

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT**

**REPUBLIQUE DU MALI**

**ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**Un Peuple - Un But - Une Foi**

**UNIVERSITE DE BAMAKO**



## **Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie**

**Annee Universitaire : 2010 -2011**

**N°...../**

**THÈSE**

UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES  
AIDES MENAGERES

*Présentée et soutenue publiquement le.....2011  
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et  
d'Odonto-Stomatologie*

**Par Mlle Ami DIARRA**

*Pour obtenir le grade de docteur en medecine  
(DIPLOME D'ETAT)*

**JURY**

**Président: Pr Fongoro SAHARE**

**Membre: Dr Mamadou BALLO**

**Dr. Aly CISSE**

**Directeur de Thèse : Pr Samba DIOP**

## **DEDICACES**

**A MON père feu N' TJI DIARRA** à toi je dédie ce travail, toi qui as toujours guidé mes pas m'as donné l'amour des études et le travail bien fait. De ton vivant ton soutien moral et financier ne m'ont jamais fait défaut. Mon souhait était que tu sois présent ce jour mais DIEU ayant décidé ainsi, je sais que tu seras fier de moi ce jour, que DIEU t'accepte parmi les élus du paradis

**A MES MAMANS AISSA DIARRA ET MASENE DIARRA**

A toi Mah je te suis redevable pour la chose plus chère au monde qui est la vie, trouve dans ce travail le témoignage de ma profonde affection et reconnaissance infinie, ce travail est le fruit de ton encouragement.

A toi Banon j'ai toujours admiré tes qualités humaines : humilité modeste tolérance et patience, que DIEU te protège et te donne une longue vie

**A MES TONTONS :** feu Mamadou Diarra ; feu Salif Diarra et Harouna Diarra vos soutiens moral et psychologique n'ont jamais fait défaut. Que dieu vous accorde le paradis

**A MES FRERES ET SŒURS** en témoignage de l'amour fraternel qui nous lie je vous dédie ce travail, c'est une joie pour moi de vous avoir comme frères et sœurs puisse Dieu nous donner longue vie et fasse que nous demeurons unies dans l'entente la paix et la quiétude

**A MES NEVEUX ET NIECES**

Je vous dédie ce travail et vous exhorte à faire au tant

## **REMERCIEMENT**

**A ALLAH** le tout puissant, le miséricordieux gloire à toi merci de m’avoir accorder la santé et de me donner le courage de poursuivre ce travail. Que ta volonté soit faite

**AU PROPHETE MOUHAMED** (paix et salut sur lui) à sa famille, à ses compagnons, et à tout ce qui l’ont suivis jusqu’au jour dernier.

### **A Dr Traore Soumana Oumar**

Merci de m’avoir accepté dans votre service et de transmettre vos connaissances que Dieu vous protège et vous donne une longue vie.

### **A Dr Maiga Mohamed**

Je ne serai te remercie pour tout ce que tu as fait pour moi dans la réalisation de ce travail.

Je souhaite que Dieu t’ouvre le chemin de la connaissance et du succès

**AMEN**

### **A MES AMIS ET CAMARADES**

Maimouna Goro, Kadiatou BANE , Mariam SAKO, Sadatou CISSE, Safiatou Coulibaly, Maimouna DIARRA, Fatoumata SISSOUMA, Assétou SISSOUMA, Kadidia TOURE, Mouhamed MAIGA, Alpha Madani KONE, Amidou CISSE, Djibril BAH, Amidou TOGOLA, Fatoumata MARICO, Alpha K DIAKITE Merci pour l’amitié et les études partagées ensemble.

**A MON GROUPE DE TRAVAIL** Alpha Madani Koné, Yacouba DIARRA, Ousmane, Drissa TOUNGARA, FOMBA, Bijou.

Vous avez été d'un grand secours et de motivation dans mon parcours Universitaire

Je vous en suis reconnaissante

## **A TOUS LES THESARDS DU CSREFCV ET**

**Spécialement** a mon équipe de garde Dr Malle CHaka, Dr DIARRA Florent, Dr MAIGA, Dr Dembélé Moussa k, Dr DOUMBIA Saleck, Dr Bana CISSÉ, Gabriel SANGARÉ, Amir MAIGA, Madigata DOUGARA, Mariam DIAWARA. Ça été un plaisir pour moi d'apprendre à vos côtés plus que des camarades vous êtes des frères pour moi.

**A notre maître et président du jury**

**Professeur Saharé FONGORO**

- **Maître de conférences de Néphrologie à la FMPOS.**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé.**

**Homme de science réputé, c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre dévouement, votre esprit d'écoute et votre sens de l'humanisme font de vous un Maître admiré par tous.**

**Au-delà de votre très grande compétence, votre savoir être impose le respect. Qu'Allah vous prête longue vie pleine de bonheur pour que nous puissions davantage bénéficier de vos expériences tant immenses(Amen). Soyez assuré cher Maître de notre sincère reconnaissance.**

**A NOTRE MAITRE ET JUGE Dr Aly CISSE**

**Médecin directeur du CSCOM de Sogoniko**

- **Cher Maître, c'est une grande joie pour nous de vous avoir comme membre de ce jury malgré vos multiples occupations.**

**Votre souci du travail bien fait, votre grande rigueur scientifique, votre compétence, et votre simplicité incomparable font de vous un maître de référence.**

**▪Cher maître, recevez ici, l'expression de notre reconnaissance et notre profond respect**

**A NOTRE MAITRE ET JUGE Dr Mamadou BALLO**

**Médecin directeur du CSCOM de Magnambougou**

**Cher Maître, nous avons été marqués par vos qualités scientifiques, votre disponibilité, votre immense gentillesse et contact facile. Vous avoir dans ce jury est un privilège pour nous.**

**Veillez retrouver ici cher Maître, l'expression de notre admiration et notre profond respect.**

**A notre Maître et Directeur de thèse :**

**Professeur Samba DIOP**

- **Maître de conférences à la FMPOS.**
- **Chercheur en écologie humaine, anthropologie et bioéthique.**
- **Responsable de la section science humaine au projet SEROFO, VIH, Tuberculose.**
- **Responsable des cours d'éthique et d'anthropologie médicale à la FMPOS.**



## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**BCG** : Bacille Calvin Guérin

**CSA** : Centre de Santé d'Arrondissement

**CSCOM** : centre de santé communautaire

**C VI** : Commune six

**DSFC** : Division Santé Familiale et Communautaire

**DTCP**: Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite

**IB** : Initiative de Bamako

**IGM** : Institut Géographique du Mali

**INSAH** : l'Institut Nationale du Sahel

**KBK** : Kita, Bafoulabé et Kéniéba

**ONG** : Organisation Non Gouvernemental

**PDDSS** : Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social

**RGPH** : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

**PMA** : Paquet Minimum d'Activités

**PRODESS** : Programme de Développement Sanitaire et Social

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**SOMMAIRE**

**I-INTRODUCTION :..... 1**

**II.OBJECTIFS :.....9**

**III. CADRE THEORIQUE :.....10**

**IV.METHODOLOGIE :  
.....31**

**V. RESULTATS :.....33**

**VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION :.....40**

**VII.CONCLUSION:.....44**

**VIII. RECOMMANDATIONS.....45**

**IX. REFERENCES :.....46**

**X .ANNEXES :.....50**

## I-INTRODUCTION

Du temps des sociétés les plus reculées aux temps modernes, des hommes et des femmes ont toujours maintenu sous leur domination leurs semblables. Pendant l'antiquité, il y avait des esclaves, des serfs au moyen âge, des ouvriers et des paysans au temps du capitalisme sauvage et encore de nos jours, des hommes et des femmes travaillent pour d'autres. L'emploi d'aides ménagères dans les ménages n'échappe pas à cette règle. Ce phénomène est surtout répandu dans les villes, notamment dans le district de Bamako. La majorité des familles en recrutent une ou plusieurs selon leurs revenus (faibles, moyens ou élevés). Elles sont généralement utilisées pour aider les femmes au foyer afin de leur permettre de mener d'autres activités. Dans les ménages, elles sont principalement chargées de la cuisine, de la lessive et du nettoyage. Elles travaillent plusieurs heures par jour (plus de 14 heures en moyenne) et tous les jours pour un salaire, en général dérisoire. Coupées de leur famille, elles sont souvent exposées aux tentations de la ville [20]. Les conséquences connues et toujours dramatiques ont pour noms : prostitution, maladies sexuellement transmissibles, toxicomanie, grossesses précoces, grossesses non désirées, avortement clandestin, infanticides et abandon d'enfant.

