

Ministère des Enseignements
Mali
Secondaire Supérieur et de la
Recherche Scientifique

République du

Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO



Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007-2008

N°...../

Thèse

Recours aux soins et ressources des jeunes en milieu urbain et périurbain bamakois.

Présentée et soutenue publiquement le/2008
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-stomatologie

Par Monsieur Cheick Bady DIALLO

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury :

Président : Pr. Abdoulaye Ag RHALY

Membre : Dr. Alassane DICKO

Co-Directrice : Dr. Fatou BERTHE

Directeur de thèse: Dr. Samba DIOP

**LE DERNIER SERMON
Du Prophète
MOUHAMAD (PSL)**

Ce sermon fut fait le neuvième jour de Zil Hadj à 10H, dans la vallée URANAH du mont Arafat.

« O Peuple, écoutez moi attentivement ; car je ne sais pas si après cette année ci je serai encore parmi vous. Donc écoutez ce que je vous dis avec beaucoup d'attention et APPORTER CE MESSAGE A CEUX QUI NE PEUVENT ETRE PRESENTS ICI AUJOURD'HUI.

« O Peuple, tout comme vous considérez ce mois, ce jour, cette Cité comme Sacré, considérez aussi la vie et les biens de chaque Musulman comme Sacré, Retournez à leurs légitimes propriétaires les biens qui vous ont été confiés. Ne blesser personne afin que personne ne puisse vous blesser. Souvenez vous qu'en vérité vous rencontrez votre SEIGNEUR et qu'effectivement il vous demandera compte de vos actes. ALLAH vous a défendu de pratiquer l'usure (de prendre de l'intérêt), donc toute obligation d'intérêt sera dorénavant abolie.

Méfiez vous de Satan, pour le salut de votre religion. Il a perdu tout espoir de ne pouvoir jamais vous induire à commettre les grands péchés, méfiez vous donc à ne pas le suivre en ce qui concerne les petits péchés. O Peuple, il est vrai que vous ayez certains droits à l'égard de vos femmes, mais elles aussi ont des droits sur vous. Si elles se soumettent à vous, alors à elles appartiennent le droit d'être nourries et habillées convenablement. Traitez donc bien vos femmes et soyez gentils envers elles car elles sont vos partenaires. Et il est de votre droit de vous assurer qu'elles choisissent leurs amis avec votre approbation, aussi bien que de ne jamais commettre l'adultère.

O Peuple, écoutez moi bien. Adorez ALLAH, faites vos cinq prières (Salah) quotidiennes, jeûnez pendant le mois de Ramadan, et donnez votre richesse en Zakat.

Accomplissez le Hadj, si vous en avez les moyens. Vous savez que chaque musulman est le frère d'un autre musulman. Vous êtes tous égaux.

Aucune personne n'est supérieure à une autre excepté en piété et en bonne action.

Souvenez vous, un jour vous vous présentez devant ALLAH et vous répondez de vos actes. Donc, prenez garde, ne vous écartez pas du droit chemin après ma mort.

O Peuple, AUCUN PROPHETE OU APOTRE NE VIENDRA APRES MOI ET AUCUNE NOUVELLE FOI NAITRA. Raisonner bien, donc.

O Peuple, et comprenez bien les mots que je vous transmets. Je laisse derrière moi deux choses, le CORAN et mon exemple le SUNNAH, et si vous les suiviez, vous vous ne vous égarerez jamais.

Que tous ceux qui m'écoutent transmettent ce message à d'autres et ceux-là à d'autres encore ; et que les derniers puissent le comprendre mieux que ceux qui m'écoutent directement.

« Sois témoin O ALLAH, que j'ai transmis ton message à ton Peuple »

DEDICACES

Je rends grâce à ALLAH, le tout puissant, le miséricordieux, pour m'avoir guider, et m'avoir donner la force nécessaire à la réalisation de ce travail.

A mes parents : mon père Hamidou Seydou et ma mère Weyhanando Talla, votre éducation stricte basée sur le respect d'autrui et l'amour du prochain fait de nous les hommes humbles et serviables que nous sommes aujourd'hui. Que dieu vous accorde longévité pour que les nouvelles générations puissent s'inspirer de votre exemple. Que le tout puissant exauce vos vœux !!!

A mon père : Abdoul Malick Seydou Diallo, tu as consacré toute ta vie à l'éducation de tes enfants que nous sommes, pour que nous puissions réfléchir et agir en toute circonstance dans le respect, la dignité et la loyauté. Ta grande vision, m'a fait choisir ce métier de médecin pour être au service de toute notre communauté à un moment ou ce besoin devient un défi. J'ose espérer être à la hauteur de tes espérances et combler toutes tes attentes, cette thèse t'est entièrement dédiée, Baba.

A mon grand frère : Almoustapha H Diallo, ta simplicité, ton sens de la compréhension et ta générosité font de toi un confident et grand frère exemplaire à tout épreuve.

A ma tante : Mme Diallo Balkissa Aboubacar, brave femme au cœur plein de bonté, tu as toujours comblé l'attente de tes enfants. Que Dieu te comble de joie et de bonheur !!!!

A mes oncles : Mahamadou Ali Diallo, Sidi Mohamed Ali Diallo, Ayouba Ali Diallo, Nouhom Madali Diallo, Bayi Aboubacar Diallo, Abdoulaye Aboubacar Diallo, Abdoul Aziz Aboubacar Diallo, Mohamed Aboubacar Diallo dit Mamma, vous m'avez toujours guider dans tous mes projets, soyez en remercier infiniment.

