon l'information reçue sur leur état de santé..... | 57 |
| Tableau XXVII: Répartition des usagers en fonction de la satisfaction de l'accueil..... | 58 |
| Tableau XXVIII: Répartition du niveau de satisfaction de l'accueil en fonction du sexe..... | 58 |
| Tableau XXIX: Répartition des usagers selon la présentation de l'agent de santé..... | 59 |
| Tableau XXX: Répartition des usagers en fonction de la satisfaction de la consultation..... | 59 |
| Tableau XXXI: Répartition des usagers en fonction de la satisfaction de la prise | |

en charge.....60

Tableau XXXII: Répartition du niveau de satisfaction de la prise en charge des usagers en fonction du sexe.....60

Tableau XXXIII: Répartition des usagers en fonction de l’appréciation du coût de la prestation.....61

Tableau XXXIV: Répartition des usagers selon l’opinion sur leur séjour au centre de santé.....61

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Dans le domaine sanitaire, en particulier dans les pays en développement, plusieurs raisons incitent voire obligent qu'on s'intéresse aux conduites et aux représentations des populations. En effet, les modalités d'accès aux services de santé sont aussi largement dépendantes d'un ensemble de facteurs allant de l'économie à l'interprétation sociale de la maladie [1].

Par ailleurs, le choix des recours thérapeutiques (dispensaires, guérisseurs, marabouts, etc.) s'effectue en grande partie selon les perceptions des usagers. Quant à la qualité des structures de soins et de leurs capacités à traiter les

malades ou à répondre à leurs besoins, non telles qu'elles sont médicalement définies mais selon la manière dont elles sont ressenties et interprétées[1].

Les interactions entre les soignants et les soignées ne sont pas qu'une affaire de compétences techniques. Elles ne peuvent être comprises et améliorées en dehors des identités sociales des acteurs locaux qui y sont impliqués [1].

L'utilisation des services de santé de premier niveau en Afrique reste faible malgré les efforts importants qui ont été consacrés depuis plus d'une décennie pour renforcer l'offre des soins [2]. Il en est de même pour le Mali avec seulement 44% de la population qui ont accès aux soins dans un rayon de 5 km en 2002 et 45% en 2003 [3].

Des travaux de plus en plus nombreux démontrent que la qualité telle qu'elle est perçue par les patients et leurs familles est un des déterminants majeurs de l'utilisation des services de santé[4].

La qualité est une propriété plus relative qu'absolue. Elle est fonction du contexte socio-économique, du niveau des ressources, des intrants technologiques et des valeurs culturelles locales [4].

C'est bien le paradoxe de la maladie d'être à la fois la plus individuelle et la plus sociale des choses. Chacun d'entre nous l'éprouve dans son corps et parfois en meurt. De la sentir en lui menaçante et grandissante, un individu peut se sentir coupé de tous les autres, de ce qui faisait la vie sociale. En même temps tout en elle est sociale, non seulement parce qu'un nombre d'institutions la prennent en charge aux différentes phases de son évolution. Aussi parce que les schémas de la pensée qui permettent de la reconnaître et de la traiter sont éminemment sociaux. Penser à sa maladie c'est déjà faire référence aux autres [5].

La santé n'est pas qu'un état subjectif, une sensation physique ou psychique, c'est aussi un fait social, un état construit et un fait de culture. C'est

le groupe social en fonction de sa culture donc de sa représentation du monde qui définit le normal et le pathologique. Ainsi un patient est malade en fonction des représentations qu'il se fait de la santé et de la maladie. Celles-ci sont en grande partie culturelles[6].

Par conséquent, un comportement peut être considéré comme pathologique dans une société donnée (par exemple, les trances rituelles dans certaines sociétés occidentales modernes) et normal dans une autre (par exemple, les trances rituelles dans certaines sociétés africaines, comme celles qui pratiquent le vaudou (Bénin, Togo, Ghana, Nigeria). Bien qu'exceptionnel, cet état est modelé culturellement et a une fonction sociale et religieuse [6].

L'individu n'est pas une sorte d'appareil psychobiologique à entretenir et à réparer chimio-mécaniquement. L'enjeu et la jonction personnelle des relations communautaires dont sa maladie éventuelle atteste la dégradation ou compromet l'indispensable existence.

Soigner efficacement consiste dès lors pour un nombre de tradipraticiens à restaurer au travers des cas individuels pris en compte, une santé collective. D'où l'importance accordée à des conduites sociales diagnostiquées dans la divination ou prescrites pour le traitement consécutif [7].

Le système interprétatif du patient met en scène autant ses contraintes sociales au quotidien que son expérience de la maladie et ses relations familiales. Ces facteurs sociaux expliquent la diversité et la complexité des logiques profanes de santé. Ils ne peuvent en aucune façon être appréhendées et décodées à partir du regard médical. La cohérence de ce système interprétatif du patient implique autant le sens particulier donné à la maladie que les différents traitements prescrits par les médecins [8].

L'importance des savoirs populaires est relative à la maladie et à la santé profondément enracinée dans toutes sociétés. Il s'agit d'un véritable système culturel parallèle, n'étant aucunement réductible à un sous ensemble de connaissances médicales. Tout en intégrant les éléments du savoir scientifique

dominant, il s'impose comme savoir authentique, véhiculant son propre bagage des croyances[9].

Il est donc important d'être conscient qu'une représentation de la santé et de la maladie repose sur une conception de l'homme. Aussi de son rapport avec les autres, au cosmos et de son rapport à une transcendance[6].

Ainsi notre étude a pour but de montrer l'importance de la prise en compte de la dimension culturelle et parfois religieuse de l'identité du patient dans toute thérapie (relation soignant-soigné et structure de soins).

II. Approche conceptuelle

1. Description de la recherche

Les politiques de santé des pays africains au sud du Sahara ont connu de nombreuses réformes depuis trois décennies dont entre autres l'apparition d'un secteur privé communautaire à but non lucratif mais également privé à but lucratif (médecine, pharmacie, laboratoire, cabinets dentaires) dès les années 1985 au Mali et dans les cinq années qui ont suivi au Burkina Faso, Sénégal et au Niger [10].

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

Au Mali, la politique sectorielle de santé repose sur une décentralisation de système de soins basée sur la garantie des soins de santé primaire assurés par des centres de santé (publics, communautaires, privés ou confessionnels) [11].

Cette politique semble occultée, ou du moins sous-estimée l'importance des différents modes de vie et de représentations sociales des populations locales. La question qui nous préoccupe ici réside dans le constat général d'une faible fréquentation des services de santé (publics, privés ou communautaires) par les populations locales [12].

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

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

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

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

Les autres déterminants sont plus spécifiques et dépendants de l'environnement (accès géographique, état de santé des patients, valeur sociale de la localisation du centre de soins), des caractéristiques des individus (âge, genre, instructions) et des cultures et pratiques (perception de la maladie et de sa gravité) [10].

D'après **Kroeger (1983)**, qui a compilé plusieurs études réalisées dans les pays en développement et celle réalisée en 2000 sur les aspects liés à l'utilisation des accoucheuses traditionnelles [13], il ressort les principaux déterminants de l'utilisation des services de santé dans ces pays et les regroupe de la façon suivante:

- **caractéristiques des individus ou les facteurs prédisposant** : sociodémographiques (l'âge, le sexe, l'éducation, la taille de la famille, le statut matrimonial, la religion, l'ethnie) ;

- **caractéristiques liées à la maladie et aux perceptions** que les patients ont de la maladie (caractère chronique ou aigu, bénin ou sévère de la maladie, les contextes étiologiques, les caractéristiques contextuelles, les caractéristiques individuelles, le comportement de santé et les résultats de santé.

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

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

Les **caractéristiques de santé** révèlent des pratiques individuelles de santé, du processus de soins et de l'utilisation des services : l'état de santé perçu évalué et la satisfaction du patient)[14].

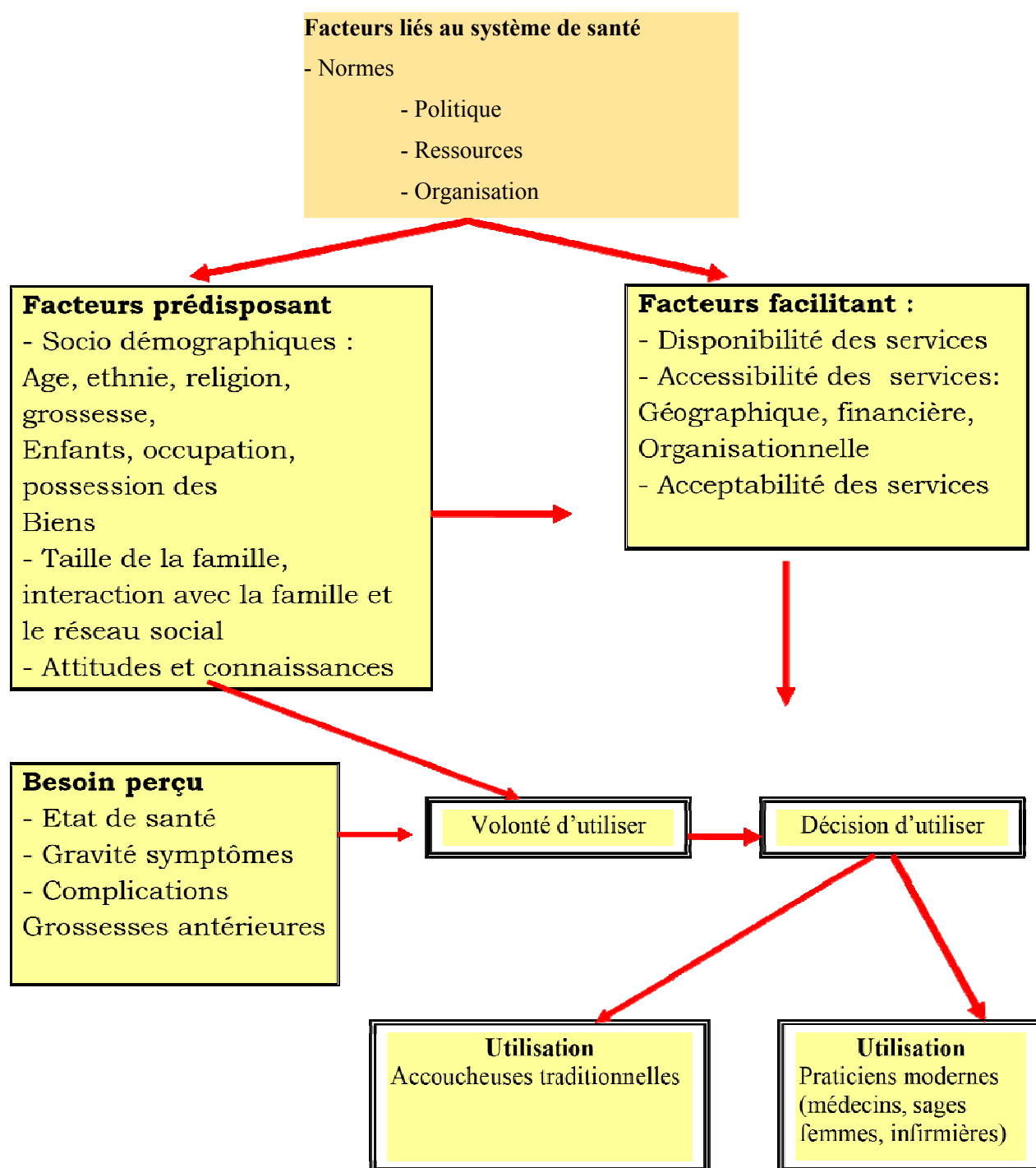


Figure 1: Cadre conceptuel du système de soins d'après le modèle de Poole et Carlton (1986).