Travaillant sans statut officiellement reconnu rares sont celles qui s'adressent à l'office de la main d'œuvre pour palier aux risques comme : manque de couverture sanitaire, exploitation abusive, violence physique et faiblesse du salaire. Cependant depuis quelques années, quelques mouvements ont vu le jour et luttent pour le bien être des aides ménagères.

Force est de signaler que l'aspect sanitaire a toujours été minimisé par rapport à d'autres tels économique et statutaire. Aussi notre étude voudrait-elle traiter des problèmes de santé de ce groupe social. L'accessibilité des populations les plus démunies aux soins de santé primaires demeure une préoccupation au cœur des politiques de santé dans les pays à faible revenu. Depuis 1987, les pays d'Afrique au sud du Sahara se sont engagés avec détermination dans des réformes visant à améliorer l'accès aux soins de santé primaires, la qualité des soins et l'adhésion communautaire [3].

Cette redynamisation des soins de santé primaires lancée en **1987** en Afrique et appelée « **Initiative de Bamako** », en permettant d'accroître les ressources financières des structures de soins qui assureraient en contre partie la disponibilité des médicaments essentiels génériques, avait comme objectifs [3] :

- D'améliorer l'accès aux soins de santé primaires, définis dans le cadre d'un paquet minimum d'activités (PMA) devant être réalisées par les services de santé de district ;

- D'améliorer l'efficacité des structures de soins et la qualité des prestations en permettant d'octroyer des incitations financières au personnel et en générant un contrôle venant d' « usagers-clients » plus exigeants ;
- De favoriser la participation communautaire au financement des soins, accompagnée d'un droit de regard des usagers et de la communauté à travers un transfert de gestion des centres de santé à la communauté.

Les objectifs de l'initiative de Bamako si ils étaient atteints permettraient dans chaque pays d'observer une hausse tout au moins significative du taux d'utilisation des services de santé.

Cependant, le constat d'échec dans les pays est flagrant. Dix sept ans après le lancement de l'IB, les taux d'utilisation des services de santé demeurent faibles dans l'ensemble des pays et plafonnent au dessous de 0,4 contacts/personne/an [24]. Au Mali, les taux d'utilisation des services de soins s'élevaient à 0,18 en 2003 et présentent malgré tout de fortes disparités selon les aires de santé [5].

La déclaration de la **politique sectorielle de santé et de population** a été adoptée par le Mali le 15 décembre **1990**. La principale stratégie de cette politique sectorielle de santé est la responsabilisation des communautés dans le processus de prise en charge de leur propre état de santé avec leur participation active et volontaire.

Elle consacre le désengagement progressif de l'état dans le système d'offre de soins au niveau du premier recours, le laissant entièrement aux communautés organisées en association de santé communautaire.

Cette nouvelle option politique en matière de santé a permis de faire évoluer la pyramide sanitaire du Mali en fonction de trois niveaux [6] :

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

Ensuite le plan Décennal de développement sanitaire et social (**PDDSS**) **1998-2007** a été élaboré dénommé **PRODESS** (programme de développement sanitaire et social) pour la période **1998- 2002**. Un des objectifs du **PRODESS** est d'étendre la couverture sanitaire et d'améliorer la qualité des soins afin d'offrir le PMA aux populations les plus éloignées.

Selon les études, la problématique de l'utilisation des services de santé dans les pays réside au niveau de l'accessibilité financière aux soins de santé, mais aussi et surtout de la qualité du service offert, en référence à des enquêtes menées dans certaines capitales (Niamey, Abidjan, Dakar, Bamako) [3].

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

- l'accessibilité financière aux soins [16,22],
- les pratiques parfois défavorables, voire déloyales du personnel soignant vis-à-vis des patients [13,21],
- la qualité des soins délivrés [25],
- l'état de santé du patient, le vécu socioculturel et religieux en rapport avec la perception du patient, de sa maladie et de la gravité de cette dernière [4,8].

### **Cadre conceptuel :**

En approche conceptuelle, **la santé** : ce mot facilement prôné par les politiques fait appel le plus souvent à des notions très délicates : stratégies, formations, sensibilisations, évaluations.

L'évaluation constitue ainsi la clé de voûte du succès de tout système de santé car elle permet de révéler les lacunes des plans de santé pendant leur mise en œuvre. Si l'adhésion ou la participation communautaire représente un des paramètres la plupart du temps utilisé au cours de l'évaluation, l'utilisation ou le recours des populations à des options sanitaires bien spécifiées en constitue un des principaux indicateurs. Ainsi, une utilisation rationnelle des services de santé peut entraîner une amélioration du bien-être et de la santé des populations.

Dans certains des cas, lorsque cette utilisation est juxtaposée à des indicateurs de l'état de santé tels que les incidences des maladies, les couvertures des soins ; elle permet de préjuger sur la qualité des politiques et stratégies de services en matière de santé.

Au Mali par exemple, la sous utilisation des services de santé par les populations malgré la mise en œuvre de l'initiative de Bamako ajoutée au médiocre niveau de santé des populations (comme en témoignent les taux élevés de mortalités infantiles et infanto-juvéniles respectivement 113 et 229 pour mille naissances vivantes ; de mortalité maternelle 582 pour mille accouchements [2, 10]) constitue une preuve palpable de l'échec des politiques de santé dans le pays.

L'utilisation des services est un indicateur de résultat et en dehors de l'aspect politique, plusieurs autres éléments peuvent intervenir comme atout de motricité.

Ce sont : la notion des maladies, l'information et la sensibilisation des populations, le vécu socioculturel, les comportements et attitudes du personnel, les facilités financières faites aux usagers, la réputation du centre de santé, la nature du geste médical.

### **Notion de problèmes de santé et besoins de santé :**

#### **Problèmes de santé :**

Un problème de santé est un écart perçu entre ce qui est et ce qui devait être .IL est très important de savoir que les personnes peuvent différemment percevoir le problème de santé. Si la population concernée par le problème ne parvient pas à tisser une relation de cause à effet, alors il est évident que la situation n'apparaîtra pas comme tel. C'est alors à l'agent de santé de s'investir pour appréhender le problème dans le but d'aider à en éliminer les causes.

### **Besoins de santé :**

Un besoin de santé est ce qui doit être requis pour remédier au problème identifié.

Plus l'écart par rapport à la norme de santé est grand, plus le besoin est important.

Notons cependant que l'existence de besoins de santé peut se concevoir même dans les situations où il n'y a pas de problèmes de santé.

Le besoin est en quelque sorte la traduction du problème en terme opérationnel. Il s'agit donc de concepts bien distincts interdépendants, chacun ayant son importance.

### **Orientation de l'étude :**

Notre étude concerne un aspect important de santé publique qui est celui relatif à la migration et santé. Il semble aujourd'hui retenir de plus en plus l'attention des chercheurs en science sociales. Cependant, ce sont les aspects quantitatifs des flux migratoires (intensité, origine et destination) ou économiques qui ont surtout privilégiés. Il semble que les problèmes médicaux et sociaux, à l'origine ou découlant de la mobilité humaine, demeurent réservés à quelques intérêts de spécialistes isolés. Le flux migratoire, considéré essentiellement comme un phénomène reconnu d'ordre économique, reconnaît trois périodes d'existence : précoloniale, coloniale et la période des indépendances (FOCS-MILANO, décembre 1987).On assiste pendant la période des indépendances à un développement anormal de la migration vers l'extérieur et de l'exode rural.

Cet exode est valable pour l'ensemble des villes Maliennes. Toutes fois, il revêt une ampleur particulière lorsqu'il s'agit du district de Bamako.

De 1960 à 1968, << la république socialiste>> se caractériserait par l'apologie du retour à la terre, la lutte contre l'exode rural. Les évènements de Novembre 1968 (prise du pouvoir par l'armée) ont libéré les mouvements migratoires et favorisé dans une certaine mesure l'urbanisation. A Bamako, l'immigration apparente est très importante. Après 1968, 30% étaient dû au taux de croissance naturelle et 70 % aux migrations des hommes des jeunes filles et des femmes mariées qui venaient périodiquement. (focsiv-MILANO, décembre 1987).