A mes oncles : Housseini Talla, Mahamadou Chirfo, Oumarou Chirfo, Aliou Chirfo, vos conseils et votre assistance m'ont été utiles au cours de toutes les étapes que j'ai traversé jusqu'ici.

A mes frères: Abdoul Malick Abdourhamane Diallo, Idrissa Diallo, Nouhou Diallo ; Mohamed Talibo Diallo, Mohamed Habiboulaye Diallo, vous n'avez jamais failli à votre devoir, je suis très fier d'être un des vôtres.

A mes belles sœurs : Mme Diallo Mariam Dicko, Mme Diallo Hamsa Mahamadou, Mme Diallo Fatoumata Sadibou, pour toute votre tendresse, je vous souhaite d'être pleinement heureux dans vos foyers.

A mes sœurs: Fanta, Balkissa, Aichétou, Mariama (Mamma), Oumou, Adijétou, vous êtes des sœurs admirables, restez comme vous êtes.

A mes petits frères : Abdoulaye, Mohamed Mahamoud, Boubacar, Mahamadou, je vous souhaite de brillants cursus scolaires et universitaires.

A tous les membres de la Mifa : Bad-J, Talibé, Sekou, Sympara, MC, Yeli, Sky, Scott, Jigga, Merlin, Aga, Badian, vous avez cru en moi depuis le premier jour ou je suis inscrit en première année de médecine, je vous remercie pour toute votre confiance et votre amitié.

A mes amis et compagnons de tous les jours : Youssouf Touré (Larbo), Alpha Gaye, Mahamadou Diallo (Mamma le Pli), Abdoulaye Barazi Diallo (Gouro), Mohamed Maouloud Touré, Sidi Maiga, Mahamadou Touré (Mamma), Ahmed Ould Zeiny, Mohamed Madana, Dissey, Midou, vous avez été toujours là pour moi, j'espère que les différentes épreuves de la vie ne feront que renforcer notre amitié.

A mes amis avec lesquels j'ai eu la chance de cohabiter au village du point G : Ousmane Aoudi Dé, Oumar Bah, Souleymane Diakité, Mahamadou Boité, Minkoro Fomba, Assagayere Touré, Harber Touré, Djarikou Diallo, Oumar Diallo vous êtes des personnes formidables qui m'ont marqué à tous jamais.

A mes amis et camarades de la même promotion : Souleymane Hassane, Abdoulaye Siddeye, Moulaye Haidara, Amadou Barry, Bocar Diarra, Yanta Maiga, Abdourhamane Soumana, Julien Adrami, Ibrahim Ahmadou, Joseph Sagara, Florent Dakouo, Youssouf Traoré, Alassane Bengaly, Zakary Saye, Fatim Yatara, Kadiatou Berthé, ensemble nous avons fait la pluie et le beau temps à la faculté, j'espère qu'on n'aura toujours un peu de temps pour se réunir et évoquer tous ces souvenirs.

A tous nos cadets de la FMPOS : Saidou Touré, Aziz Maiga, Fa Issif Kouyaté, Zaffara Diarra, Souleymane Arouwani, Julie, Bana, Nana Diallo, Binta Diallo, Aya Ouane, et tous les autres, je vous souhaite réussite et succès.

A tous mes amis avec lesquels j'ai eu à travailler à la faculté : Ousmane Aoudi Dé , Souleymane Diakité, Assanatou Doumbia, Alpha Gaye, Djibi Sall, Papa N'diaye, Soumeila Camara, Adama Sidibé, Maimouna Traoré, Oumou Idrissa Koné, Ladji Mallé, Yiriba Diarra, Diabaté, Karamogo, René Diarra , Soul, Allmeity, je vous souhaite une bonne carrière professionnelle.

A mes amis du quartier : Daye, Papa Tembely, Dragon, Konandji, Madou, Amara Lougué, Kantra, pour toute la courtoise dont j'ai bénéficié de votre part.

A tous nos amis qui ont perdu la vie au cours de ce long cursus : Yacouba Hassane, Antoine Mari Sidibé, Tidjani Diaby, Abdoul Fatah Traoré, Sory Sissoko, Siriki Diakité *in memoriam*, que vos âmes reposent en paix, amen !!!

A tous mes formateurs du primaire à l'université, j'espère que vous serez fier de moi.

A tous les militants et militantes de :

- **Santé plus commune VI** (Association des étudiants en santé de la commune VI),
- **Gaagassiney** (Association des ressortissants et sympatisant du nord à la FMPOS),
- **L'ASUCA** (Association des scolaires et universitaires du cercle d'Ansongo),
- **L'ALLURE** (Alliance universitaire pour le renouveau), mon état major au sein de la FMPOS.
- **REMAO** (Réseau des étudiants en médecine d'Afrique de l'ouest)

L'initiation à la vie associative et syndicale fait parti intégrant de la formation au cours de notre cursus universitaire, merci pour tous ces beaux moments passés ensemble, je vous souhaite courages et succès.

A tous les rotaractiens et rotariens du monde entier, vous qui aviez placé les idéaux comme le partage, et l'amitié au cœur de notre vie.

A tous les ressortissant de Bazi Gourma.

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont à tous ceux qui de près ou de loin nous ont apporté leur aide et/ou assistance pendant ce parcours de formation médicale.

Mention spéciale à ma tante **Dr Hafsatou Diallo**, je ne saurais te remercier pour toute ta tendresse et ton attention à mon égard. Tu as participé à la conception et à la réalisation de ce travail qui est également le tien.