1.2. Déterminants liés à la qualité de soins

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

a. Selon l'école américaine :

La qualité des soins recouvre cinq composantes:

- L'efficacité médicale ;
- La conformité aux normes scientifiques admises par les plus hautes autorités en la matière ;
- L'adéquation entre l'offre de prestation et les besoins des malades ;
- La sûreté (minimum de risque pour le malade) ;
- L'efficacité économique permet à qualité égale une utilisation optimale des ressources disponibles[5].

b. Selon l'OMS

La qualité est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques. Elle lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale au meilleur coût pour un même résultat au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins[5].

Selon **Donabedian (1980)**, la satisfaction peut être considérée comme un résultat de la prestation de service (les usagers plus satisfaits sont plus fidèles au traitement). Les usagers peuvent contribuer à définir la qualité dans ce domaine. Ils ont généralement une vision plus large que celle des praticiens (notamment en ce qui attrait aux aspects interpersonnels). En exprimant leur niveau de satisfaction, les usagers font une évaluation de la qualité des services[5].

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

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

La quatrième catégorie (**l'acceptabilité**) prend en compte l'environnement technique, social et les caractéristiques de la personne concernée par l'intervention ou l'acte. Finalement, les notions de légitimité et d'équité se rapportent à des préférences ainsi qu'à des valeurs sociales[5].

1.3. Tableau I : Attributs et dimensions de la qualité[5].

| |
|--|
| Ressources |
| <ul style="list-style-type: none">- Présence de médicaments de qualité- Disponibilité des médicaments- Locaux adéquats- Disponibilité « d'appareils »- Nombre de médecins (en fait de personnels de santé)- Personnel qualifié pour traiter les hommes- Personnel qualifié pour traiter les femmes |
| Processus de qualité (aspects techniques) |
| <ul style="list-style-type: none">- Examen clinique convenablement exécuté- Utilisation appropriée- Diagnostic bien porté- Médicaments adéquats prescrits- Surveillance jusqu'à la guérison |
| Processus (aspects interpersonnels) |
| <ul style="list-style-type: none">- Accueil convenable- Marques de compassion (voire pitié)- Respect du patient en tant que personne- Temps consacré suffisant- Exploitation pour éviter que la maladie ne se reproduise Honnêteté dans les comportements professionnels et extra professionnels |
| Résultats |
| <ul style="list-style-type: none">- Efficacité des soins- Guérison rapide |

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

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

Enfin, si les soins occupent une place importante dans l'amélioration de l'état de santé d'une population, la présence d'un environnement physique, économique et culturel approprié reste la clé sans laquelle il est vain de vouloir espérer une amélioration des principaux indicateurs de santé[5]. C'est dans cette optique que notre étude tentera de montrer l'importance des données socioculturelles du patient dans la relation thérapeutique.

2- Hypothèses

- L'inadaptation de la prise en compte de l'identité culturelle du patient est corrélée à l'utilisation des services de santé.
- La prise en compte de l'accueil et du niveau d'information des usagers peut contribuer à l'amélioration de la qualité des soins.
- La dimension anthropologique de l'accueil du patient contribue à la qualité des soins.

3. Objectifs

3.1 Objectif général

Documenter le système d'accueil ; d'information et de la prise en charge des usagers au niveau des structures de soins du district de Bamako.

3.2 Objectifs spécifiques

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

4. Justification de la recherche

L'utilisation des services de santé de premier niveau en Afrique reste faible malgré les efforts importants qui ont été consacrés, depuis plus d'une décennie, pour renforcer l'offre de soins. Un grand débat s'est instauré sur les facteurs de cette faible utilisation, les uns incrimant principalement la tarification, les autres montrant que les déterminants négatifs vont bien au-delà de cette seule tarification. L'objet de cette étude est de faire le point sur la question afin d'une part d'identifier les facteurs tant négatifs que positifs de l'utilisation de ces services en Afrique sub-saharienne et plus particulièrement au Mali et d'autre part, de faire des propositions concrètes et réalisables pour améliorer l'utilisation de ces services au Mali. Si la qualité de service est l'une des explications du niveau d'utilisation, cette étude montre aussi l'importance d'un ensemble d'autres facteurs qui devraient être pris en compte pour améliorer la

fréquentation des services. Parmi ceux-ci, l'éthique n'est pas le moindre. Accorder une place particulière à l'éthique dans les programmes de formation sanitaire sur l'exercice des professionnels de santé est l'une des priorités pour reconstruire le capital de confiance entre population et prestataires de soins.

DEMARCHE METHODOLOGIQUE

III- Démarche méthodologique

1-Cadre et lieu d'étude :

Notre étude a été menée dans la commune III du district de Bamako.

Présentation de la commune III du district de Bamako

La commune III du district de Bamako couvre une Superficie d'environ 23 km² soit 7% de la superficie de Bamako pour une population de 134916 habitants en 2011 dont 68 025 femmes et 66 891 hommes (INSTAT, 2011) c'est une commune urbaine Située sur la rive Gauche du fleuve Niger.

Par ordonnance N° 78-34/CMLN du 18 août 1978 déterminant les limites des communes du district de Bamako, la commune III est limitée :

- au nord par le cercle de Kati.
- à l'est par le boulevard du peuple qui la sépare de la commune II.
- au sud par la portion du fleuve Niger comprise entre le pont des martyrs et le motel de Bamako.
- à l'ouest par la commune IV en suivant la rivière farako à partir du lido, par l'avenue des grottes devenue CHEIK ZAED ELMAYAN BENSULTAN qui enjambe la dite rivière et enfin la route de l'ancien aéroport dite route ACI 2000 passant derrière le cimetière de Hamdallaye pour joindre la zone du motel.

La commune III est constituée de dix-huit quartiers qui sont: Ouolofobougou, Ouolofobougou bolibana, Bravéla, Bravéla bolibana, Bamako coura, koulouba, Bamakocoura bolibana, Darsalam, BadialanI, BadialanII, BadialanIII, PointG, Kodabougou, Sogonafing, N'tomikorobougou, Niomirambougou, Centre commercial et Samé.

Dans la commune nous rencontrons tous les échelons de la pyramide sanitaire : le premier constitué par les centres de santé communautaires au nombre de huit

(8), le centre de santé de référence (1), les hôpitaux nationaux. Ils sont appuyés par le secteur privé, et les services de santé de l'armée.

Les CSCOM sont au nombre de huit : ASACOTOM, ASACODES, ASACOKOULPT, ASACOBAKON, ASACODRAB, ASACODAR, ASACOOB, ASACOM.

La commune III est sans nul doute celle qui dispose les infrastructures sanitaires les plus performantes du district de Bamako car abritant le CHU du point G, du CHU Gabriel Touré, de L'IOTA et du CHU D'odontostomatologie.