D'après une étude faite par l'Institut du sahel (INSAH), 57 % partent sans autorisation parentale. L'exode des filles est considéré comme une manifestation de grave crise sociale pour les ruraux. La thèse de pauvreté comme facteur d'exode peut s'expliquer par la provenance des jeunes filles (impact

socio- économique des aides ménagère dans le district de Bamako) : zone de culture de riz fluvial, zones de forte dégradation de sols.

Aujourd'hui les pouvoirs politiques et administratifs, les organisations non gouvernementales essaient de promouvoir un certain développement de l'agriculture et une certaine maîtrise de l'eau. Ces actions n'ont pas encore atteint une ampleur pouvant influencer sur le phénomène.

La migration est aussi une réalité sociale et une réalité psychologique qui agissent tous sur l'état de santé. Cela se comprend dans la mesure où, en plus de la recherche de trousseau de mariage qui est la raison principale citée, viennent s'ajouter d'autres phénomènes qui feront que les aides ménagères ne retournent plus : grossesses non désirées (en milieu urbain) et mariage (au village).

La migration rurale –urbaine par son intensité, son ampleur ses conséquences socio-sanitaire et démographique constituent un des phénomènes les plus importants auxquels tous les pays font face depuis quelques décennies. Si pour les pays économiques industrialisés ces mouvements semblent s'estomper, il en va autrement dans les pays en voie de développement.

Ce phénomène est responsable en grande partie de l'explosion démographique en milieu urbain. Cette explosion s'explique par : la croissance rapide de la population, la forte concentration géographique, les mouvements des populations rurales vers la ville, les nombreux brassages à l'intérieur des différents quartiers de la ville, les changements subis par l'environnement (pollution, insalubrité, promiscuité, misère), les changements socioculturels, changements dans les pratiques, la qualité et quantité de soins de santé. La croissance économique et l'activité de production de la ville en sont les facteurs favorisant. La ville concentre toutes les préoccupations et toutes les inquiétudes. L'activité des aides ménagères est essentiellement d'ordre économique.

Cette situation s'explique par les difficultés d'intégrer les femmes dans les activités de programmes de développement en milieu rural à cause de la diminution des produits de cueillette due aux facteurs climatiques (impact socio-économique des aides ménagères dans le district de Bamako). Cependant, les ruraux se plaignent de l'exode des filles comme une manifestation de la diminution de leurs autorités et le bouleversement des coutumes.

Le changement de mentalité est cité dans 17,3% des cas par les communautés comme facteur de perturbation sociale, 71% des filles enquêtées évoquent l'appel comme motif de retour (impact socio-économique des aides ménagères dans le district de Bamako)

### **HYPOTHESES**

Pour bien appréhender ces problèmes de santé des aides ménagères dans la commune VI nous avons émis trois hypothèses :

**\*Leurs problèmes de santé sont liés à leur statut socio-économique.**

**\*Leurs revenus ne leur permettent pas de se prendre en charge.**

**\*Leur statut socio –culturel influe sur leur attitude, comportement,**

**Capacité de prendre en charge leurs problèmes de santé.**

**II-Objectifs**

Pour vérifier ces hypothèses nous nous sommes fixés les objectifs suivants.

**Objectif général**

Identifier les problèmes de santé que les aides ménagères ont dans la commune VI.

**Objectifs spécifiques**

\*Déterminer les problèmes de santé que les aides ménagères rencontrent en relation avec leur statut.

\*Etudier leurs connaissances aptitudes et pratiques en matière de santé.

\*Décrire les modalités de prise en charge de leurs problèmes de santé.

\*Déterminer leur taux de satisfaction dans les services de sante utilisés.

\*Formuler des recommandations visant a améliorer la situation sanitaire et partant la qualité de vie des aides ménagères dans la commune VI .



### III-CADRE THEORIQUE

#### Généralités sur le Mali : [9,23].

Le Mali est un pays continental de l'Afrique de l'Ouest situé dans la zone soudano-sahélienne couvrant une superficie de 1 241 238 km<sup>2</sup>. Il est limité au nord par l'Algérie, à l'est par le Niger et le Burkina Faso, à l'ouest par le Sénégal et la Mauritanie, au sud par la Guinée, la Côte d'Ivoire et le Burkina Faso. Le Mali est traversé par les deux plus grands fleuves de l'Afrique de l'Ouest : le Niger et le Sénégal. Des barrages ont été construits sur ces fleuves notamment ceux de Manantali, Selingué, Markala et d'autres petits barrages surtout au plateau dogon.

#### 1. Situation administrative et socio démographique

Le Mali est divisé en 8 régions économiques et administratives (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou, Kidal) et le District de Bamako qui a rang de région (voir schéma 1) ; 55 cercles (actuellement préfectures) ; 285 arrondissements (sous préfectures) ; 703 communes dont 37 urbaines et 666 rurales.

Le régime politique est basé sur la démocratie et le multipartisme.

Figure 1: **Carte administrative du Mali-régions et cercles** (Institut Géographique du Mali (IGM00 2006).

Trois principales zones climatiques caractérisent le pays :

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

## UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES AIDES MENAGERES

Selon le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) d'avril 1998, le Mali avait une population résidente de 9 810 912 habitants dont 50,5% de Femmes contre 49,5 % d'hommes. Avec un taux d'accroissement annuel de 2,2 %, la population résidente estimée en 2006 à 11 616 052 habitants atteindra **12 689 595** en 2007 et 19 153 000 habitants en 2025. La population malienne est à 73,2% rurale, malgré une forte mobilité liée à l'exode rural. Elle se caractérise par sa jeunesse. En effet 55,2% de la population a moins de 19 ans et 17 % moins de 5 ans dont 14 % âgé de 12 à 59 mois. Les femmes en âge de procréer représentent 22,6 % de la population générale.

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

**TABLEAU 1 : Répartition de la population par région et par sexe en 1998 :**

RÉGION	POPULATION EN 1998			Taux d'Accroissement	Population totale 2007
	Hommes	Femmes	Total		
Kayes	671 678	702 638	1374 316	2,3%	<b>1 777 563</b>
Koulikoro	778 332	792 175	1570 507	2,5%	<b>2 031 320</b>
Sikasso	880 108	902 049	1782 157	2,8%	<b>2 305 071</b>
Ségou	831 386	843 972	1675 358	2,1%	<b>2 166 935</b>
Mopti	730 771	747 734	1478 505	1,3%	<b>1 912 323</b>
Tombouctou	232 978	243 815	476 793	0,3%	<b>616 692</b>
Gao	193 517	201 077	394 594	1,2%	<b>510 374</b>
Kidal	22 285	20 101	42 386	2,2%	<b>54 823</b>
Bamako	514 967	501 329	1016 296	4,0%	<b>1 314 494</b>
ENSEMBLE	4 856 022	4 954 890	9810 912	2,2%	<b>12689 595</b>
%	49,50%	50,50%	100%		<b>100%</b>

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

Le taux de natalité est estimé à 46,1 pour mille ; celui de la mortalité générale est de 15,2 pour mille et l'espérance de vie à la naissance est de 61,6 ans [24].

Les mariages précoces sont fréquents avec un âge médian à 16 ans pour les filles et 25 ans pour les garçons. Près de 50% de la population sont âgés de moins de 15 ans et plus de 45% sont de 15 à 49 ans. Le taux brut de scolarisation dans l'enseignement de base reste encore bas avec 40,9%

## UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES AIDES MENAGERES

(année 1997-1998). Il est particulièrement plus bas chez les filles que chez les garçons avec respectivement 33,3% et 47,1%. Les scolaires entre 5 à 19 ans constituent 37% de la population. Le taux d'alphabétisation des adultes au niveau national reste faible. Il était de 26% en 1997 avec des fortes disparités d'une part entre les hommes et femmes et d'autre part entre zones urbaines et zones rurales. Le régime politique est basé sur la démocratie et le multipartisme. Le Mali est un pays pauvre. Seulement 49% de la population totale et 50% de la population urbaine ont accès à l'eau potable. L'économie repose essentiellement sur l'agriculture, l'élevage et la pêche.