Au Professeur Claudine Sauvain Dugerdil, ta touche personnelle a été indispensable pour réaliser cette thèse, nous te sommes entièrement reconnaissant cher maître.

Au Docteur Ibrahima Téguté, tes conseils, ton engagement personnel pour que recevions une meilleure formation médicale est sans limite, on ne pourrait vous en remercier assez.

Au Professeur Abdoulaye Diallo, pour ta bonne compréhension et toute ta sympathie à notre égard, sois en remercier.

Au Docteur Alassane Dicko, pour ta disponibilité, ton attention et tous tes conseils, haut combien importants pour ma future carrière professionnelle.

Au Docteur Moussa Sadou Diallo, pour tous tes conseils et suggestions qui ont facilité l'élaboration de ce document.

Au Docteur Ibrahima Fall, mon grand frère et diatigui au village du point G, tu n'a ménagé aucun effort pour que nous soyons dans les meilleures conditions pour étudier, merci beaucoup.

Au Docteur Sanè N'diaye, tu as mis non seulement tes documents, mais aussi toute ta connaissance à notre disposition dès nos premiers pas à la faculté de médecine, merci infiniment chère grande sœur.

Au Docteur Diakité Saoudatou Tall, ma grande sœur au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré, j'ai appris beaucoup de choses à tes côtés, merci du fond du cœur.

A Abdoul Wahab Dieng, sois remercier ici pour tous tes conseils, remarques et suggestions pour l'amélioration de ce document.

Au Docteur Tiéman Diarra, ta courtoisie, ta disponibilité et tes conseils nous ont beaucoup apporté dans la réalisation de cette thèse.

Au Docteur Fatou Berthé, j'ai beaucoup appris avec toi, et t'en suis reconnaissant, merci cher encadreur.

A tous le corps professoral de la FMPOS, vous donnez le meilleur de vous même pour qu'on puisse recevoir une bonne formation, nous vous sommes reconnaissant à tous jamais.

A tous les autres membres de l'équipe du chantier jeunes : Bassoutoura Gakou, Assékou Ahmadou, Moussa Karonga Keita, Hamidou Morba, Mme Sylla Balkissa Yattarra.

Tout le personnel de l'ISFRA.

Tout le personnel de la bibliothèque de la FMPOS.

A tout le personnel de la bibliothèque de l'institut des sciences humaines du Mali.

A nos amis suisses : Emilie Roulin, Xénia Mélo, Félix Bulhman.

A tout le personnel du service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré.

A tout le personnel du service d'anesthésie et de réanimation de l'hôpital du point G.

Hommages aux membres du jury :

A notre maître et président du jury, Professeur Abdoulaye Ag Rhaly :

- ❖ Professeur émérite de médecine interne à la FMPOS;
- ❖ Premier Agrégé en endocrinologie du Mali ;
- ❖ Ancien directeur de l'INRSP ;
- ❖ Ancien secrétaire général de l'OCCGE ;
- ❖ Secrétaire permanent du comité National d'éthique pour la santé et les sciences de la vie ;
- ❖ Chevalier de l'ordre international des palmes académiques du conseil africain et malgache pour l'enseignement supérieur.

Honorable maître, c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce Jury.

Votre sens élevé du devoir, votre amour pour le travail bien fait, votre rigueur scientifique, votre simplicité nous ont motivé à aller vers vous pour l'amélioration de ce travail. Votre forte personnalité, vos intarissables connaissances médicales et scientifiques, notre modestie et nos grandes qualités humaines font de vous un professeur aimé de tous et un exemple pour les futures générations que nous sommes.

Cher maître, vous trouverez ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et juge, Docteur Alassane Dicko :

- ❖ Maître assistant en santé publique à la FMPOS ;
- ❖ Chargé de cours de méthodologie à la FMPOS ;
- ❖ Responsable de l'unité épidémiologique du DEAP ;
- ❖ Chercheur au MRTC.

Cher maître, la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury nous honore et témoigne de toute l'attention que vous nous portez.

Votre rigueur scientifique, nos grandes qualités de chercheur, votre éloquence et la facilité avec laquelle vous transmettez le savoir, vous hissent au rang des plus grands espoirs pour la recherche médicale au Mali.

Veillez recevoir, nos sincères remerciements.

A notre maître et codirectrice de thèse, Docteur Fatou Berthé :

- ❖ **Master en santé et population ;**
- ❖ **Chercheur au chantier jeunes à l'ISFRA.**

Nous avons eu l'honneur et le grand plaisir de bénéficier de votre assistance durant la réalisation de cette thèse. Nous apprécions en vous cher maître, la disponibilité et l'attention particulière dont vous avez fait preuve pour nous permettre de mener à bien ce travail.

Vos qualités humaines, votre simplicité et votre respect dans le travail nous ont impressionné. Les mots nous manquent pour vous témoigner toute notre gratitude, trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et Directeur de thèse, Docteur Samba Diop :

- ❖ **Maîtrise en science de la vie, de la terre et de la nature ;**
- ❖ **Ph.D en écologie humaine, anthropologie et éthique publique ;**
- ❖ **Maître assistant au DER de santé publique de la FMPOS ;**
- ❖ **Membre du comité d'éthique de la FMPOS ;**
- ❖ **Responsable de l'unité de recherche formative en science humaine/sociale et éthique du SEREFO/VIH/Tuberculose/FMPOS ;**
- ❖ **Responsable des cours de bioéthique et d'éthique des sciences au DEA d'anthropologie à l'ISFRA.**

Nous avons été comblé par votre encadrement, votre constante disponibilité, votre sens de l'écoute, votre rigueur et votre précision dans le travail font de vous un sommité en matière de recherche en science sociale de la santé au Mali.