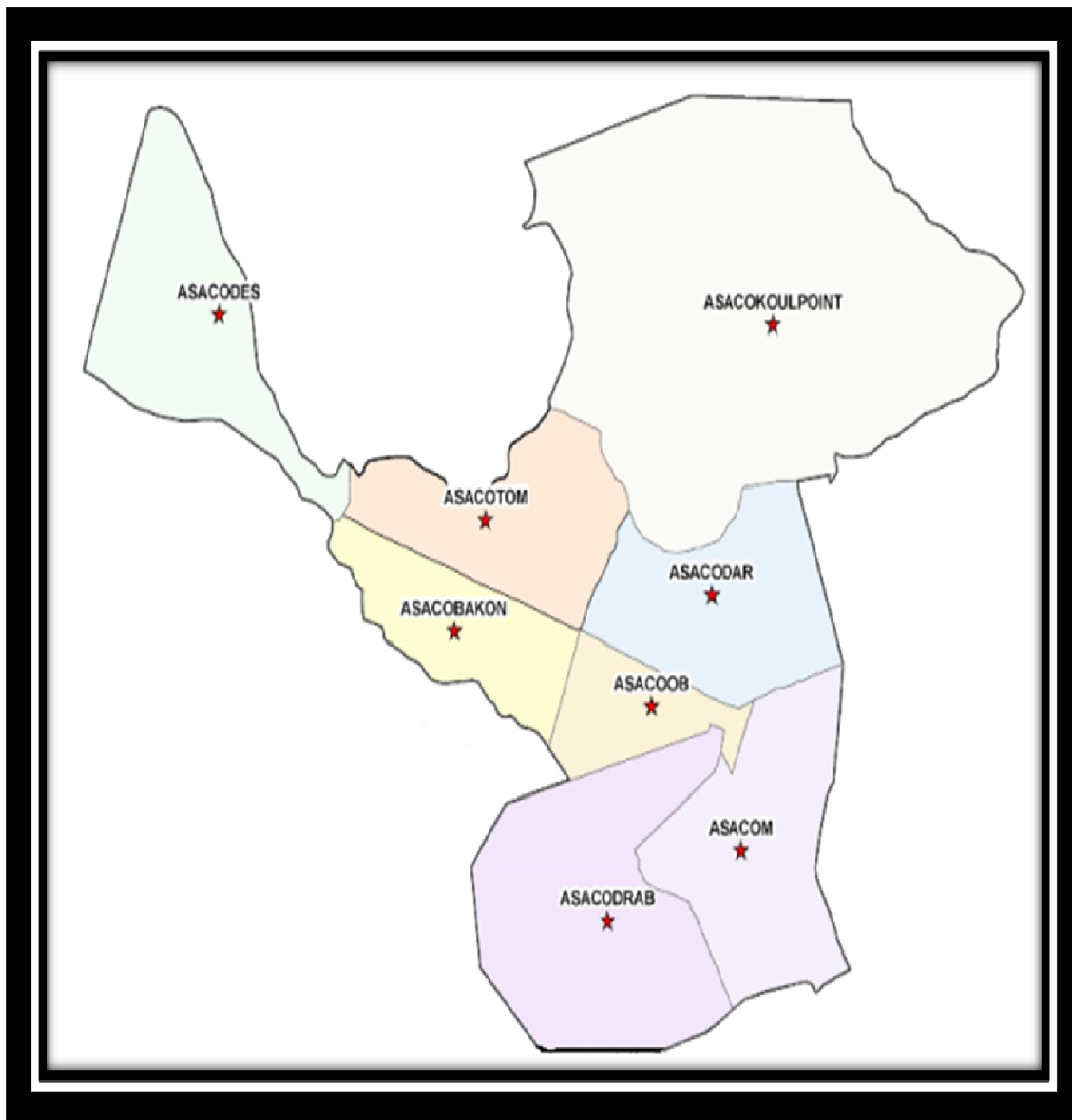


Figure 2: Carte sanitaire de la commune III du district de Bamako.[15]

TABLEAU III: Répartition de la population totale de la commune III du district de Bamako/quartier/sexe, avec nombre de ménage et de concessions estimées par quartier en 2011.

| QUATIERS COMMUNE III | HOMME | FEMME | TOTAL | MENAGE | CONCESSION |
|----------------------------------|---------------|---------------|----------------|---------------|-------------------|
| Badialan 1 | 5 397 | 5 720 | 11 117 | 1 737 | 668 |
| Badialan 2 | 1 267 | 1 413 | 2 680 | 419 | 161 |
| Badialan 3 | 3 925 | 4 057 | 7 982 | 1 247 | 480 |
| Bamako coura | 6 473 | 6 894 | 13 367 | 2 089 | 803 |
| Bamako coura bolibana | 7 352 | 8 124 | 15 476 | 2 418 | 930 |
| Centre commercial | 2 218 | 1 985 | 4 203 | 657 | 253 |
| Darsalam | 5 638 | 5 858 | 11 497 | 1 796 | 891 |
| Dravéla | 3 081 | 3 265 | 6 346 | 992 | 381 |
| Dravéla bolibana | 1 986 | 2 030 | 4 016 | 628 | 241 |
| Kodabougou | 3 086 | 3 045 | 3 131 | 958 | 368 |
| Koulouba village | 2 688 | 2 728 | 5 416 | 846 | 325 |
| Niomirambougou | 2 198 | 2 014 | 4 211 | 658 | 253 |
| N'Tomikorobougou | 7 471 | 7 930 | 15 401 | 2 406 | 926 |
| OUOLOFOBOUGOU | 1 974 | 2 121 | 4 095 | 640 | 246 |
| Ouolofobougou bolibana | 5 266 | 5 652 | 10 918 | 1 706 | 656 |
| Piont G | 2 404 | 2 369 | 4 773 | 746 | 287 |
| Samé | 1 608 | 1 607 | 3 215 | 502 | 193 |
| Sogonafing | 897 | 809 | 1 705 | 266 | 102 |
| PERSONNES AMBASSADE | 314 | 284 | 598 | 93 | 36 |
| POPULATION FLOTTANTE | 1 654 | 129 | 1 783 | 279 | 107 |
| TOTAL | 66 891 | 68 025 | 134 916 | 21 081 | 8 108 |

2- Variables utilisées :

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

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

3- Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive.

4- Population d'étude et échantillon

4.1. Population d'étude et d'échantillonnage :

Toute personne résident dans la commune III au moins six mois et qui utilise les services des centres de santé de la dite commune.

▪ Lamine Diakité (2009), dans son étude intitulée : « Accueil ; information et prise en charge des usagers. Cas des centres de santé en communes V et VI du district de Bamako(MALI) » a trouvé que (p=) 27,69 (28%) ; des usagers trouvaient que l'accueil était excellent. Aussi, nous avons calculé la taille de notre échantillon d'étude à travers la formule de Daniel Schwartz.

$$n = z^2 pq/i^2$$

n= taille minimale de l'échantillon.

z = paramètre lié au risque d'erreur (z=1,96 pour un risque de 5%)

P= prévalence attendue du phénomène étudié

elle est exprimée en fraction de 1 ; pour notre étude elle est de 0,28.

q=1-p ; prévalence attendue des personnes ne présentant pas le phénomène étudié, elle est exprimée en fraction de 1 ; q= 0,72

i= précision absolue souhaitée, elle est également exprimée en fraction de 1 et évaluée à 0,05.

Ainsi la taille minimale de l'échantillonnage est de :

$$n = (1,96)^2(0,28)(0,72)/(0,05)^2 = 309,78 \approx 310$$

4.2. Critères d'inclusion:

- les hommes et femmes âgés de 18 ans et plus.
- toute personne résidant en commune III depuis au moins six mois.
- présent à domicile le jour de l'enquête et acceptant de participer à l'enquête.

4.3. Critères de non inclusion :

- les hommes et femmes âgés de moins de 18 ans ;
- les personnes ne pouvant répondre aux questions à cause de déficit ou d'un handicap (déficience intellectuelle, démence.)
- toute personne qui refuse de participer à l'enquête.

5. Techniques de collecte des données :

La distribution de l'échantillon s'est faite sur la base d'un tirage aléatoire. Ainsi un sur deux des quartiers ont été sélectionnés parmi les dix-huit quartiers à savoir : Koulouba village, Sogonafing, N'Tomikorobougou, Darsalam, Samé, Badialan 2, Badialan 3, Dravéla bolibana, Bamako coura bolibana. L'enquête a concerné 315 ménages repartis entre les neuf quartiers sélectionnés, soit 35 ménages par quartier

A l'intérieur des zones d'enquêtes, le choix de l'unité statistique a été fait de façon systématique. Nous avons comme matériels des fiches d'enquête, un cahier de 100 pages, un crayon, des bics, des feuilles de papiers format A4, une calculatrice, une moto pour le déplacement entre les différents quartiers.

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

- Le module 1: Traite le statut sociodémographique des enquêtés ;
- Le module 2 : traite la fréquence d'utilisation des services de santé par les usagers ;
- Le module 3: s'intéresse au niveau d'appréciation de l'accueil par les usagers ;
- Le module 4 : qui traite le niveau de satisfaction des usagers.

La méthode de collecte des données utilisée, consistait à entrer dans une concession et à interroger le couple ou l'une des Personnes du couple présent. Nous avançons de proche en proche dans les concessions avoisinantes jusqu'à obtenir le nombre attendu pour le quartier en question.

6- Pas de sondage :

Le pas de sondage est obtenu par la formule suivante :

$$\text{Le pas de sondage} = \frac{\text{Nombre de concession des quartiers sélectionné}}{\text{Taille minimale de l'échantillon}}$$

$$\text{Pas de sondage} = \frac{4249}{310} = 13,70 \approx 14$$

7- le choix des concessions :

Le centre des différents quartiers a été considéré comme point de départ. Nous avons choisila méthode EPI pour le choix de la rue.

Dans la rue choisie chaque concession était numérotée et nous avons procédé par un tirage au sort, le numéro tiré correspondait à la première concession à visiter. Dans chaque concession choisie nous avons choisis un ménage au hasard, et toutes les personnes adultes âgées de 18 ans au moins étaient interrogée jusqu'à l'obtention de l'effectif requis.

Nous visitionsla concession suivante en allant sur la droite; la première concession étant séparée de 14 concessions de la deuxième.

8- Gestion et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS 22.0 et Excel 2013. Des vérifications des données ont été faites sur la base de l'examen de la distribution des variables. L'analyse statistique descriptive a été faite par des tableaux croisés. Le test de Khi II (χ^2) a été utilisé pour la significativité de certains de nos résultats. Une valeur p obtenue inférieure à 0,05 implique qu'il y'a une relation statistiquement significative entre les valeurs des caractères considérés. Le traitement de texte a été fait sur le logiciel Word 2013.

9- Considérations éthiques :

Nous avons reçu une double formation certifiée en langue nationale bamanan et en éthique de recherche (en annexe) afin d'une part de développer une communication centrée sur les aptitudes langagières des usagers des centres de service de soins. Et d'autre part de mieux aviser en matière de respect des règles et des principes déontologiques, éthiques et de protection des droits, valeurs et vie privée des usagers et des prestataires.

En effet, le respect de la déontologie médicale fait partie intégrante de la présente étude qui s'est évertuée au respect des aspects suivants :

- L'information pour le consentement libre et éclairé des ménages et des personnes enquêtés ;
- Le respect de la personne humaine dans ses opinions, dans ses décisions avec une information éclairée et adoptée ;
- La garantie de la confidentialité et de l'anonymat par un accès restrictif.