**TABLEAU 2 : Évolution de la population malienne en milliers d'habitants**

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

**Source :** Prospectives Mali 2025.

## 2. SITUATION SANITAIRE

### 2.1. HISTORIQUE

Dès le début des années 1970, les problèmes financiers de l'Etat malien ont fait qu'il ne pouvait plus assurer correctement le fonctionnement des formations sanitaires publiques. Parallèlement, les besoins de santé des populations ne cessaient de croître d'année en année. [5]. Dès lors, le principe de gratuité des soins était remis en cause. Le début des années 1980 a vu les moyens consacrés par l'état à la santé se réduire de façon considérable et leur mauvaise gestion a conduit à une baisse progressive de la qualité des prestations dans les structures sanitaires publiques [3]. Par exemple, de 1970 à 1988, la part du budget de l'Etat consacré à la santé passait de 9% à 4% du budget total; de 1983 à 1987, les investissements dans le secteur santé passaient de 52% à 9% du budget alloué à la santé (MSPAS, 1989).

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

En effet, plus qu'une simple exigence d'autonomie ou de participation communautaire, il s'est agit en réalité de répondre à une nécessité économique, vue l'incapacité des structures publiques d'assurer aux populations un niveau de soins décent, à cause de ressources insuffisantes et de mauvaise gestion [5].

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

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

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

## 2.2. Organisation de la gestion des soins

Le Mali est partie prenante dans toutes les stratégies adoptées par la région africaine en matière de santé, notamment la stratégie de lutte contre les endémies majeures qui sévissent dans le monde et particulièrement dans la sous région, la stratégie de la région africaine en matière de santé de la reproduction et celle relative à la santé des adolescents. Avec l'appui technique et financier de la communauté internationale, le Mali a entrepris une série de mesures visant à résoudre les problèmes socio-économiques et démographiques dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. C'est ainsi que des politiques, plans et programmes ont été élaborés dans les différents secteurs socio-économiques. Cet engagement des autorités maliennes s'est traduit par la révision et l'évolution progressive de sa politique de santé au vu des mutations successives de la population malienne. De 1966 à 1976, le premier plan décennal de développement des services de santé avait pour objectif de doter le pays d'un noyau de structures de soins au lendemain de l'indépendance en remplacement du système hérité de la colonisation basé sur la gratuité des soins et la lutte contre les grandes endémies. Ensuite, intervient le second plan décennal de développement sanitaire (1981- 1990), adopté après le lancement des soins de santé primaires, et visait les mêmes objectifs à savoir l'offre de soins de santé au niveau le plus périphérique avec un système de recouvrement des coûts, la formation des agents de santé de base, avec en plus, la revitalisation des soins de santé d'arrondissement et la création des formations sanitaires sur la base populationnelle. Une expérimentation de ce plan est la mise en œuvre de l'expérience menée avec le financement de la Banque Mondiale dans les cercles de Kita, Bafoulabé et Kéniéba dans la région de Kayes d'où le nom de KBK.

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

C'est ainsi qu'en décembre 1990 [18], a été élaboré la déclaration de politique sectorielle de santé et population dont le but est « d'améliorer le niveau de santé de la population et plus particulièrement celui des femmes et des enfants.

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

En 1996, le département de la santé a lancé l'élaboration d'un plan décennal de développement sanitaire et social en adoptant une approche dite « approche programme ». Celle-ci consiste en une vision globale et intégrée du développement sanitaire et social de type participatif. Ainsi, en juin 1998, le gouvernement Malien a adopté le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) allant de 1998 à 2007 et le premier programme quinquennal de ce plan à savoir le Programme de Développement Sanitaire et Social (1998-2002). Ce programme quinquennal a pour but essentiel d'atténuer la dégradation persistante de l'état de santé de la population malienne, malgré les efforts importants déployés par l'état Malien avec l'appui de ses partenaires. Les objectifs spécifiques visés sont :

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

### 2.3. Indicateurs de santé

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

- Taux de couverture sanitaire : 30 à 40% dans un rayon de 5 et 15 km [23],
- Taux de mortalité infantile : 113 pour mille [9],
- Taux de mortalité infanto-juvénile : 229 pour mille [9],
- Taux de mortalité maternelle : 582/100000 naissances vivantes [15],
- Taux brut de mortalité : 45,1 pour mille [24],
- Taux de couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois [1] :
  - BCG : 73% ;
  - DTCP1 : 76% ;
  - DTCP3 : 52%
  - Rougeole : 53%.
- Nombre de cas de VIH/SIDA à la date du 31 Mars 2001 : 6639 [1],
- Nombre de cas de vers de Guinée [1] :

## UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES AIDES MENAGERES

- 1999 : 410 cas
- 2000 : 290 cas
- 2001 : 46 cas
- 30% des enfants de moins de 3 ans souffrent de malnutrition chronique
- 25% des enfants de moins de 3 ans souffrent d'épisodes de diarrhées

Selon une étude d'évaluation de l'impact des maladies chez les enfants de moins de 15 ans en milieu rural au Mali (Duflo et al, 1986, cité par CIHI, 1995), il a été établi que les principales causes de mortalité et de morbidité étaient dues surtout au paludisme (24,9%), les maladies diarrhéiques et gastro-entérites (13,3%), les problèmes néo-nataux (11,0%), les infections respiratoires aiguës (10,0%), la rougeole (10,0%), la malnutrition (8,9%), les hémoglobinoses (8,9%), le tétanos (2,6%).

L'organisation du système de santé comprend trois niveaux :

1. Le niveau central qui joue un rôle de conception, d'appui stratégique d'évaluation et de mobilisation des ressources, de prise de décision politique.
2. Le niveau intermédiaire ou régional qui joue le rôle d'appui au niveau périphérique.
3. le niveau opérationnel qui joue un rôle de planification, programmation et d'exécution des opérations.

En matière de soins curatifs, le Mali disposait en 2001 de [15]:

- 3 hôpitaux nationaux de 3ème référence ;
- 1 centre national d'odontostomatologie ;
- 1 institut d'ophtalmologie tropical
- 6 hôpitaux de 2ème référence ;
- 57 centres de santé de 1ère référence
- 759 CSCOM réalisés (CROCEP, 2001)
- 434 structures privées y compris pharmacies et laboratoires

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



**TABLEAU 3 : Ratio de couverture en personnel de santé selon la qualification au Mali en 2001:**

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

Source : Rapport Direction Nationale de la Santé (2001)

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

## 2.4. HISTORIQUE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

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

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

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

D'autres expériences de recouvrement des coûts dans le domaine de la santé ont été tentées et testées à travers les magasins santé dans les années 1984 au niveau des régions du Nord, l'expérience de KBK (Kita, Bafoulabé, Kéliéba.) avec la mise en place au niveau des centres de santé de cercle d'un système de gestion à travers le recouvrement des coûts.

Mais la première initiative de gestion et de participation des communautés dans la définition et la gestion de leur système de santé remonte à la naissance de la première association de santé communautaire au Mali qui a vu le jour dans le quartier de Banconi le 1er juillet 1988 sous le nom d'association de santé communautaire de Banconi (ASACOBA) : une année après l'adoption de la stratégie dite Initiative de Bamako. En réalité le processus de l'approche communautaire devant consacrer la naissance de l'ASACOBA est antérieur à l'initiative de Bamako puisqu'il remonte à 1986 à travers la publication par les sciences sociales de l'INRSP sous la direction du Pr Claude PAIRAULT et du Dr Tieman DIARRA » [14].

Cette recherche sociale dans le quartier de Banconi avait conclu au besoin ressenti par les populations du quartier de Banconi de disposer de leur propre structure de soins, puisque l'Etat n'en a pas mis à leur portée. Il a créé le premier centre de santé communautaire à Banconi en mars 1989.

Les résultats jugés satisfaisants après une année d'activité ont favorisé le développement de ce nouveau type de formation sanitaire ayant conduit ainsi à sa généralisation à travers tout le pays, puis dans les autres pays africains.

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

Les déterminants de l'utilisation des structures de premier niveau peuvent se classer en trois grands groupes, les **déterminants financiers** (recouvrement des coûts, paiement direct des soins, niveau de revenu des ménages, prix et coût des soins, coût du transport, couverture maladie), les **déterminants liés à la qualité des soins**.

(Qualité structurelle, disponibilité en médicament, processus de soins, relation soignant / soigné, qualité perçue, satisfaction des usagers) et les **déterminants socioculturels** [17].