Vos excellentes qualités humaines et professionnelles, votre immense savoir faire, et votre engagement en faveur de vos élèves ne nous laissent pas indifférent et ont contribué à cultiver en nous l'amour pour le travail bien fait, veiller donc accepter cher maître l'expression de notre admiration et de notre profond respect.

Sommaire

I- Introduction.....	1
1- Problématique.....	1
2- Contexte et justification.....	2
II- Question et hypothèses de recherches.....	5
1- Question de recherche.....	5
2- Hypothèses de recherches.....	6
3- Objectifs de la recherche.....	6
III- Méthodologie.....	7
IV- Résultats.....	16
V- Commentaires et discussion.....	42
VI- Conclusion et recommandations.....	51
Résumé.....	53
Références bibliographiques.....	56
Annexes	

Chapitres :

I- Introduction.....	1-4
II- Question et hypothèses de recherches.....	4-6
IV- Méthodologie.....	7-15
V- Résultats.....	16-41
VI- Commentaires et discussion.....	42- 50
VII- Conclusion et recommandations.....	51-52
Résumé.....	53
Références bibliographiques.....	56

Annexes**Tableaux :**

I. Répartitions des jeunes enquêtés selon le lieu de résidence	16
II. Répartition des enquêtés selon le sexe.....	16
III. Répartition des jeunes enquêtés selon la catégorie d'âge.....	17
IV. Répartition des jeunes enquêtés selon l'activité exercée.....	17
V. Répartitions des jeunes enquêtés selon le niveau de vie.....	17
VI. Répartition des jeunes enquêtés selon le niveau d'instruction.....	18
VII. Répartition des jeunes enquêtés selon la pratique religieuse.....	18
VIII. Répartition des jeunes enquêtés selon le sexe et les caractéristiques sociodémographiques.....	19
IX. Répartition des jeunes selon le sexe, le niveau de vie et le niveau d'instruction.....	20
X. Répartition des jeunes enquêtés selon le sexe et la pratique religieuse.....	21
XI. Personne ressource selon le sexe, la catégorie d'âge, et le quartier.....	22
XII. Personne ressource selon le niveau de vie et le niveau d'instruction.....	23
XIII. Personne ressource selon l'activité exercée par l'enquêté	24
XIV. Personne ressource et la pratique religieuse de l'enquêté	25
XV. Premier recours selon le sexe, la catégorie d'âge et le lieu de résidence.....	27

XVI. Premier recours selon le niveau de vie et le niveau d'instruction.....	28
XVII. Premier recours selon l'activité exercée par l'enquêté.....	29
XVIII. Premier recours selon la nature de la maladie.....	29
XIX. Premier recours selon la pratique religieuse de l'enquêté	30
XX. Second recours selon le sexe, la catégorie d'âge, et le quartier.....	32
XXI. Second recours selon le niveau de vie et le niveau d'instruction.....	33
XXII. Second recours selon l'activité exercée par l'enquêté.....	33
XXIII. Second recours selon la pratique religieuse de l'enquêté.....	34
XXIV. Lieu du premier accouchement selon la catégorie d'âge et le quartier.....	36
XXV. Lieu du premier accouchement selon l'activité exercée par l'enquêté.....	37
XXVI. Lieu du premier accouchement selon le niveau de vie et le niveau d'instruction.....	38
XXVII. La personne qui a assisté l'accouchement selon la catégorie d'âge et le quartier.....	39
XXVIII. Personne qui a assisté l'accouchement selon le niveau de vie.....	40
XXIX. Personne qui a assisté l'accouchement selon le niveau d'instruction.....	40
XXX. Personne qui a assisté l'accouchement selon l'activité exercée.....	41

Figures :

Figure 1 : Répartition des jeunes enquêtés au premier recours.....	22
Figure 2 : Répartition des jeunes enquêtés au second recours.....	26
Figure 3 : Répartition des jeunes selon le lieu du premier accouchement.....	29

Acronymes :

ASACO : Association de santé communautaire

CSCOM : Centre de santé communautaire

DNSI : Direction nationale de la statistique et de l'informatique

DNP : Direction nationale de la population

DER : Département d'étude et de recherche

EDS : Enquête de démographie et de santé

FMPOS : Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

ISFRA : Institut supérieur de formation et de recherche appliquée

Labodémo : Laboratoire de démographie et d'étude familiale de Genève

PMI : Prévention maternelle et infantile

PRODESS : Programme de développement sociosanitaire

TV: Télévision

WHO: World Health Organisation

I- Introduction :**1- Problématique :**

L'accès aux soins pour tous et à moindre coût est une des priorités des autorités sanitaires du Mali (PRODESS, 2004). Cependant l'utilisation des services de santé en général et particulièrement ceux de base reste très faible malgré les efforts importants qui sont consacrés depuis plus d'une décennie pour renforcer l'offre de soins. En effet malgré l'accroissement important de l'offre de soins (le nombre de centre de santé est passé d'environ 340 en 1998 à plus de 800 en 2003) et donc de l'accessibilité géographique aux soins, l'utilisation des structures de santé est restée faible et est inférieure à 0,25 contact par habitant et par an (Audibert et al, 2005). La faiblesse persistante des taux d'utilisation des services de santé malgré les mesures prises pour améliorer l'accès géographique a plusieurs causes :

- Le coût reste un obstacle infranchissable pour beaucoup de catégories de personnes dont les jeunes malgré la baisse du prix des médicaments génériques essentiels.
- Une grande partie de la population préfère toujours la médecine traditionnelle, et les attitudes évoluent lentement dans une société malienne à vocation rurale traditionnelle.
- Enfin la décision de se faire soigner dépend de celui qui contrôle les ressources du ménage, qui est le plus souvent un homme (Johnson, 1998).