10- Diagramme de GANT: chronogramme

| Planning des activités | Date | | | | | | | | |
|---|-------------------------------|--------------|-----------------|--------------|---------------------|------------|----------------|--------------|----------------------|
| | Décembre 2013 Janvier 2014 | Février 2014 | Début-mars 2014 | Mi-mars 2014 | Fin Mars avril 2014 | Avril 2014 | Avril mai 2014 | Juillet 2014 | Juillet octobre 2014 |
| Formation en langue bamanan | ✓ | | | | | | | | |
| Formation en éthique | | ✓ | | | | | | | |
| Proposition de sujets de thèse | | | ✓ | | | | | | |
| Obtention du thème et formation du groupe de travail | | | | ✓ | | | | | |
| Revue documentaire | | | | | ✓ | | | | |
| Elaboration et correction du protocole de thèse par le directeur de thèse | | | | | | ✓ | | | |
| Enquête, collecte et analyse des données | | | | | | | ✓ | | |
| Première correction du document par le directeur | | | | | | | | ✓ | |
| Deuxième correction du document par le président et les membres du jury | | | | | | | | | ✓ |
| Correction finale et soutenance | | | | | | | | | |

RESULTATS

IV-Résultats :

1- Etude quantitative

Notre enquête s'est déroulée du 15 mars au 30 mai 2014 dans la commune III du district de Bamako. Elle a concerné 315 ménages dont les résultats sont les suivants :

1.1. Caractéristiques socio-démographiques des personnes enquêtées.

Tableau IV: Répartition des participants en fonction du sexe.

| Sexe | Fréquence | Pourcentage (%) |
|----------------|------------|-----------------|
| Masculin | 80 | 25,4 |
| Féminin | 235 | 74,6 |
| Total | 315 | 100,0 |

Le sexe féminin a représenté 74,6% des participants à l'étude.

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

| Tranche d'âge | Fréquence | Pourcentage (%) |
|------------------|------------|-----------------|
| 18-26 ans | 84 | 26,7 |
| 27-35 ans | 128 | 40,6 |
| 36-44 ans | 46 | 14,6 |
| 45 ans et plus | 57 | 18,1 |
| Total | 315 | 100,0 |

La tranche d'âge [27-35] a été la plus représentative avec 40,6% des participants à l'étude.

Tableau VI: Répartition des participants en fonction de la tranche d'âge et du

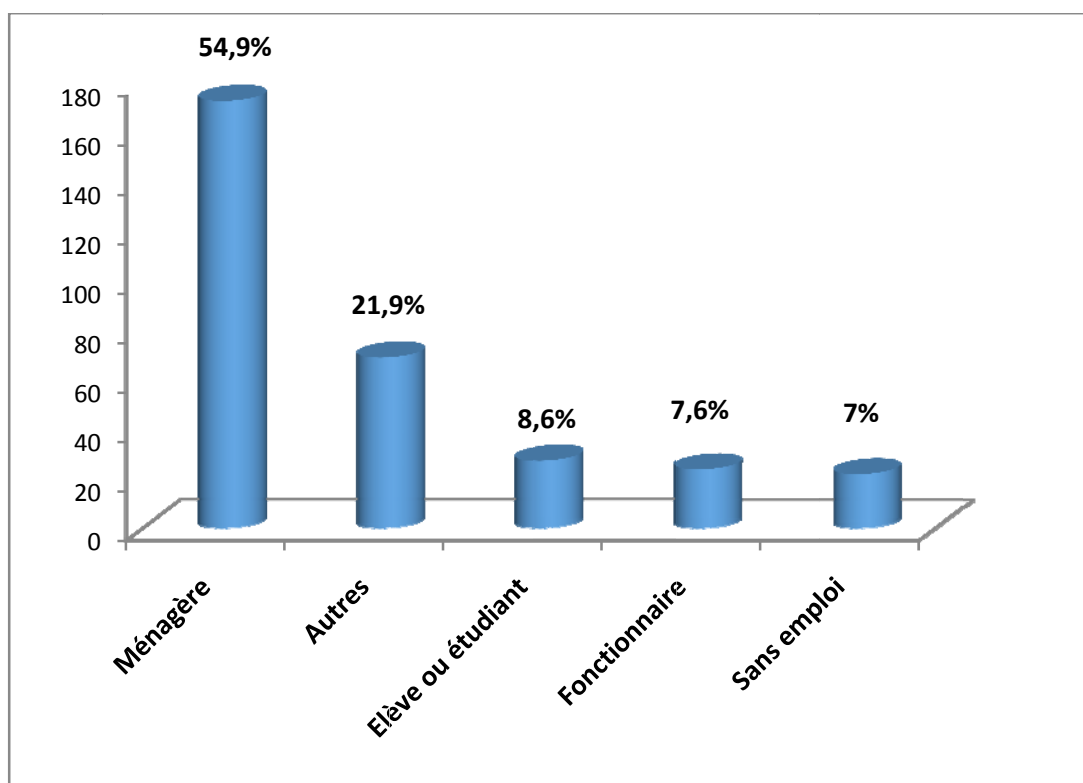
Sexe.

| Sexe | Tranche d'âge | | | | Total(%) n |
|----------|----------------|-----------------|----------------|----------------|-----------------|
| | 18-26 ans | 27-35 ans | 36-44 ans | 45 ans et plus | |
| Masculin | 14 (16,7%) | 21 (16,4%) | 16 (34,8%) | 29 (50,9%) | 80 (25,4%) |
| Féminin | 70 (83,3%) | 107 (83,6%) | 30 (65,2%) | 28 (49,1%) | 235 (74,6%) |
| Total | 84 (100,0%) | 128 (100,0%) | 46 (100,0%) | 57 (100,0%) | 315 (100,0%) |

Khi II= 30,511

p = 0,000

La tranche d'âge [27-35ans] a été la plus représentée pour le sexe féminin soit 83,6%.



Autres : Commerçants (33), chauffeurs (22), ouvriers (9), bouchers (5).

Figure 3: Répartition des participants en fonction de la profession.

Les ménagères ont prédominé avec 54,9%.

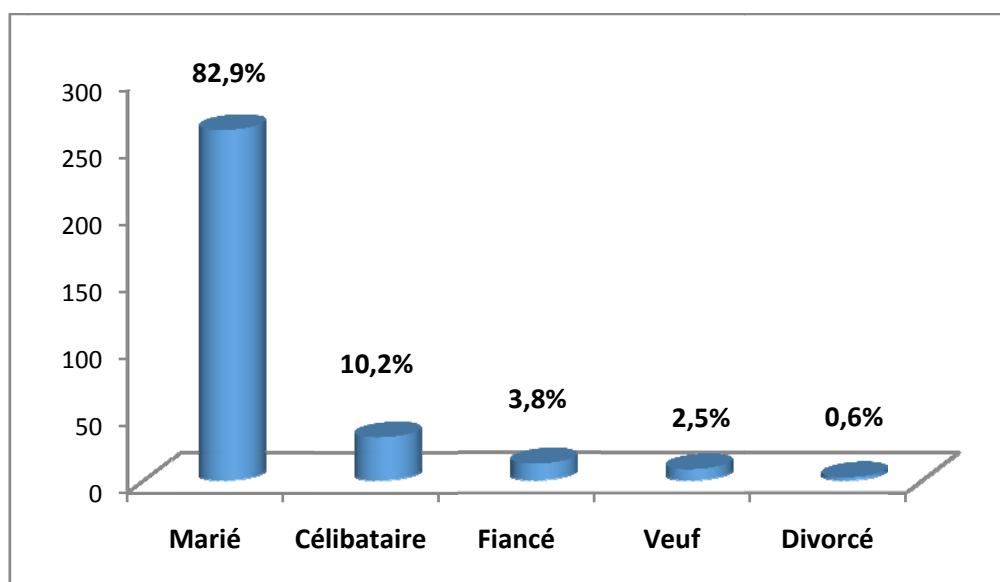


Figure 4: Répartition des participants en fonction du statut matrimonial.

Les marié(e)s ont prédominé avec 82,9%.

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

| Statut | Fréquence | Pourcentage (%) |
|--------------|------------|-----------------|
| Mère | 203 | 64,4 |
| Père | 57 | 18,1 |
| Enfant | 37 | 11,7 |
| Cousins | 18 | 5,7 |
| Total | 315 | 100,0 |

Les mères ont prédominé avec 64,4% des participants à l'étude.

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

| Distance | Fréquence | Pourcentage (%) |
|---|------------|-----------------|
| Moins d'un demi (1/2) km | 121 | 38,4 |
| Entre un demi (1/2) et un (1) km | 181 | 57,5 |
| Plus d'un (1) km | 13 | 4,1 |
| Total | 315 | 100,0 |

La distance entre un demi (1/2) et un (1) km a été la plus représentative avec 57,5% des participants à l'étude.

1-2. Fréquentation des centres de santé.

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

| Fréquentation | Fréquence | Pourcentage (%) |
|---|------------|-----------------|
| Fréquentation des centres de santé | 282 | 89,5 |
| Non fréquentation des centres santé | 33 | 10,5 |
| Total | 315 | 100,0 |

La fréquentation a été de 89,5%.

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

| Sexe | Fréquentation | | Total(%) n |
|----------|-----------------|----------------|-----------------|
| | oui | non | |
| Masculin | 72 (25,5%) | 8 (24,2%) | 80 (25,4%) |
| Féminin | 210 (74,5%) | 25 (75,8%) | 235 (74,6%) |
| Total | 282 (100,0%) | 33 (100,0%) | 315 (100,0%) |

Khi II= 0,026

p = 0,872

Les femmes fréquentaient plus les centres de santé soit 74,5%.

Tableau XI:Répartition des participants qui fréquentent les centres de santé en fonction de la tranche d'âge.

| Tranche d'âge | fréquentation | | Total(%) n |
|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| | oui | non | |
| 18-26 ans | 78 (27,7%) | 6 (18,2%) | 84 (26,7%) |
| 27-35 ans | 117 (41,5%) | 11 (33,3%) | 128 (40,6%) |
| 36-44 ans | 38 (13,5%) | 8 (24,2%) | 46 (14,6%) |
| 45 ans et plus | 49 (17,4%) | 8 (24,2%) | 57 (18,1%) |
| Total | 282 100,0%) | 33 (100,0%) | 315 (100,0%) |

Khi II = 4,594

p = 0,204

Le taux de fréquentation était plus élevé dans la tranche d'âge [27-35] soit 41,5%.