Les **autres déterminants** sont plus spécifiques et dépendants de l'environnement (accès géographique, état de santé des patients), des caractéristiques des individus (âge, genre, instruction) et des cultures et pratiques (perception de la maladie et de sa gravité) [17].

Dans une étude réalisée en 2005 par **Mushagalusa SALONGO** [12] sur les déterminants socio-économiques de l'utilisation des services, il ressort que l'utilisation des services de santé est un évènement dichotomique, soit l'individu utilise soit il n'utilise pas. La demande des soins de l'individu est donc mesurée par la probabilité d'accéder aux services de santé s'il est malade. Ainsi deux individus ayant des caractéristiques socio-économiques différentes auront des probabilités inégales d'accéder aux soins.

Selon leurs observations, une étude sur les caractéristiques de la population libanaise ne bénéficiant d'aucune couverture médicale [15] a révélé que l'accès aux soins de santé existe quand il y a utilisation des services de santé et dans ce contexte il prend la forme d'un « **accès réalisé** ». Dans le cas contraire, quand il n'y a pas utilisation des services de santé ou quand cette utilisation est limitée face à un besoin, cet accès devient un « **accès potentiel** » et plusieurs obstacles sont présumés (**Northam, 1996**) [14]: il existe des obstacles qui sont d'abord d'ordre **géographique** quand il est nécessaire de parcourir de grandes distances pour accéder aux soins, d'autres sont d'ordre **financier** et se retrouvent surtout dans les pays où il n'existe pas de système d'assurance maladie couvrant l'ensemble de la population tels qu'aux **Etats-Unis**. Certains obstacles d'ordre **temporel** se trouvent dans les pays comme la **Grande Bretagne** où existent de longues listes d'attente pour des opérations courantes [15].

Il existe **d'autres obstacles** à l'accès aux soins de santé qui sont d'ordre **social et culturel** : **social** parce que les catégories favorisées peuvent plus facilement accéder à des équipements de haut niveau en raison de leur réseau de relation ou de leur information et **culturel**, car des croyances ou des modes de représentation liés à l'appartenance culturelle peuvent créer des barrières pour l'accès aux soins [15]. Ceci est particulièrement vrai pour les pays en voie de développement, mais aussi pour des pays où existent des minorités ethniques (**Lucas Gabrielli, Nabet et Tomeler 2001**) [17].

D'après **Kroeger (1983)** qui a compilé plusieurs études réalisées dans les pays en voie de développement selon une étude réalisée en 2000 par **SISSOKO H.** sur les aspects liés à l'utilisation des accoucheuses traditionnelles [22], il ressort les principaux déterminants de l'utilisation des services de santé dans ces pays et les regroupe de la façon suivante :

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

### 1. Modèle d'utilisation des services de santé :

Le modèle de comportement de l'utilisation des services de santé (**Andersen 2001**) [23], constitue le cadre de référence de cette étude. Le modèle suggérait que l'utilisation des services de santé est fonction de la prédisposition des personnes à utiliser ces services, des éléments qui facilitent ou entravent cette utilisation et des besoins des personnes à recourir aux soins. L'unité de mesure était la famille.

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

- **l'émergence du besoin de santé**,
- **l'expression du besoin de service et le choix d'un prestataire** et
- **la concrétisation de ce besoin** qui se traduira par des comportements d'utilisation et de non utilisation. [23].

Cependant, l'élément principal du modèle, reste le comportement des individus en particulier au niveau de leur utilisation des services de santé et des résultats qui en découlent en termes d'état de santé et de satisfaction des services [17].

Le modèle comporte donc quatre variables :

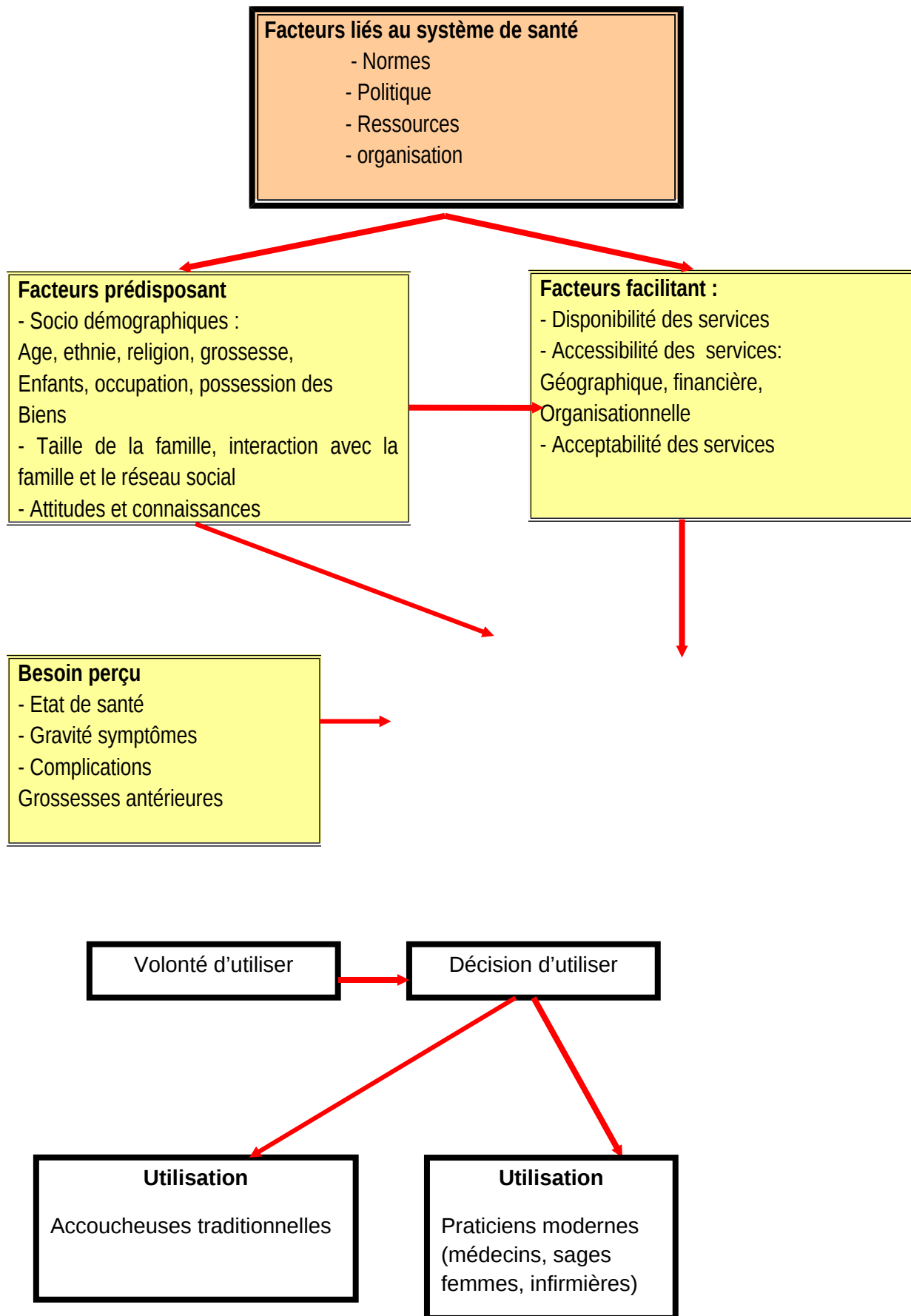
Les caractéristiques contextuelles, les caractéristiques individuelles, le comportement de santé et les résultats de santé [17].

**Les caractéristiques contextuelles** sont réparties en **éléments prédisposant** (caractéristiques démographiques, caractéristiques sociales et les croyances) à l'utilisation des services de santé, 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 mortalité de morbidité et d'handicap) ou évalués justifiant l'utilisation des services de santé.

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

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

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



**Figure 2 : Cadre conceptuel du système de soins d'après le modèle de Poole et Carlton (1986).**

**2. Déterminants liés à la qualité des soins :**

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

**2.1. Selon l'école Américaine :**

La qualité des soins recouvre cinq composantes :

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

**2.2. Selon l'OMS :**

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

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

En outre, la qualité ne peut être 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. [12] Pour Donabedian (Donabedian, 1992), la qualité englobe tous ces aspects. Il en classe les attributs en six (6) grandes catégories : l'efficacité, l'efficacité, le caractère optimal, l'acceptabilité, la légitimité, et l'équité.