Les jeunes de 12 à 30 ans représentent 3 263 843 d'individus au Mali soit 31,01% de la population totale alors qu'à Bamako, les jeunes hommes de la même tranche d'âge sont estimés à 226 524 d'individus et les jeunes filles à 240 165 d'individus soit respectivement 20,78% et 22,03% de la population de la capitale (DNSI, 2004). Malgré tous les efforts déployés jusqu'à ce jour, force est de reconnaître que les besoins sanitaires d'une grande partie de cette population juvénile ne sont pas satisfaits. Cette population se trouve être non seulement la plus exposée mais également la plus prédisposée à la maladie. L'existence d'un environnement hostile, la misère, l'ignorance des causes des maladies et des mesures de protection à prendre, l'impossibilité de s'adresser à un service sanitaire sont autant de facteurs qui se

conjuguent souvent pour rendre cette situation encore plus précaire. En effet, la faiblesse des revenus diminue la demande de service de santé et favorise l'existence de conditions qui prédisposent la population à la maladie et la mauvaise santé. Au Mali, comme dans la plupart des pays en voie de développement, les maladies infectieuses et parasitaires sont les principaux problèmes sanitaires et les premières causes de décès sont des maladies évitables comme le paludisme, la rougeole, le tétanos, les infections respiratoires aiguës et la diarrhée (Johnson, 1998).

En outre, le manque d'instruction spécialement parmi les filles pèse sur le niveau des indicateurs de la santé et explique en partie la faible utilisation des services de santé maternelle et infantile. En ce qui concerne le lieu de l'accouchement, les résultats de l'EDS III ont mis en évidence un recours faible de la population malienne aux services de santé maternelle et montrent que la majorité des naissances se sont déroulées ailleurs que dans les établissements de santé, de même seulement 40% des naissances ont bénéficié de l'assistance d'un personnel de santé (EDS, 2001).

2- Contexte et justification :

Depuis l'initiative de Bamako, de nombreuses recherches se sont intéressées aux conditions de vie, aux dépenses en santé ainsi qu'aux systèmes et réseaux d'entraide qui se créent autour de la maladie et de l'infortunes dans les quartiers pauvres des grandes villes africaines : Bankoni au Mali (Diarra et al, 1991); Yopougon en Côte d'Ivoire (Touré et al, 1993) ; il faut prendre en compte les recours et itinéraires adoptés par ces populations dans leur quête de la santé et de bien être ainsi que les déterminants de ces parcours (Diakité et al, 1991); (Traoré et al, 1992). Pendant la dernière décennie avec les innovations suscitées par une offre assez importante de prestataires de soins, les questions de recherches se sont plutôt penchées sur comment se soigner dans ces grandes villes où la majorité de la population vit en-dessous du seuil de la pauvreté ? (Sidibé et al, 1994). Plus récemment avec l'adoption des programmes quinquennaux de développement dans les secteurs socio-sanitaires par plusieurs pays en Afrique au sud du Sahara, beaucoup de travaux ont été effectués sur les contextes d'accessibilité (Richard, 2005),

d'utilisation inadéquates de la pyramide sanitaire (Touré et al, 1995) (Audibert et al, 2005), de sous-fréquentation des services de santé de base (Coulibaly, 2005), de non adhésion de certaines couches de la population à ces politiques (El Moctar, 2006), de pratiques populaires (NDJOCK Tecky, 2001), etc.

Actuellement la question d'équité ou d'égalité d'accès aux services de santé se pose clairement (Gobbers, 2002); (GIRARD et al, 2000); (Ouendo et al, 2004); (WHO, 2007) et les chercheurs tentent d'y répondre adéquatement dans le but de créer de programmes de santé susceptibles d'atteindre les couches les plus vulnérables (Commeyras et al, 2006); (Ashford et al, 2004).

Avec une extension très poussée vers ses périphéries, une croissance exponentielle de sa population juvénile (destination privilégiée des jeunes pour les causes économiques, unique destination pour les études universitaires), Bamako est une ville très diverse dans sa population et son habitat et tous les prestataires de soins, aussi bien modernes que traditionnels s'y croisent.

Dans ce contexte, et face à toute cette problématique nous avons décidé dans le cadre du projet de recherche « *chantier jeunes* » d'étudier « le recours aux soins de la population juvénile ainsi que les personnes ressources de ces jeunes en cas de problèmes de santé ». Cette étude du projet « chantier de recherche et de réflexion sur les jeunes au Mali » est un partenariat interuniversitaire et interinstitutionnel entre la Suisse et le Mali et concerne :

- ❖ L'Institut supérieur de formation et de recherche appliquée (ISFRA), Université de Bamako, Ministère des enseignements secondaires, supérieurs et de la recherche scientifique ;
- ❖ L'Institut national de recherche en santé publique (INRSP), Ministère de la santé ;
- ❖ La Direction nationale de la population (DNP), Ministère de l'économie, de l'industrie et du commerce ;
- ❖ La Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS), Université de Bamako, Ministère des enseignements secondaires, supérieurs et de la recherche scientifique ;

❖ Et le Laboratoire de démographie et d'étude familiale (Labodemo) de l'Université de Genève.