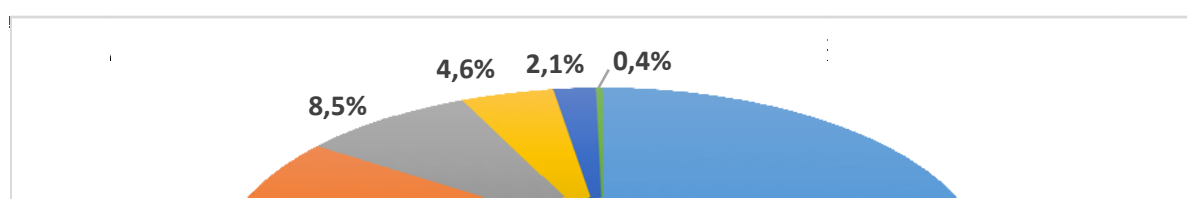


Tableau XV: Répartition des participants en fonction des méthodes de traitements alternatifs.

| Méthode alternatifs | Fréquence | Pourcentage (%) |
|------------------------------|------------|-----------------|
| Pratique non médicale | 202 | 64,1 |
| Pratique médicale | 113 | 35,9 |
| Total | 315 | 100,0 |

Parmi les 315 ménages, 202 ont eu recours à d'autre pratique en dehors de la médecine moderne soit 64,1%.

Tableau XVI: Répartition des participants en fonction des méthodes de traitements alternatifs et du sexe.

| Sexe | Traitement alternatif | | Total(%) n |
|----------|-----------------------|-----------------|-----------------|
| | oui | non | |
| Masculin | 45 (22,3%) | 35 (31,0%) | 80 (25,4%) |
| Féminin | 157 (77,7%) | 78 (69,0%) | 235 (74,6%) |
| Total | 202 (100,0%) | 113 (100,0%) | 315 (100,0%) |

Khi II = 2, 892

p = 0,089

Le sexe féminin avait plus de recours aux traitements alternatifs avec 77,7%.

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

| Méthodes de traitements alternatifs utilisés | Fréquence | Pourcentage (%) |
|--|-----------|-----------------|
|--|-----------|-----------------|

ACCUEIL, INFORMATION ET PRISE EN CHARGE DES USAGERS

| | | |
|------------------------|------------|-------------|
| Marabout | 20 | 6,3 |
| Guérisseur | 169 | 53,7 |
| Personnes âgées | 14 | 4,4 |
| Pas d'autres pratiques | 112 | 35,6 |
| Total | 315 | 100,0 |

Les guérisseurs traditionnels ont constitué les principaux recours en dehors de la médecine moderne avec 53,7%.

Tableau XVIII: Répartition des participants en fonction des méthodes de traitements alternatifs utilisés et du sexe.

| Sexe | Traitements alternatifs utilisés | | | Total(%) |
|----------|----------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | Marabout | Guérisseur | Personnes âgées | n |
| Masculin | 8 (40,0%) | 37 (21,9%) | 0 (0,0%) | 45 (22,2%) |
| Féminin | 12 (60,0%) | 132 (78,1%) | 14 (100,0%) | 158 (77,8%) |
| Total | 20 (100,0%) | 169 (100,0%) | 14 (100,0%) | 203 (100,0%) |

Khi II = 7,681

p = 0,021

Les femmes ont eu plus de recours aux guérisseurs traditionnels soit 78,1%.

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

| Délai de consultation | Fréquence | Pourcentage(%) |
|-----------------------|-----------|----------------|
|-----------------------|-----------|----------------|

| | | |
|---|------------|--------------|
| Directement après la découverte de la maladie | 254 | 90,1 |
| Après avoir essayé tous les traitements traditionnels | 20 | 7,1 |
| Lorsque la maladie s'aggrave | 8 | 2,8 |
| Total | 282 | 100,0 |

Selon les enquêtés, après le début de la maladie 90,1% se sont rendues directement au centre de santé.

Tableau XX: Répartition des usagers en fonction du moyen de déplacement utilisé.

| Moyens de déplacement | Fréquence | Pourcentage (%) |
|-----------------------|------------|-----------------|
| Bicyclette | 4 | 1,4 |
| Moto | 133 | 47,2 |
| Automobiles | 111 | 39,4 |
| Pied | 34 | 12,1 |
| Total | 282 | 100,0 |

La moto a été le moyen de déplacement le plus utilisé avec 47,2%.

Tableau XXI: Répartition des usagers en fonction du moyen de déplacement utilisé et du sexe.

ACCUEIL, INFORMATION ET PRISE EN CHARGE DES USAGERS

| Sexe | Moyen de déplacement | | | | Total(%) n |
|----------|----------------------|-----------------|-----------------|----------------|-----------------|
| | Bicyclette | Moto | Automobiles | Pied | |
| Masculin | 4 (100,0%) | 48 (36,1%) | 16 (14,4%) | 4 (11,8%) | 72 (25,5%) |
| Féminin | 0 (0,0%) | 85 (63,9%) | 95 (85,6%) | 30 (88,2%) | 210 (74,5%) |
| Total | 4 (100,0%) | 133 (100,0%) | 111 (100,0%) | 34 (100,0%) | 282 (100,0%) |

Khi II = 30,070

p = 0,000

Les hommes utilisaient plus la moto soit 36,1%.

Tableau XXII: Répartition des usagers en fonction du moyen de déplacement Utilisé et de la tranche d'âge.

| Tranche d'âge | Moyen de déplacement | | | | Total(%) n |
|----------------|----------------------|-----------------|-----------------|----------------|-----------------|
| | Bicyclette | Moto | Automobiles | Pied | |
| 18-26 ans | 2 (50,0%) | 37 (27,8%) | 32 (28,8%) | 7 (20,6%) | 78 (27,7%) |
| 27-35 ans | 0 (0,0%) | 57 (42,9%) | 47 (42,3%) | 13 (38,2%) | 117 (41,5%) |
| 36-44 ans | 0 (0,0%) | 18 (13,5%) | 14 (12,6%) | 6 (17,6%) | 38 (13,5%) |
| 45 ans et plus | 2 (50,0%) | 21 (15,8%) | 18 (16,2%) | 8 (23,5%) | 49 (17,4%) |
| Total | 4 (100,0%) | 133 (100,0%) | 111 (100,0%) | 34 (100,0%) | 282 (100,0%) |

Khi II = 7,728

p = 0,562

La moto, les automobiles ont été les moyens de déplacement les plus utilisés dans toutes les tranches d'âge.

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

Tableau XXIII : Répartition des participants en fonction de l'accès à l'information liée à la santé.

| Accès à l'information | Fréquence | Pourcentage (%) |
|-----------------------|------------|-----------------|
| Oui | 313 | 99,4 |
| Non | 2 | 0,6 |
| Total | 315 | 100,0 |

Presque tous les participants ont affirmé avoir accès à l'information liée à la santé soit 99,4%.

Tableau XXIV: Répartition des participants en fonction de l'accès à l'information liée à la santé et du sexe.

| Sexe | Accès à l'information | | Total(%) n |
|------|-----------------------|-----|---------------|
| | oui | Non | |
| | | | |

ACCUEIL, INFORMATION ET PRISE EN CHARGE DES USAGERS

| | | | |
|----------|-----------------|---------------|-----------------|
| Masculin | 80 (25,6%) | 0 (0,0%) | 80 (25,4%) |
| Féminin | 233 (74,4%) | 2 (100,0%) | 235 (74,6%) |
| Total | 313 (100,0%) | 2 (100,0%) | 315 (100,0%) |

Khi II = 0,685

p = 0,408

Tous les hommes ont accès à l'information liée à la santé.

Tableau XXV: Répartition des participants en fonction des moyens d'information utilisée.

| Moyens d'informations | Fréquence | Pourcentage (%) |
|-----------------------------|------------|-----------------|
| Radio | 69 | 21,9 |
| Télévision | 229 | 72,7 |
| campagne de sensibilisation | 13 | 4,1 |
| Lecture | 2 | 0,6 |
| Pas accès à l'information | 2 | 0,6 |
| Total | 315 | 100,0 |

Le moyen le plus utilisé pour s'informer, était la télé.

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

| Information sur l'état de santé | Fréquence | Pourcentage (%) |
|---------------------------------|-----------|-----------------|
|---------------------------------|-----------|-----------------|

ACCUEIL, INFORMATION ET PRISE EN CHARGE DES USAGERS

| | | |
|--------------|------------|--------------|
| Oui | 243 | 86,2 |
| Non | 39 | 13,8 |
| Total | 282 | 100,0 |

Les patients ayant reçu l'information sur leur état de santé était majoritaire soit 86,2%.

1.4. Evaluation du niveau d'appréciation de l'accueil.

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

| Satisfaction de l'accueil | Fréquence | Pourcentage (%) |
|---------------------------|------------|-----------------|
| Très satisfaisant | 136 | 48,2 |
| Assez satisfaisant | 102 | 36,2 |
| Peu satisfaisant | 21 | 7,4 |
| Pas du tout satisfaisant | 23 | 8,2 |
| Total | 282 | 100,0 |

Le taux de satisfaction des usagers était de 84,4%.

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

| Sexe | Niveau de satisfaction | | Total(%) |
|------|------------------------|--|----------|
| | | | n |

ACCUEIL, INFORMATION ET PRISE EN CHARGE DES USAGERS

| | Très satisfaisant | Assez satisfaisant | Peu satisfaisant | Pas du tout satisfaisant | |
|----------|-------------------|--------------------|------------------|--------------------------|-----------------|
| Masculin | 25 (18,4%) | 25 (24,5%) | 12 (57,1%) | 10 (43,5%) | 72 (25,5%) |
| Féminin | 111 (81,6%) | 77 (75,5%) | 9 (42,9%) | 13 (56,5%) | 210 (74,5%) |
| Total | 136 (100,0%) | 102 (100,0%) | 21 (100,0%) | 23 (100,0%) | 282 (100,0%) |

Khi II = 18,645

p = 0,000

Le taux de non satisfaction était important chez les femmes soit 56,5%.

Tableau XXIX : Répartition des usagers selon la présentation de l'agent de santé.

| Présentation | Fréquentation | Pourcentage(%) |
|--------------|---------------|----------------|
| Oui | 45 | 16,0 |
| Non | 237 | 84,0 |
| Total | 282 | 100,0 |

Les agents de santé ne s'étaient présentés à l'utilisateur dans 84%.