La 1<sup>ère</sup> catégorie (**efficacité**) renvoie au résultat en termes de santé. L'efficacité et le caractère optimal sont proches et nuancent la notion de résultat pour intégrer des contraintes, entre autres financières.

La quatrième catégorie (**l'acceptabilité**) permet de prendre en compte l'environnement technique et social et aussi les caractéristiques de la personne concernée par l'intervention ou l'acte.

Finalement, les notions de légitimité et d'équité se rapportent à des préférences et des valeurs sociales.



**2.3. Attributs et dimension de la qualité : [11]**

**TABLEAU 4 : Attributs et dimensions de la qualité des soins :**

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

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

Cette recherche illustre le fait que la qualité perçue par les usagers recouvre un spectre très large de représentations. Bien entendu les ressources (médicaments, médecins, locaux) y occupent une place importante mais d'autres attributs comme la compétence du personnel ou les relations entre les patients et les professionnels sont également présents [13]. A ce sujet, il est frappant de noter la diversité des qualités attendues des professionnels de la santé et la précision avec laquelle elles sont énoncées (accueil, considération, compassion, etc.).

Tableau 5 : Déterminants de l'accès focalisés sur la prestation des services de santé (d'après Pechansky/Thomas, 1981)

Dimension	Acceptabilité	Disponibilité	Accessibilité	Qualité des soins	Accès financier
Facteurs potentiels influant sur l'accès aux services de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Processus de prise de décision au niveau ménage</li> <li>-Perception en ce qui concerne les maladies, les prestataires, les médicaments</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Paquet de service définitif</li> <li>-Stock de médicament, vaccins</li> <li>-Personnel de santé techniquement compétent</li> <li>-Infrastructure</li> <li>-Diagnostic</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Distance des centres de santé</li> <li>-Horaires, routes et transports</li> <li>-Système de références et services, ambulances</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Accueil</li> <li>-Intimité donnée aux patients</li> <li>-Accès à l'eau, électricité, hygiène</li> <li>-Maintenance</li> <li>-Nettoyage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Coûts directs et indirects</li> <li>-Mode de paiement</li> <li>-Ressources et capitaux de ménage (argent, réseaux sociaux, épargne, crédit, etc.)</li> </ul>

## **IV-Méthodologie**

### **Cadre de l'étude**

L'étude s'est réalisée dans la commune C VI du district de Bamako.

L'enquête a été réalisée auprès des aides ménagères sur les lieux de travail ou de regroupement. A Bamako il n'est pas facile de faire une répartition des quartiers en fonction de leur niveau de vie socio-économique ( riche moyen pauvre ). Ces trois strates sont représentées dans presque tous les quartiers.

### **La population de l'étude**

Les aides ménagères sont des personnes de sexe féminin, employées dans les ménages pour assurer des travaux domestiques moyennant rémunération mensuelle. Elles sont communément appelées : servantes , bonnes , et employées de maison ou aides familiales.

### **Type et période d'étude :**

Il s'agissait d'une étude prospective ayant intéressée les aides ménagères de la C VI.

L'enquête s'est déroulée sur une période de 2 mois (15 aout au 15 octobre 2010)

Elle s'est basée sur le porte à porte enfin d'avoir l'avis des aides ménagères

L'interview a été faite avec les consentements de l'employeur et de l'aide ménagère elle même.

### **Echantillon**

L'étude a concerné 500 aides ménagères.

### **Critères d'inclusion**

Ont été retenues toutes les aides ménagères en provenance des différentes régions du Mali et exerçant dans la commune VI du district de Bamako. Les critères suivants ont été considérés.

\*Travailler dans un ménage de la commune VI au moment de l'enquête ;

\*Avoir accepté de répondre à nos différentes questions.

### **Critère de non inclusion**

Il s'agissait des aides ménagères ne travaillant pas dans un ménage de la commune VI.

Les aides ménagères ne voulant pas participer à l'étude.

### **Difficultés rencontre sur le terrain**

Certains employeurs n'étaient pas coopératifs car ils pensaient que nous sommes sur le point de nourrir une révolte des aides ménagères .

**Collecte, Stockage, Saisie et analyse des données**

La collecte des données s'est faite grâce à un questionnaire adressé aux personnes incluses dans l'étude ; le stockage des données a été fait de façon confidentielle ;

La Saisie des données a été faite sur Epi-info et sur le Microsoft Word 2007.

L'analyse des données a été faite sur spss et sur epi info 6.04 Fr.

**V- RESULTATS**

**Tableau I :** Répartition des aides ménagères selon l'âge.

Age en année	Fréquences	Pourcentage
10-14	107	21,4
<b>15-19</b>	<b>314</b>	<b>62,8</b>
20-24	62	12,4
25-29	11	2,2
30-34	4	0,8
35 et plus	2	0,4
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

La tranche d'âge de 15 à 19 ans était la plus représentée soit 62,8%. La moyenne d'âge était de 17 ans. Les âges extrêmes étaient 10 et 50 ans.

**Tableau II :** Répartition des aides ménagères selon le statut matrimonial

STATUT	Fréquence	Pourcentage
<b>CELIBATAIRE</b>	<b>255</b>	<b>51</b>
FIANCEE	171	34,2
MARIEE	72	14,4
VEUVE	2	0,4
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

Les célibataires étaient les plus représentées, soient 51%.

**Tableau III:** Répartition des aides ménagères selon le nombre d'enfant

NOMBRE D'ENFANT	Fréquence	Pourcentage
<b>0</b>	<b>447</b>	<b>89,4</b>
1	39	7,8
2	10	2
3	4	0,8
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

Celles qui n'avaient pas d'enfant étaient plus représentées avec 89,4%.

**Tableau IV:** Répartition des aides ménagères selon la présence de grossesse

Présence de grossesse	Fréquence	Pourcentage
<b>NON</b>	<b>494</b>	<b>98,8</b>
OUI	6	1,2
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

Les aides ménagères en état de grossesse représentaient 1,2%.

## UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES AIDES MENAGERES

**Tableau V:** Répartition des aides ménagères selon que le père ou la mère soient en vie ou pas.

Père ou mère en vie	PERE	Pourcentage	MERE	Pourcentage
	F		F	
<b>OUI</b>	<b>415</b>	<b>83</b>	<b>464</b>	<b>92,8</b>
NON	85	17	36	7,2
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>100</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

Celles qui avaient leurs mères vivantes étaient majoritaires à 92,8%

Les aides ménagères orphelines de père représentaient 17%.

**Tableau VI:** Répartition des aides ménagères selon la profession du père.

PROFESSION DU PERE	Fréquence	Pourcentage
<b>CULTIVATEUR</b>	<b>369</b>	<b>73,8</b>
AIDE SOIGNANT	3	0,6
BERGER	85	17
VENDEUR	13	2,6
ENSEIGNANT	6	1,2
FORGERON	7	1,4
MENUSIER	2	0,4
OUVRIER	6	1,2
PECHEUR	7	1,4
MECANICIEN	2	0,4
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

Les cultivateurs étaient les plus représentés avec 73,8%.

**Tableau VII** Répartition des aides ménagères selon la profession de la mère.

PROFESSION DE LA MERE	Fréquence	Pourcentage
<b>MENAGERE</b>	<b>483</b>	<b>96,6</b>
VENDEUSE	13	2,6
POTIERE	2	0,4
MATRONE	2	0,4
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>500</b>

Les ménagères ont été les plus représentées soit 96,6%.

**Tableau VIII:** Répartition des aides ménagères selon la raison de migration.

## UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES AIDES MENAGERES

Raison de migration	Fréquence	Pourcentage
<b>Trousseau de mariage</b>	<b>410</b>	<b>82</b>
Aide aux parents	47	9,4
Rapprochement conjoint	7	1,4
Fourniture scolaire	36	7,2
<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

La recherche de trousseau de mariage était la principale motivation de l'immigration soit 82%.

**Tableau IX:** Répartition des aides ménagères selon le type d'instruction

Type d'instruction	Fréquence	Pourcentage
<b>Aucun</b>	<b>311</b>	<b>62,2</b>
Alphabétisation	145	29
Medersa	37	7,4
Coranique	7	1,4
<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

Les aides ménagères qui n'avaient suivi aucun type d'instruction étaient plus représentées suivies de celles qui ont été alphabétisées soient respectivement 62,2% et 29 %.