Il est appuyé par la section Afrique occidentale de la coopération suisse et a pour but d'apporter des éléments novateurs pour une vision plus lucide des défis que la jeunesse pose à la société malienne, voire internationale.

II- Question de recherche et hypothèses :

1- Question de recherche :

Les jeunes issus de conditions socio-économiques défavorables (niveau de vie bas, non scolarisés) ont – ils plus recours aux prestations non formelles (guérisseurs, maison) par rapport à ceux issus de conditions socioéconomiques favorables (niveau de vie élevé, niveau d’instruction supérieur) ?

2- Hypothèses de recherche :

- ✓ Les jeunes issus de conditions socio-economiques favorables s’adressent plus à leurs parents en cas de maladie.
- ✓ Les jeunes qui vivent dans les conditions précaires font plus recours aux prestations informelles (guérisseurs, maison) par rapport aux autres.
- ✓ Les jeunes qui vivent dans les conditions précaires accouchent plus à la maison et ces accouchements sont moins assistés par le personnel qualifié par aux rapport autres.

3- Objectifs :

3-1-Objectif général :

Etudier le recours aux soins et les personnes ressources de la population juvénile en milieu urbain et périurbain bamakois.

3-2-Objectifs spécifiques :

- Identifier les personnes ressources pour les jeunes en cas de problèmes de santé.

- Analyser le recours aux soins des jeunes en cas de maladie ainsi qu'en cas d'accouchements en milieu urbain et périurbain bamakois.

- Déterminer les facteurs influençant le recours aux soins des jeunes en milieu urbain et périurbain bamakois.

III- Méthodologie de la recherche :

1-Cadre et lieu de l'étude : (Berthé, 2004); (Diallo et al, 2006)

Nous exploitons, les données de l'enquête de base du « *chantier jeunes* » qui s'est déroulée en 2002 dans 3 zones du District de Bamako, à savoir : Sikoroni et un sous-secteur de Sikoroni (Bandiagara Coura) en commune I et Niaréla en commune II.

1-1- Mékin-Sikoro (Sikoroni) : quartier périurbain situé en commune I du district de Bamako, Mekin Sikoro est limité à l'est par le quartier populaire de Bankoni en commune I, à l'ouest par le village de N'gomi relevant de la préfecture de Kati et la colline du point G. Il est limité au sud par l'hippodrome sis en commune II du District de Bamako et au nord par la colline de Djiradogo. Quant à la création du village, les sources sont divergentes : la première version est pour le XIV^{ème} siècle, la seconde pour 1830 et la troisième attribue la création de Bamako par les Niaré originaires du Lambidou situé dans l'actuel cercle de Diema dans la région de Kayes. Mékin-Sikoro (Sikoroni) est le plus vieux quartier de la ville de Bamako, couvrant une superficie de 29 hectares et compte selon le recensement de 1996 environ 30 000 habitants. La population du quartier est très hétérogène, composée à majorité de bambara, suivis par les malinké, les dogon, les soninké, les fulfulde, etc. La principale langue de communication est bambara et les religions les plus pratiquées sont l'islam et le christianisme. Les activités socioprofessionnelles des populations de Sikoroni concernent les métiers d'art comme le tissage, la bijouterie, le petit commerce, l'agriculture, le maraîchage et l'élevage. Ce quartier représente l'un des importants réservoirs de la main d'œuvre bamakoise où vivent un certain nombre d'acteurs publics moyens. Les zones à vocation sportive et de loisirs du quartier sont assez limitées et se résument à :

- Un terrain de Basket-ball et un terrain de football.
- Deux dojos clubs pour l'apprentissage des arts martiaux.
- Un bar, et centre d'écoute communautaire.

1-2- Bandiagara coura : Sous- secteur relevant de Sikoroni en commune I, Bandiagara coura est situé entre Sikoroni et Bankoni au pied de la colline du point G. C'est la, zone la plus traditionnelle parmi les 3 zones de notre étude. Il résulte d'une urbanisation incontrôlée, consécutive d'un mode de formation dit « illégal » en absence de toute opération de viabilisation. Ainsi, ce sous-secteur est souvent appelé de façon ironique « sorsoribugu » (en traduction littérale, village des accroupis) signifiant qu'il s'agit d'une zone de déguerpissement, à savoir d'habitats provisoires d'où précaires. Cette zone n'est pourvue d'aucune infrastructure sanitaire : adduction d'eau, évacuation des eaux usées ou réseau électrique.

1-3- Niaréla : Situé en commune II du District de Bamako, Niaréla est un quartier urbain couvrant une superficie de 27 hectares avec une population estimée à environ 27 256 habitants. Il est limité à l'est par Quizambougou situé en commune II, à l'ouest par la zone commerciale, au sud par le fleuve Niger et au nord par Bagadadji également sis en commune II. Les activités exercées par les résidents sont identiques à celles des populations de Sikoroni à quelques différences près, cependant Niaréla du fait de sa proximité par rapport au centre ville présente une concentration de commerçants, de fonctionnaires, d'écoles (plus d'une dizaine contre cinq à Sikoroni), et de centres de santé (un CSCOM, une PMI, 3 cliniques contre un CSCOM à Sikoroni). Les zones à vocation sportive et de loisirs sont au nombre de 4 bars, un night club, et 2 terrains de sport. Notons que du point de vue espace de divertissement, la frontière entre les quartiers n'est pas très tranchée.