1.5. Evaluation de la prise en charge après le séjour au centre de santé.

Tableau XXX: Répartition des usagers en fonction de la satisfaction de la Consultation.

| Consultation | Fréquence | Pourcentage (%) |
|--------------|-----------|-----------------|
|--------------|-----------|-----------------|

ACCUEIL, INFORMATION ET PRISE EN CHARGE DES USAGERS

| | | |
|--------------------------|------------|--------------|
| Très satisfaisant | 169 | 59,9 |
| Assez satisfaisant | 84 | 29,8 |
| Peu satisfaisant | 17 | 6,0 |
| Pas du tout satisfaisant | 12 | 4,3 |
| Total | 282 | 100,0 |

Le taux de satisfaction était majoritaire soit 59,9%

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

| Satisfaction de la prise en charge | Fréquence | Pourcentage (%) |
|------------------------------------|------------|-----------------|
| Très satisfaisant | 140 | 49,6 |
| Assez satisfaisant | 105 | 37,2 |
| Peu satisfaisant | 24 | 8,5 |
| Pas du tout satisfaisant | 13 | 4,6 |
| Total | 282 | 100,0 |

Parmi les usagers 86,8% ont affirmé avoir été satisfaits de la prise en charge.

Tableau XXXII: Répartition du niveau de satisfaction de la prise en charge des usagers en fonction du sexe.

ACCUEIL, INFORMATION ET PRISE EN CHARGE DES USAGERS

| Sexe | Niveau de satisfaction | | | | Total(%) n |
|----------|------------------------|--------------------|------------------|--------------------------|-----------------|
| | Très satisfaisant | Assez satisfaisant | Peu satisfaisant | Pas du tout satisfaisant | |
| Masculin | 27 (19,3%) | 28 (26,7%) | 12 (50,0%) | 5 (38,5%) | 72 (25,5%) |
| Féminin | 113 (80,7%) | 77 (73,3%) | 12 (50,0%) | 8 (61,5%) | 210 (74,5%) |
| Total | 140 (100,0%) | 105 (100,0%) | 24 (100,0%) | 13 (100,0%) | 282 (100,0%) |

Khi II = 11,644

p = 0,009

Le taux de non satisfaction était supérieur chez les femmes soit 61,5%.

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

| Prestation | Fréquence | Pourcentage (%) |
|------------------|------------|-----------------|
| Très coûteux | 49 | 17,4 |
| Abordable | 228 | 80,9 |
| Moins coûteux | 5 | 1,8 |
| Total | 282 | 100,0 |

Les usagers ont trouvé les prix abordables avec un taux de 80,9%.

Tableau XXXIV: Répartition des usagers selon l'opinion sur leur séjour au centre de santé.

| Usagers | Fréquence | Pourcentage (%) |
|--------------------------|------------|-----------------|
| très satisfaisant | 143 | 50,7 |

:

| | | |
|---------------------------|------------|-------------|
| assez satisfaisant | 101 | 35,8 |
| peu satisfaisant | 19 | 6,7 |
| pas du tout satisfaisant | 19 | 6,7 |
| Total | 282 | 100,0 |

La majorité des usagers étaient satisfaite de la prise en charge dans 86,5% des cas.

2. Résultats qualitative

FOCUS GROUPE

Facilitateur : Siaka Bakary Doumbia; Observateur : Ousmane Dembélé

Lieu : N'TOMIKOROBOUGOU (commune III)

Date : 24/06/2014

Durée : 1H

| ID | Participantes | Age | Scolarisation | Ethnie | Statut | SIM | Phone |
|----|---------------|-----|---------------|----------|------------|---------|----------|
| P1 | ST | 31 | Non | Bambara | Mariée (M) | Orange | 78634720 |
| P2 | AD | 32 | Primaire | Bambara | M | Malitel | 60293842 |
| P3 | FK | 34 | Primaire | Dogon | M | Orange | 71620848 |
| P4 | MF | 29 | Coranique | Sarakolé | M | Orange | 75154606 |

| | | | | | | | |
|-----|----|----|----------|---------|---|---------|----------|
| P5 | MP | 32 | Non | Sonrai | M | Orange | |
| P6 | AK | 28 | Non | Bambara | M | Malitel | 66273009 |
| P7 | OD | 29 | Non | Bobo | M | Orange | 71694541 |
| P8 | AS | 33 | Primaire | Bambara | M | Orange | 76585589 |
| P9 | OC | 29 | Non | Malinké | M | Malitel | 64583736 |
| P10 | AT | 30 | Non | Bambara | M | Orange | 73240945 |

Synthèse des résultats

F: que pensez-vous de l'accueil au niveau des structures sanitaires de votre commune ?

P2 : je pense que l'accueil est acceptable, les autorités (fama) doivent fournir des efforts pour améliorer de plus.

P3 : certains agents de santé ne sont pas bons car ils sont trop négligeant envers les usagers surtout dans notre cscom.

F: pouvez-vous nous donner des explications sur cette négligence ?

P3 : tout simplement je veux dire, l'accueil n'est pas bon.

P4 : quant à moi l'accueil est bon, par ce que chaque fois que pars au centre de santé, je suis bien accueil et bien consulté.

P7 : l'accueil est peu satisfaisant (a ka fisa) mais jusqu'à présent on doit fournir des efforts.

P5 : les Docteurs n'accueillent pas bien les usagers surtout à l'hôpital Gabriel Touré, surtout s'ils savent que tu n'as pas d'argent.

F : es-ce que vous identifiez les travailleurs une fois que vous êtes au centre de santé ?

P5 : non, généralement c'est les petits Docteurs qui font ces choses.

P6 : moi, je fréquente beaucoup les cliniques plus que les structures de santé publiques, par ce qu'à la clinique les travailleurs s'occupent très bien des

malades même si la prestation est chère moi qu'à même je préfère aller à la clinique. L'accueil n'est pas du tout bon dans les centres de santé publique.

F: merci, commençons un autre sujet

F: Avez-vous accès à l'information reliée à la santé ?

P1 : moi qu'à même j'ai l'accès à l'information (ne bè kunnafoni men kènèya kan), à travers la radio, la télévision, quand je pars au centre de santé si je suis malade les docteurs nous informe sur notre état de santé même sur la santé de nos enfants.

P8 : oui, moi aussi en écoutant la radio ou en regardant la télévision j'entends des informations sur le paludisme (sumaya), la contraception (bankekolosi), même sur beaucoup d'autres maladies.

P10 : je n'ai pas de problème concernant l'information sur la santé car j'ai des frères qui sont agents de santé qui m'informe, lors des campagnes de vaccination on nous donne des informations sur la santé.

F:Que pensez-vous du cout de la prestation au niveau des structures sanitaire de votre commune ?

P9 : le cout de la prestation est abordable dans notre cscom même qu'on nous prescrit et souvent on nous des médicaments si nos enfants sont malade.

P3 : ici dans nos centres de santé les injections, le pansement, la consultation ne sont pas chère mais c'est le prix des médicaments qui sont un peu chère.

P7 : moi je trouve que le cout de la prestation est bon dans notre cscom mais c'est le prix des analyses sanguines qui est chère même dans les grands hôpitaux.

P2 : le cout de la prestation est chère particulière à l'hôpital Gabriel Touré surtout le cout des médicaments.

F: Avez-vous recours à d'autres pratiques en dehors de la médecine moderne ?

P1 : oui, par ce que les médicaments traditionnels sont efficace dans le traitement de beaucoup maladies, plus que les médicaments de la médecine moderne.

P6 : j'utilise les médicaments traditionnels par ce que une fois j'étais malade, j'ai consulté dans beaucoup de centres de santé sans succès et depuis que j'ai commencé à prendre des médicaments traditionnels vraiment ça va.

F: Est-ce que vous savez les inconvénients liés aux médicaments traditionnels ?

P8 : depuis longtemps j'utilise le médicament traditionnel même mes enfants mais ça nous a jamais causé de problème.

P4 : moi qu'à même je prends les médicaments traditionnels après avoir essayé les médicaments de la médecine moderne.

F: Que pensez-vous de la prise en charge dans les structures sanitaire de votre commune ?

P5 : je pense que la prise en charge est bonne, chaque fois que je pars au centre de santé on me consulte bien et les médicaments qu'on me prescrit pour ma maladie sont efficaces.

P9 : franchement la prise en charge n'est pas bonne surtout au Gabriel Touré par ce que tu dépense mais tu ne guéris pas.

P10 : quant à moi la prise en charge est correcte, les agents de santé font de leurs mieux nous vous remerciions.

P2 : la prise n'est pas du tout bonne car mon enfant est malade je l'ai amené dans beaucoup de centres de santé on n'a pas pu me dire un diagnostic et finalement nous à la maison.

P7 : la prise en charge est un gros problème par ce que si tu n'as pas d'argent ta prise en charge ne se fait pas bien dans petits centres de santé même dans les hôpitaux.

Je vous remercie

DISCUSSION

V- Les discussions

1- les limites et difficultés :

Au terme de notre enquête transversale descriptive, qui s'est déroulée du 15 mars au 30 mai 2014 dans la commune III du district de Bamako, nous avons questionné 315 ménages. Les difficultés rencontrées ont été pour la plupart liées à la réticence de certains ménages de se soumettre à notre questionnaire.

2- Caractéristiques socio-démographiques des usagers.

2.1. Sexe

Dans notre étude le sexe féminin a prédominé soit 74,6% contre 25,4% pour le sexe masculin (Tableau: IV). Ce résultat est similaire à l'étude de Nimaga MS en 2011 qui a également rapporté une prédominance féminine soit 75% [18].

2.2. Age

La tranche d'âge [27-35] ans a été la plus représentative avec 40,6% participants à l'étude (Tableau: V). Ce résultat est similaire à celui Diakité L en 2009, qui avait rapporté une prédominance de la tranche d'âge [27-34 ans soit 42,1% [17].

2.3. Profession

La profession ménagère était la plus représentée avec 54,9% des participants à l'étude (Figure: 3). Diakité L en 2009 et Nimaga MS en 2011 ont également rapporté une prédominance des ménagères soit 44,7% et 50,2% [17] [18]. Cela pourrait être expliqué par la faible scolarisation des femmes comme disaient les ancêtres, la femme doit rester au foyer.

2.4. Statut matrimonial

Dans notre étude 82,9% des enquêtées étaient marié(e)s contre 10,2% pour les célibataires (Figure: 4). Ce résultat est comparable à ceux de Diakité L en 2009 et de Nimaga MS en 2011 qui ont trouvé une prédominance des marié(e)s soit 73,4% et 73,4% [17] [18]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la religion musulmane préconise le mariage précoce.