**Tableau X:** Répartition des aides ménagères selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Fréquence	Pourcentage
<b>Aucun</b>	<b>311</b>	<b>62,2</b>
Primaire	143	28,6
Second cycle	42	8,4
Lycée	4	0,8
<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

Les aides ménagères qui n'avaient suivi aucun type d'instruction étaient plus représentées suivies de celles qui ont suivi des études primaire soient respectivement 62,2% et 27,6%.

## UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES AIDES MENAGERES

**Tableau XI** : Répartition des aides ménagères selon les problèmes de sante

<b>Problèmes de sante</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Paludisme</b>	<b>124</b>	<b>45,3</b>
Gastroentérite	47	17,2
Affection pulmonaire	16	5,8
Infection génitale	5	1,8
Paludisme+gastroentérite	27	9,9
Paludisme+affection	4	1,5
Panaris	21	7,7
Douleur dentaire	12	4,4
Epistaxis	7	2,6
Angine	11	4,0
<b>Total</b>	<b>274</b>	<b>100</b>

Les aides ménagères qui ont été atteintes de paludisme depuis leur arrivée étaient plus représentées soit 45,3%.

**Tableau XII**: Répartition des aides ménagères selon le dernier problème de sante.

<b>Dernier problème de sante</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Paludisme</b>	<b>142</b>	<b>51,8</b>
Gastroentérite	57	20,8
Affection pulmonaire	19	6,9
Autres	56	20,4
<b>Total</b>	<b>274</b>	<b>100</b>

Autres=Panaris : 18, Douleur dentaire : 15, épistaxis : 5, Angine : 10

Infection génitale= 8

Les aides ménagères qui ont été atteintes de paludisme comme dernier problème de sante étaient plus représentées soit 45,3%.



## UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES AIDES MENAGERES

**Tableau XIII:** Répartition des aides ménagères selon la conduite à tenir face au dernier problème de sante.

Conduite à tenir	Fréquence	Pourcentage
<b>Automédication</b>	<b>164</b>	<b>59,9</b>
Centre de sante	74	27
Aucune	36	13,1
<b>Total</b>	<b>274</b>	<b>100</b>

L'automédication était l'attitude adoptée face au dernier problème de santé soit 59,9%.

**Tableau XIV :** Répartition des aides ménagères selon le service de sante fréquenté au cours du dernier problème de sante.

Service de sante	Fréquence	Pourcentage
<b>CSCOM</b>	<b>53</b>	<b>71,6</b>
CSREF	10	13,5
Clinique	9	12,2
Hôpital	2	2,7
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

Les CSCOM ont été les plus fréquentés soit 71,6%.

**Tableau XV:** Répartition des aides ménagères selon la personne qui prend en charge les frais des soins.

Prise en charge des frais	Fréquence	Pourcentage
<b>Patron</b>	<b>153</b>	<b>79,3</b>
Un proche parent	12	6,2
Un tuteur	17	8,8
Ami	7	3,6
Le mari	4	2,1
<b>Total</b>	<b>193</b>	<b>100</b>

Le patron à payé les frais dans la majorité des cas soit 79,3%.

**Tableau XVI : Répartition des aides ménagères selon le degré de satisfaction lors de leur prise en charge dans les centres de santé.**

Degré de satisfaction	Fréquence	Pourcentage
<b>Bien</b>	<b>68</b>	<b>91,9</b>
Passable	6	8,1
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

Les aides ménagères qui étaient satisfaites de leur prise en charge, représentaient 91,9%.

## UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES AIDES MENAGERES

L'étude à concerner la commune VI du district de Bamako. Ce choix n'est pas un fait du hasard : le district est la ville la plus grande pourvoyeuse d'emploi d'aide ménagère au Mali. Il regroupe en son sein toutes les catégories de ménages. La majorité des familles en recrutent une ou plusieurs selon leurs revenus (faibles, moyens ou élevés).

La population d'étude a été constituée uniquement de personne de sexe féminin. Cela par ce que ce métier est essentiellement exercé par les femmes.

Nous avons interrogées 500 aides ménagères. Un questionnaire a été attribué à chacune des aides ménagères. Les questions ont porté sur leur manière de prendre en charge leur problème de santé. A chaque fois qu'une aide ménagère n'avait pas le temps pour répondre, le rendez vous était pris pour une seconde fois, en cas de refus des employeurs, d'amples explications étaient données par l'enquêteur afin de lever tout univoque. Cependant, très peu de cas de refus ont été enregistrés. Cela dénote de la bonne volonté des aides ménagères à s'intéresser aux problèmes de santé.

### **Répartition des aides ménagères selon l'âge :**

La tranche d'âge de 15 à 19 ans était la plus représentée soit 62,8%.

Les âges extrêmes étaient de 10 et 50 ans. La présence massive des enfants dans la population des aides ménagères dans le district de Bamako pourrait s'expliquer par le fait que, les autorités administratives ne parviennent pas à prendre de mesures efficaces contre la migration clandestine et le travail des enfants.

M H Traoré avait trouvé en 2001 que la majorité était des adolescents de 15 à 21 ans et que les âges extrêmes étaient de 8 ans et 43 ans. [20]

### **Répartition des aides ménagères selon le statut matrimonial :**

Les célibataires étaient les plus représentées soit 51%.

Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'elles viennent à la recherche de trousseau de mariage.

M H Traoré avait trouvé que 80 % des aides ménagères était célibataires. [20]

Ce taux élevé pourrait s'expliquer par la fuite pour cause de mariage précoce dans les villages.

### **Répartition des aides ménagères selon le nombre d'enfant :**

Celles qui n'avaient pas d'enfant étaient plus représentées avec 89,4%.

Cela pourrait être expliqué par le fait que, avoir un enfant hors mariage est mal vu dans notre société.

### **Répartition des aides ménagères selon la présence de grossesse**

## UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES AIDES MENAGERES

Les aides ménagères en état de grossesse représentaient 1,2%. Ces résultats pourraient s'expliquer par la crainte des préjugés sociaux.

M H Traoré avait trouvé que 2,4% étaient en enceinte. [20]

### **Répartition des aides ménagères selon que le père ou la mère soit en vie ou**

**Pas :** Celles qui avaient leurs pères vivants étaient majoritaires à 83%.

Celles qui avaient leurs mères vivantes étaient majoritaires à 92,8%.

Ces résultats pourraient être expliqués par le fait que, malgré que ces parents soient en vie, ils ont des difficultés à subvenir aux besoins de leur enfant : des difficultés économiques.

### **Répartition des aides ménagères selon la profession du père et de la mère:**

Les cultivateurs étaient les plus représentés avec 73,8%.

Les ménagères ont été les plus représentées soit 96,6%. Ces résultats s'expliqueraient par le manque d'activités génératrices de revenu.

### **Répartition des aides ménagères selon la raison de l'immigration.**

Celles qui étaient venues pour le trousseau de mariage étaient plus représentées soit 82%. Ces résultats reflètent avec le niveau socio-économique bas

M .H TRAORE avait trouvé que 65,3% des aides ménagères étaient venues pour la recherche de trousseau de mariage. [20]

ENDA tiers monde dans son étude jeunesse action à Dakar en 1999 trouvait que les raisons cités par les aides ménagères étaient : la faible rémunération en terme monétaire des activités du village. Dans tous les cas la raison de la migration est d'ordre économique. [7]

### **Répartition des aides ménagères selon le type et le niveau d'instruction**

Les aides ménagères qui n'avaient suivi aucun type d'instruction étaient plus représentées suivies de celles qui ont été alphabétisées soient respectivement 62,2% et 29 %. Celles qui ont suivi des études primaires représentaient 27,6%. Ces résultats pourraient s'expliquer par le faible taux de scolarisation des filles.

Dans nos villages, les filles doivent s'occuper des tâches ménagères alors que garçons sont beaucoup autorisés à partir à l'école.

M. H TRAORE avait trouvé que 59% des aides ménagères n'avaient aucune instruction [20]

### **Répartition des aides ménagères selon les problèmes de sante**

## UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES AIDES MENAGERES

Les aides ménagères qui ont été atteintes de paludisme depuis leur arrivée étaient plus représentées soit 45,3%.

Les aides ménagères qui ont été atteintes de paludisme comme dernier problème de sante représentaient 51,8%. Ces résultats s'expliqueraient par le fait que notre étude a été faite dans une zone endémique de paludisme.