2- Définition opérationnelle des concepts :

Nous proposons les définitions opérationnelles de certains concepts que sont: évènement de santé, recours aux soins, personne ressource et jeunesse.

2-1- Evènement de santé :

On a appelé « évènement de santé », tout évènement morbide ayant marqué un jeune au cours de sa vie. Réponse à la question : « *Pendant les différentes étapes de votre vie, avez-vous eus des problèmes affectant votre santé ou vécu des accidents ?* »

2-2- Personne ressource :

Toute personne à laquelle s'adresse un jeune pour un soutien matériel, un appui conseil ou une prise en charge en cas de problème de santé est considérée comme « une personne ressource ». Réponse à la question : « *A qui vous vous êtes adressé pour avoir de l'aide ?* »

2-3-Recours aux soins :

Le concept de recours aux soins est employé dans de nombreuses études et publications et son sens varie significativement en fonction de la connotation que le chercheur lui donne. Ainsi on peut l'utiliser pour caractériser les recours à l'automédication, les recours auprès des thérapeutes traditionnels et modernes, ainsi que les recours à des personnes sans qualification (Diarra et al, 1991), ou encore pour faire référence aux différentes étapes franchies par le malade à la recherche de la solution à son problème de santé, les raisons qui ont motivées les choix opérés, les types de réponses apportées, les conditions dans lesquelles cela a été fait (Touré et al, 1992).

Ce terme est aussi utilisé pour étudier les comportements de recherche de soins de santé de la population (Richard, 2005) et pour décrire les différents types de recours avec en cas de maladie (Traoré et al, 1998). Cette terminologie a également été empruntée pour décrire sur les comportements de la population face à la maladie, en termes de coûts directs (Sidibé et al, 2001). Dans notre étude, on veut faire ressortir par recours aux soins les lieux où nos enquêtés ont reçu des soins au premier évènement de leur histoire sanitaire, la succession dans laquelle cela a été fait, ainsi que les personnes ressources contactés pour cela. On a demandé aussi le lieu du premier accouchement pour les jeunes qui ont eu la chance de procréer au cours de leur vie, ainsi que la personne qui a assisté cet accouchement.

- Le premier recours correspond donc au premier lieu où l'enquêté a reçu des soins ; réponse à la question : « *Quelle est le premier lieu où vous avez reçu des soins lors du premier évènement de santé que vous avez vécu ?* »

- Le second recours correspond au deuxième lieu où l'enquêté a reçu des soins ; réponse à la question : « *Quelle est le deuxième lieu où vous avez reçu des soins lors du premier évènement de santé que vous avez vécu ?* »

3-4- Jeunesse :

Le Petit Larousse illustré définit la jeunesse comme une période de croissance, de développement ; état, caractère des choses nouvellement créées et qui n'ont pas encore atteint leur plénitude, c'est-à-dire la période de vie humaine comprise entre l'enfance et l'âge mûr. C'est aussi la période des grands défis, des grandes exaltations et surtout de l'affirmation de soi, caractérisée par :

- un élan de liberté,
- des prises de risques,
- de l'idéalisme et de l'envie de changer le monde à sa manière.

Pour le Bordas, c'est une période de la vie comprise entre l'adolescence et la maturité, elle marque le début de l'âge adulte. Et enfin quant à l'encyclopédie wikipedia, la définition romaine du *juvenes*, celui qui n'est pas adolescent mais pas encore adulte apparaît plus juste qu'une définition couperée par l'âge. L'approche la plus commune et la plus ancienne de la jeunesse se fonde sur les critères de l'âge. Il s'agit d'une méthode de classement commode qui est forcément arbitraire et réductrice. Les politiques publiques en direction de la jeunesse opèrent différemment d'un ministère où d'un organisme à un autre, la logique de chaque organisation conditionnant la tranche d'âge.

Alors que signifie jeunesse dans notre étude?

Dans « *le chantier jeunes* », nous sommes convenu à travailler sur les trois (3) phases de l'entrée dans l'âge adulte qui correspondent à des âges selon le sexe :

- Les pré-adolescents (début de fréquentation du sexe opposé et initiation sexuelle) :

12-14 ans pour les filles 15 à 19 ans pour les garçons,

- Les adolescents (avant et autour du mariage) : 15-19 ans pour les filles et 20-24 ans pour les garçons.

- Les jeunes adultes (constitution de famille) : 20-25 ans pour les filles et 25 à 30 ans pour les garçons.

Autrement dit, nous avons qualifié de jeune au « *chantier jeune* » tout sujet masculin âgé de 15 à 30 ans et tout sujet féminin âgé de 12 à 25 ans (Berthé, 2004); (Berthé, 2006); (Diallo et all, 2006).