2.5. Statut dans la familial

Par rapport au statut familial, les mères ont prédominé avec 64,6% (Tableau:VII). Ce résultat ne diffère pas de façon significative à celui de Diakité L en 2009 qui a également rapporté une prédominance des mères soit 57,1% [17].

3 -Utilisation des services des centres de santé.

A la lumière de nos résultats, nous observons que 282 participants à l'étude fréquentaient les centres de santé sur les 315 soit 89,5% contre 33 soit 10,5% (Tableau: IX). Parmi les 282 usagers, 97,5% ont affirmé avoir reçu des soins dans une structure sanitaire publique contre seulement 12% dans une structure sanitaire privée (Tableau XIII). Cet état de fait est confirmé par l'étude de Mariko B qui a trouvé un taux d'utilisation plus élevé des structures sanitaires publique soit 90,2% [20].

4-Utilisation des méthodes de traitements non médicaux.

Parmi l'ensemble des participants à l'étude soit 315 ménages, 64,1% ont affirmé avoir eu recours à des pratiques non médicales pour leurs traitements contre 35,9% (Tableau: XV). Aussi, il ressort de notre étude que le recours aux guérisseurs traditionnels étaient la méthode la plus utilisée par les participants avec un taux de 53,7% (Tableau: XVII). En effet, nous avons constaté que 7,1% des usagers ne se sont rendus dans un centre de santé qu'à la suite d'une automédication ou un traitement traditionnel. De plus, 90,1% des usagers ont consulté directement après l'apparition des premiers symptômes (Tableau: XIX). Cela montre qu'une grande partie de la population préfère la médecine moderne en première intention et les attitudes diminuent lentement dans une société malienne à vocation rurale et traditionnelle.

5-Niveau d'appréciation de l'accueil.

Nous observons que parmi les participants qui fréquentaient les centres de santé soit 282 participants, seulement 44 personnes soit 15,6% ne sont pas satisfaites

de l'accueil contre 238 personnes soit 84,4% (Tableau : XXVII). Ainsi les services sont très souvent l'objet de plaintes de la part des patients. Nos résultats ne diffèrent pas de façon significative de ceux trouvés par Kanta K dont 73,7% des usagers du CSCOM ont été satisfaits par leur accueil [12].

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

Dans notre étude, 99,4% des participants à l'étude affirmaient avoir l'information liée à la santé contre 0,6% (Tableau: XXIII). Le moyen le plus utilisé reste la télévision avec 72,9% (Tableau: XXV). Ceci peut être considéré comme un indicateur d'espoir sur l'augmentation du taux d'utilisation des services de sante si les ménages suivent des émissions de sensibilisation, d'information, de conseils sur les pathologies médicales ainsi que les mesures de prévention. Aussi, l'augmentation des diffusions des programmes de santé au niveau de l'office des radios et télévisions du Mali (ORTM) permettra d'atteindre les couches les plus défavorisées. Ceci peut avoir un impact sur le taux d'utilisation des services de santé.

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

Parmi les participants qui ont consulté soit 282 ; 86,2% ont affirmé avoir reçu les informations sur leur état de santé, les produits prescrits, la conduite à tenir et l'issue de la maladie contre 13,8% (Tableau: XXVI). Cela démontre que les usagers ont le souci d'avoir des informations sur leur état de santé et n'hésitent pas à demander des informations aux personnels soignants. Parfois, ils réclament

des explications sur la thérapie qu'ils subiront. Certains usagers font même de l'auto-information à travers les revues médicales et les nouvelles technologies de l'information notamment sur les sites web. Ces résultats sont conformes à ceux trouvés par Diakité L en 2009 avec un taux de 96,6% [17].

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

Nous remarquons que la quasi-totalité des ménages ont trouvé le coût des prestations de service abordables soit 80,9% (Tableau: XXXIII). Ceci montre que les populations malgré leur modeste condition de vie fréquentent les centres de santé, ont confiance aux prestataires que la santé a un coût. Cet état est un facteur important à prendre en compte car elle entraîne une augmentation du taux d'utilisation des services de santé. Selon Diakité L en 2009, 76,6% des usagers trouvaient les prix abordables [17].

9-Par rapport à la prise en charge des usagers.

Le taux de satisfaction de la prise en charge était élevé soit 86,8% (Tableau: XXXI). Cela montre que nos structures sanitaires répondent aux besoins de notre population. Cette affirmation est renforcée par l'étude de Modeste en 2008 qui trouve un taux de satisfaction de la prise en charge de 89,8% à Missira [22].

CONCLUSION ET PROPOSITIONS

VI – CONCLUSION

- A la lumière de nos résultats, il est à retenir que le taux d'utilisation des services de santé en particulier les structures publique de la communes III par les usagers reste élevé.
- Concernant le niveau d'appréciation de l'accueil dans les services de santé, il ressort que plus de la majorité des usagers ont été satisfaits.

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

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

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

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

VII-PROPOSITIONS

Au plan opérationnel

A l'endroit des autorités sanitaires et partenaires financiers :

- Améliorer le taux d'alphabétisation de la population ;
- Améliorer la qualité de l'offre de soin ;

- Lutter contre la pauvreté ;
- Equiper les centres de santé communautaire et les centres de santé de référence ;
- Recycler le personnel de santé à travers la formation continue et la formation en gestion administrative et financière ainsi qu'en communication sociale.

A l'endroit du personnel de santé :

- Informer et sensibiliser les populations sur l'importance de la consultation prénatale, des accouchements au CSCOM, de la vaccination, de la planification familiale, les examens et bilans généraux surtout au niveau des ménages ;
- Afficher les prix des médicaments essentiels, des prestations, et les horaires de service afin de mieux informer les patients ;
- Assurer une meilleure gestion des médicaments et des vaccins afin d'éviter les ruptures ;
- Améliorer la qualité de l'accueil, dans toutes les unités du service.

A l'endroit des responsables des centres de santé de la commune III

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

A l'endroit des relais communautaires

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

Au plan de la recherche

- Instaurer un thème de recherche sur les raisons de non fréquentation et du mauvais accueil du personnel dans les centres de santé.

REFERENCES

VIII- Références

1- YANNICK JAFFRE, Anthropologue, shadyc, hautes études en sciences sociales extrait de Programme de santé, mars2000 page 48 adsp n° 30

2-AUDIBERT M, ROODENBEKE E, Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali, analyse de situation et perspectives, Région d'Afrique, département du développement humain, avril 2005.

3-AG IKNANE A, KADJOKE M, KANTE N et AL, Comprendre l'impact de La décentralisation sur les services de la santé de la reproduction en Afrique : le cas du Mali, Analyse documentaire, UE, ASACOB/INRSP, 2003, p 24 ; 118p.

4-GRUENNAIS M-E, Communautés et Etat dans les systèmes de santé en Afrique, in Bernard Hours (dir.) ; système et politique de santé .De la santé publique à l'anthropologie, Karthala /Médecine du monde, Paris 2001, p 67-85.

5-FOURNIER P, HADDAD S, Dimension de la qualité de services de santé en Afrique au Sud du Sahara, in Brunet-Jailley, J(Ed), Innover dans les systèmes de santé :Expérience d'Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala, 1997, 275-278 ; 435p.

6- Yves PRIGENT, psychiatre et psychanalyste, *Vivre la séparation*, Paris, DDB, 1998, p.67.

7-Marc Claude van den BOSSCHE, « Corps sexué-différence sexuelle », dans *Approches du corps*, session interdisciplinaire, ICT, Toulouse, 1996, Ronéo, p 58-59.

8-Mohamed MEBTOUL, acteurs sociaux face à la santé publique, Médecins, Etat et usagers (Algérie), 2002, 89p.

9-MASSE R, La santé publique comme projet politique et projet individuel, in Bernard Hours (dir.) ; système et politique de santé .De la santé publique à l'anthropologie, Karthala /Médecine du monde, Paris 2001, p41-64.

10-AUDIBERT M, E ROODENEBEKE, A PAVY-LETOURMY, J MATHONNAT : Utilisation des services de santé en Afrique: L'approche communautaire en termes d'offre de soins est –elleune réponse, communication présentée au développementdurable et santé dans les pays du sud, Lyon ; Décembre 2004.

11-HUREIKI, JOHNSON, La pensée touarègue ou sens de l'équilibre, les médecins touarègues traditionnelles. Approche ethnographique, Karthala, 1999, p 33-138.

12-KANTA K : Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de Segué (cercle de Kolokani), thèse méd. Bamako, FMPOS, 2007, 154p.

13-SISSOKO H, Aspects reliés à l'utilisation des accouchements traditionnels au Mali, thèse méd. Bamako FMPOS, 2002, 65p.

14-MASMAR, W.KHOURY, H NASSIF, Décembre 2003, Etude sur les caractéristiques de la population libanaise ne bénéficiant d'aucune couverture médicale, université Sain Joseph, Institut de gestion de la santé et de la protection sociale, Rapport, Liban

15-Cellule de planification statistique (CPS). Aire de santé de la commune III du district de Bamako. Avril 2011

16-Institut National de la Statistique (INSTAT), Répartition de la population totale du district de Bamako par commune/ quartier/sexes en 2011, Estimation sur le RGPH-2009

17-NIMAGA MS. Etude de la dimension Anthropologique de l'accueil du patient : cas du cscom du quartier Hippodrome en commune II du district de Bamako (Mali), thèse de médecine, Bamako : FMPOS ; 2011, 5p

18-DIAKITE L. accueil, information et prise en charge des usagers : cas des centres de santé en communes V ET VI du district de Bamako (Mali), thèse de médecine, Bamako: FMPOS; 2009, p 17- 28

19-TRAORE Sidy, COULIBALY Seydou O, SIDIBE Marie-Cécile: Comportement et coûts liés au paludisme chez les femmes des campagnes de pêcheurs dans la zone de Sélingué au Mali. Rapport, Bamako, novembre 1992, 52p.

20- MARIKO B: Evaluation de l'association de santé communautaire de Daoudabougou, Thèse méd. Bamako FMPOS, 2005, 65p.

21- KOUADIO B.Y.O: Les sentiments des parents en consultation de chirurgie pédiatrique. Thèse méd. Abidjan 2004 ; n° 3727 ; 116 p.