### **Répartition des aides ménagères selon la conduite à tenir face au dernier problème de sante.**

Les aides ménagères qui ont fait l'automédication étaient plus représentées soit 59,9%. M. H TRAORE avait trouvé que l'automédication a été la principale conduite soit 50,5%. Ces résultats pourraient s'expliquer par le manque de moyens financiers et ou d'informations sur l'accessibilité aux soins de santé [20].

### **Répartition des aides ménagères selon le service de sante fréquenté au cours du dernier problème de sante**

Les CSCOM ont été les plus fréquentés soit 71,6%. Ces résultats pourraient être dus à l'accès facile et le coût moins élevé des soins de santé au niveau des CSCOM.

### **Répartition des aides ménagères selon la personne qui prend en charge les frais des soins :**

Le patron a payé les frais dans la majorité des cas soit 79,3%.

## VII-CONCLUSION

La majorité des familles recrutent une ou plusieurs aides ménagères selon leurs revenus (faibles, moyens ou élevés). Elles sont généralement utilisées pour aider les femmes au foyer afin de leur permettre de mener d'autres activités [20]. Travaillant sans statut officiellement reconnu rares sont celles qui s'adressent à l'office de la main d'œuvre pour palier aux risques comme : manque de couverture sanitaire, exploitation abusive, violence physique et faiblesse du salaire. Cependant depuis quelques années, quelques mouvements ont vu le jour et luttent pour le bien être des aides ménagères. Force est de signaler que l'aspect sanitaire a toujours été minimisé par rapport à d'autres tels économique et statutaire. Notre étude a traité les problèmes de santé de ce groupe social. Cette étude, nous a permis d'appréhender les problèmes et besoins de santé que rencontrent les aides ménagères.

Notre population d'étude était essentiellement composée d'adolescente, plus de la moitié n'avait pas fréquenté l'école.

Elles sont venues d'ailleurs pour la recherche de trousseau de mariage dans la plupart des cas.

En matière de santé, elles sont confrontées à de sérieux problèmes de santé. Elles pensent que les centres de santé ne sont pas faits pour elles. Avec un coût élevé, elles préfèrent l'automédication aux consultations dans les dits centres.

Nous devons, aller, vers des actions qui nous permettront une élévation du niveau d'instruction chez les femmes en générale et particulièrement des aides ménagères.

## **VIII-RECOMMANDATIONS**

### **Aux associations et ONG :**

Faire des campagnes d'IEC en matière de santé en général et en particulier a l'endroit des aides ménagères.

### **Aux aides ménagères :**

De participer efficacement aux éducations pour la santé.

### **Aux ménages employeurs :**

Donner un temps aux aides ménagères leur permettant d'apprendre les bonnes pratiques en matière de santé auprès des O N G.

Assister financièrement les aides ménagères lors des problèmes de santé.

### **Aux autorités :**

Encourager la formation et la scolarisation des filles en milieu rural.

Rendre les services de santé beaucoup plus accessibles aux aides ménagères.

Rendre ce métier beaucoup plus profitable en encadrant les aides ménagères et en les inscrivant à la mutuelle.

Renforcer des capacités des services sociaux pour qu'ils puissent faire face efficacement aux besoins des démunis.

Mettre en place une politique permettant de lutter efficacement contre le travail et l'exploitation des enfants.

## BIBLIOGRAPHIE

**1- Annuaires statistiques du système d'information sanitaire DNSP de 1992 à 2000 et rapports d'activités du centre national des immunisations**

**2- Audibert M., De Roodenbeke E.,**

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

**3- Audibert M., De Roodenbeke Es, Mathonnat J.,**

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

**4- Diakité B.D., Diarra T., Traoré S.,**

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

**5- Direction nationale de la santé, ministère de la santé Mali 2002 : utilisation des services de santé de niveau1 au Mali ; Annuaire SLIS2002.**

**6- Dongmo Djoutsop R L.,**

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

**7-Enda tiers monde : Les mbindaou sans mbindou 1996.**

**8- Elté J. (1999)**

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

**9- Enquêtes démographiques et de santé du Mali, 2001, CPS-santé, DNSI, ORC-macro ; juin 2002.**

**10- Enquête démographique et de santé du Mali : indicateurs de santé ministère de la santé, cellule de planification et de statistiques, direction nationale de la statistique et de l'informatique, P 450(2006).**

**11- Fomba D.,**



Hypertension artérielle et grossesse dans le service de gynéco obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako, thèse médecine Bamako 2006

**12- Fournier P, Haddad S.,**

Dimension de la qualité des services de santé en Afrique au sud du Sahara, in Brunet- Jailly, J(ed), Innover dans les systèmes de santé : Expérience d'Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala, 1997, p275-278, p435.

**13- Jaffré Y., Sardan O. (2003),**

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

**14- Kadjoke M., A. G.Iknane A., Kanté 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, p118.

**15- Kanta K.,**

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

**16- Maricko M. (2003),**

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

**17- Masmar, W. Houry, H.Nassif,**

Etude sur les caractéristiques de la population libanaise ne bénéficiant d'aucune couverture médicale, université Saint Joseph, institut de gestion de la santé et de la protection sociale, décembre 2003.

**18- Ministère de la santé, secrétariat permanent du PRODESS, CPS santé 2002.**

**19 Modeste Zoumenou :** Utilisation des services de santé par les populations de la commune II du district de BAMAKO. Etude comparative au sein des quartiers : Missira et la Zone industrielle. Thèse de médecine 2008 Mali

**20 Moussa H TRAORE :** Problème et besoins de santé de groupes sociaux : cas des aides ménagères. Thèse de médecine N 45 Mali 2001

**21- Nyonator F., Kutzin J.,**

Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana, in Audibert M. , Mathonnat J., de Roodenbeke E. (eds) ; le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu, Paris, Karthala, 97-118. 25-

**22 Sissoko H.,**

Aspects reliés à l'utilisation des accoucheuses traditionnelles au Mali, maître en sciences santé communautaire, mai 2000.

**23- Touré L. (2002),**

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

**24- Traoré M,**

Qualité de la consultation médicale en commune V, VI du district de Bamako ; thèse de médecine fmpos, 2001.

**25- Vangenderhuysen C. Kader L.A., de Groof D., Nayama M. (1999),** La mortalité maternelle à Niamey pour une analyse globale ; in J. Brunet Jailly(ed), santé en capitales, la dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines, Abidjan CEDA, 29-46.

**FICHE SIGNALÉTIQUE**

**NOM :** DIARRA

**PRENOM :** Ami

**TITRE DE THESE :** Utilisation des services de santé par les aides ménagères.

**ANNEE UNIVERSITAIRE :** 2010 -2011

**VILLE DE SOUTENANCE :** Bamako

**PAYS D'ORIGINE :** MALI

**LIEU DE DEPOT :** Bibliothèque de la FMPOS de Bamako

**SECTEUR D'INTERET :** Santé publique,

**RESUME :**

L'emploi des aides ménagères est un phénomène qui est surtout répandu dans les villes, notamment dans le district de Bamako.

Travaillant sans statut officiellement reconnu, dans la lutte pour leur bien être l'aspect sanitaire a toujours été minimisé par rapport à d'autres tels économique et statutaire. Notre étude a été une étude prospective et a concerné 500 aides ménagères de la commune VI de Bamako. Elle a traité les problèmes de santé de ce groupe social. Elle nous a permis d'observer que :

La tranche d'âge de 15 à 19 ans était la plus représentée soit 62,8% ;

La moyenne d'âge était de 17 ans, les âges extrêmes étaient 10 et 50 ans ;

51% étaient des célibataires; 89,4% n'avaient pas d'enfant 1,2% étaient en état de grossesse 17% étaient orphelines de père ; 82% ont immigré pour les trousseaux de mariage, 62,2% n'étaient pas instruites ; 45,3% étaient atteintes de paludisme comme dernier problème de sante ; elles adoptaient l'automédication dans 59,9% des cas, 71,6% fréquentaient les CSCOM ; 91,9% étaient satisfaite de leur prise en charge. Nous constatons qu'elles sont jeunes, non instruites et venant généralement à la recherche de trousseau de mariage. Dans la grande ville elles sont confrontées à des sérieux problèmes de santé devant les quels elles préfèrent l'automédication.