22- ZOUMENOU Alcibiade Modeste G. S. Utilisation des services de santé par la population au sein de la commune II du district de Bamako. Etude comparative au sein des quartiers : Missira et la Zone industrielle. Thèse méd. Bamako 2008 ; p 83.

23- KANTE N, SOUMARE N'diaye, Niangalia : Qualité des soins dans les centres de santé communautaire de la région de Koulikoro (république du Mali) ; INRSP, mai 1997, 6 p.

ANNEXES

Questionnaire des ménages

Introduction : Bonjour, je suis étudiant – chercheur en médecine, je vous sollicite pour une entrevue sur la qualité de l'accueil et de la prestation des

services de soins de santé. Il s'agit d'une enquête anonyme et confidentielle et vous êtes libre d'y participer ou de ne pas y participer sans aucun préjudice pour vous ! Voudriez-vous y participer ? Je vous remercie !

1. N° fiche d'enquête / ___ / 2. Date d'enquête / ___ / ___ / ___ /
3. Lieu de l'enquête / _____ / 4- ID de l'enquêteur :
/ _____ /
5- Commune

Caractéristiques sociodémographiques

6. Âge: / ___ / 1- 18 à 26 ans 2- 27 à 35 ans 3- 36 à 44 ans 4- 45 ans et plus ;
7. Sexe : / ___ / 1- Masculin 2- Féminin
8- Profession : / ___ / 1- Fonctionnaire 2- Ménagère 3- Elèves/Étudiant(e)
4- Sans emplois ; 99- Autres à préciser
9. Statut matrimonial: / ___ / 1 = célibataire ; 2 = fiancé (e) ; 3 = marié(e) ;
4 = divorcé(e) 5 = veuf (Ve).
10. Statut de l'interviewé(e) dans la famille
11. Distance CS/ _____ / Km

Evaluer la fréquence d'utilisation des services de santé

12. Fréquentez-vous l'un des centres de santé de la commune III ? / ___ / 1=oui
2=Non
13. Si non, pour quelle raison ? / ___ / 1 = distance ; 2 = accueil ; 3 = prise en charge ;
4 = coût de la consultation ; 5 = coût des médicaments ;
99 = autres (à préciser)
14. Si oui, lequel (lesquels) ? / _____ /
15. Quand est-ce que vous partez au centre de santé ? / ___ /
1. Directement après la découverte de la maladie ;
2. Après avoir essayé tous les traitements traditionnels ;
3. Lorsque la maladie s'aggrave ;

99. Autres à préciser.....
16. Allez-vous au centre de santé chaque fois que vous êtes malades ? / ___ /
1= oui ; 2= non.
17. Allez-vous au centre de santé uniquement pour certaines maladies ? / ___ /
1= oui ; 2 = non.
18. Si oui, quelles sont les maladies pour lesquelles vous consultez le centre de santé
19. Avez-vous recours à d'autres pratiques en dehors de la médecine moderne ? / ___ / 1= oui ; 2= non
20. Si oui, lesquelles? / ___ / 1=Le marabout; 2=Le guérisseur ; 3=Les personnes âgées ; 99= autres (à préciser).....
21. Quel moyen de déplacement utilisez-vous pour aller au centre ? / ___ /
1 = bicyclette ; 2= moto ; 3 = automobiles ; 99 = autres (à préciser)
.....
22. Avez-vous accès à l'information reliée à la santé ? / ___ / 1= oui ; 2= non.
23. Si oui, par quels moyens ? / ___ / 1 = radio ; 2 = télévision journaux ;
3 = réunions ; 99 = autres (à préciser).....
24. Allez-vous au centre de santé quand votre enfant est malade ? / ___ /
1 = oui ; 2 = non.

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

25. A quand remonte votre dernière consultation dans le centre de santé ? / ___ /
1=moins de 15 jours, 2= 15 à 30jours, 3= plus de 30jours.
26. Quel a été le motif de votre consultation ?.....
27. Avez-vous pris des médicaments avant de vous rendre au centre de santé ? / ___ / 1 = oui ; 2= non.
28. Si oui, quelle est la nature de ces médicaments ? / ___ / 1=pharmaceutiques,
2= traditionnels, 4= chinois, 99=autres (à préciser).....

29. Avez-vous été satisfait(e) s de l'accueil reçu ? /___/ 1= très satisfaisant ; 2= assez satisfaisant ; 3 = peu satisfaisant ; 4 = pas du tout satisfaisant.

30. L'agent de santé qui vous a reçu, vous a-t-il suffisamment prêté attention ? /___/ 1 = Beaucoup ; 2 = Moyennement ; 3 = Pas du tout ; 88 = NSP.

31. Les locaux sont-ils agréables ? /___/ 1 = Beaucoup ; 2 = Moyennement ; 3= pas du tout ; 88= NSP

32. Avez-vous identifié les fonctions des personnes travaillant dans le centre? /___/ 1=Oui ; 2=Non.

33. Si oui, lesquelles /___/ 1=Interne ; 2=Médecin ; 3 =Infirmier ; 4=Sage-femme, 5=Aide-soignant ; 99 = Autres (à préciser)

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

34. L'agent de santé s'est-il présenté à vous avant le début de la consultation ? /___/ 1=Oui ; 2=Non.

35. Que pensez-vous de votre consultation ? /___/ 1 = très satisfaisant ; 2 = assez satisfaisant ; 3= peu satisfaisant ; 4= pas du tout satisfaisant

36. Quelle a été la conduite à tenir de l'agent de santé après votre consultation ? /___/ 1 = traitement ambulatoire ; 2 = une observation ; 3 = hospitalisation ; 4 = envoyer vers un spécialiste ; 5 = examens complémentaires.

37. Avez-vous reçu(e) s une ordonnance ? /___/ 1 = oui ; 2 = non.

38. Avez-vous reçu (e) s les informations sur tous les produits inscrits sur votre ordonnance ? /___/ 1= oui ; 2 = non.

39. Où est ce que vous comptez acheter vos médicaments ? /___/ 1 = dans une pharmacie privée ; 2 = à la pharmacie du centre de santé ; 3 = avec les vendeurs ambulants de médicaments.

40. Avez-vous reçu(e) s des informations sans pour autant être obligé(e) de les demander sur votre état de santé ? /___/ 1 = oui ; 2 = non ; 88 = NSP.

41. Si oui, lesquelles ? /___/ 1 = votre traitement ; 2 = votre maladie ;

3 = vos soins ; 4 = les examens complémentaires à réaliser.

42. Avez-vous obtenu(e) s un rendez-vous pour le contrôle ? / ___ / 1 = oui ;

2 = Non

43. Etes-vous retourné(e) s pour consultation de contrôle ? / ___ / 1 = oui ;

2 = non.

44. Qu'avez-vous pensez de la durée entre la première consultation et la consultation de contrôle ? / ___ / 1 = très longue ; 2 = longue ; 3 = raisonnable ; 4 = courte.

45. Le personnel du service a t-il été aimable ? / ___ / 1 = oui ; 2 = non ; 88 = NSP.

46. Que pensez-vous du prix des prestations du centre de santé ? / ___ /

1 = très coûteux ; 2 = abordable ; 3 = moins coûteux.

47. Que pensez-vous des précautions prises par le personnel pour respecter votre intimité ? / ___ / 1 = très satisfaisant ; 2 = assez satisfaisant ; 3 = peu satisfaisant ; 4 = pas du tout satisfaisant.

48. Avez-vous été satisfait(e) s de votre prise en charge ? / ___ / 1 = très satisfaisant ; 2 = assez satisfaisant ; 3 = peu satisfaisant ; 4 = pas du tout satisfaisant.

49. Quelle est votre opinion générale sur votre séjour au centre de santé ? / ___ / 1 = très satisfaisant ; 2 = assez satisfaisant ; 3 = peu satisfaisant ; 4 = pas du tout satisfaisant.

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

Guide d'entretien de focus groupe

Bonjour, je suis étudiant – chercheur en médecine, je travaille sur la qualité de l'accueil et de la prestation des services de santé vous avez été sollicité pour participer à cet groupe de discussion, entant que usagers votre point de vue est important et peut améliorer la qualité de l'accueil et des soins. Cette recherche se fait sur une base anonyme, les propos seront enregistrés afin d'en permettre une analyse la plus proche possible.

La durée de la discussion s'étendra sur une (1) heure.

- 1- Que pensez-vous de l'accueil au niveau des structures sanitaire de votre commune ?
- 2- Avez-vous accès à l'information reliée à la santé ?
- 3- Que pensez-vous du cout de la prestation au niveau des structures sanitaire de votre commune ?
- 4- Avez-vous recours à d'autres pratiques en dehors de la médecine moderne ?
- 5- Que pensez-vous de la prise en charge dans les structures sanitaire de votre commune ?

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : Doumbia

Prénom: Siaka Bakary

Téléphone : (00223) 75-15-06-46

E-mail : siakabakarydoubia@yahoo.fr

Titre : Accueil, Information et prise en charge des usagers : cas des centres de santé en commune III du district de Bamako.

Année universitaire : 2013- 2014

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

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

Secteur d'intérêt : Médecine et Ethique.

RESUME : Nous avons mené une étude transversale descriptive sur l'accueil, information et la prise en charge des usagers en commune III du district de Bamako du 15 mars au 30 mai 2014. Durant ces travaux, nous avons enquêtés 315 ménages. A la lumière de nos résultats, on observe que le sexe féminin a prédominé notre étude avec 74,6% ; le taux de fréquentation des centres de santé a été de 89,5% ; les structures publiques ont enregistré un taux de fréquentation plus élevé à celui des structures privées avec respectivement 97,5% et 2,5%. Notre étude révèle que 7,1% des usagers ne se sont rendus au centre de santé qu'après avoir essayé tous les traitements traditionnels; par rapport au niveau d'appréciation de l'accueil, 84,4% des usagers ont affirmé avoir été satisfaits; au niveau de l'information 99,4% des usagers ont affirmé avoir accès à l'information liée à la santé et 86,2% des usagers en consultation ont affirmé avoir reçu les informations sur leurs états de santé, les produits prescrits, sur la conduite à tenir ; les usagers dans la majorité ont été satisfaits de leur prise en charge soit 86,8%.

Mots clés : Accueil, Information, Prise en charge.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le Jure !