3- Les Variables utilisées :

L'unité statistique est constituée d'une personne enquêtée, les variables retenus sont :

- **Le sexe**

- **La catégorie d'âge**

- **Le statut matrimonial**

- **L'activité exercée** (assimilable à la profession) ; nous avons individualisé 4 types d'activités :

- Les études
- Indépendants (commerces, travaux champêtres)
- Petits métiers (ouvriers, cireurs, etc.)
- Le ménage

- **Le niveau d'instruction** : les niveaux d'instruction ont été classés en 4 groupes selon l'âge médian et le parcours scolaire des jeune enquêtés:

- Non scolarisés
- Abandon scolaire précoce (concerne les jeunes filles de 13 ans et les garçons de 16 ans et demie)
- Abandon scolaire moins précoce
- Etudiant (ceux qui continuent à étudier encore)

- **Le niveau de vie des enquêtés** :

A défaut d'avoir le revenu exact de la famille, l'équipe du « *chantier jeunes* » à travers Berthé Fatou a créé un indicateur qui permet de prendre en compte certaines dimensions des conditions de vie du ménage dans lequel réside le jeune interrogé (Berthé, 2004):

Quatre variables ont été créées dans lesquelles chaque élément a reçu un score :

- Le niveau confort concerne l'électricité, la radio, le téléphone fixe, le réfrigérateur et la télévision (un point a été attribué à chacune des modalités si elle existe, sinon 0) ;
- Le niveau sanitaire concerne le robinet, le puits, la latrine traditionnelle, la latrine moderne et le puisard (le robinet et les latrines modernes ont un score de 2 et les autres modalités 1) ;
- Les moyens de transport concerne la voiture (score de 2), la moto et la bicyclette (score 1) ;
- Le bâtiment concerne la nature du sol (cimenté = 2, non cimenté = 0, carrelé = 3, autres= 1) et la nature du toit (Béton = 2, tôle = 1, chaume/paille = 0, autres= 0).

La valeur moyenne des quatre variables constitue l'indicateur de niveau. Cette variable du niveau de vie des jeunes enquêtés a été classée en 3 catégories par ordre d'importance croissant :

- Le niveau faible: concerne les ménages dont le score ne dépasse pas 1,5 point
- Le niveau moyen : ceux dont l'indicateur est compris entre 1,6 et 2 point.
- Le niveau élevé : ceux qui dépassent 2 points.

- **La pratique religieuse des enquêtés** : 2 catégories ont été individualisées ici,

- Ceux qui ont une pratique régulière.
- Ceux qui ont une pratique irrégulière et les non pratiquants.

4- Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale avec une série de questions de type biographique.

5-Population d'étude et échantillonnage :

Notre population d'étude est constituée par tous les jeunes de sexe masculin âgés de 15 à 30 ans et ceux de sexe féminin âgés de 12 à 25 ans interrogés dans nos zones d'étude lors de notre enquête de base. La distribution de

l'échantillon s'est faite sur la base d'un choix raisonné qui se justifie par les faits suivants :

- Sikoroni : est un quartier périphérique sémi-rural, avec une concentration importante de migrants ruraux à revenu faible.
- Niaréla : est un vieux quartier du centre urbain généralement habité par les autochtones de Bamako. Les jeunes qui y vivent n'ont connu relativement qu'une vie citadine.
- Bandiagara coura : est une zone non lotie spontanée, sous-secteur située à la périphérie de Sikoroni, sa spécificité est d'être une zone à exode rural assez prononcé. Le motif de son choix était de voir l'impact de la mobilité sur les jeunes.

Ainsi, 1203 jeunes ont été enquêtés à Sikoroni avec 2 échantillons comparatifs de 316 jeunes à Bandiagara coura et 300 jeunes à Niaréla. À l'intérieur des zones d'études, le choix de l'unité statistique a été opéré de façon systématique. La méthode utilisée consistait à rentrer dans une concession et à interroger un jeune couple présent ; l'enquêteur avançait de proche en proche dans les concessions avoisinantes jusqu'à obtenir le nombre attendu pour le quartier en question. À Bandiagara coura, la concession de référence a été celle du chef de village. La dispersion des concessions sur la colline accidentée a conduit à mener l'enquête en petites équipes par zones d'habitations rapprochées en prenant soins de signaler par marquage à la craie les concessions déjà interrogées pour éviter le double emploi. À Sikoroni, quartier très vaste, l'enquête s'est déroulée en suivant le découpage de la zone. On y retrouve 4 secteurs géographiques délimités par les infrastructures (écoles, mosquée, pont, la grande avenue, etc..). Dans chacun des secteurs, les concessions ont été choisies en suivant le tracé des rues à partir d'une infrastructure (le centre d'écoute dans le secteur d'énumération numéro 2). À Niaréla le travail était facilité par le tracé très net des rues qui ont déjà leur système de numérotation. Les enquêteurs trouvaient devant chaque porte, le numéro de la rue et celle de la porte.

6- Technique et collecte des données :

L'enquête a été menée par interview à l'aide de questionnaires conçus à cette fin ; comprenant six modules à savoir :

- Un premier module qui traite de la gestion du temps de l'enquêté.
- Un deuxième module qui s'intéresse à l'entourage du jeune enquêté.
- Un troisième module qui retrace la biographie des jeunes enquêtés par rapport à l'activité ; la résidence ; aux événements personnels et familiaux majeurs ; et aux événements sanitaires.
- Un quatrième module qui s'attache à chercher des informations sur les activités des jeunes enquêtés.
- Un cinquième module qui est axé sur les informations relatives aux IST / SIDA, grossesses et aux comportements à risques.
- Et enfin, un sixième module qui s'appuie sur le statut social des jeunes enquêtés, sur leur appartenance culturelle et sur les indicateurs socioculturels correspondants.

La participation : ont participé à l'enquête :

- Le laboratoire de démographie et d'étude familiale de Genève (**Labodémo**),
- Et trois institutions maliennes à savoir :
 - **L'ISFRA** (Institut supérieur de formation et de recherche appliquée) ;
 - **La FMPOS** (faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie) ; et
 - **L'INRSP** (Institut national de recherche en santé publique).

Le Matériel : était composé :

- D'un guide de l'enquêteur,
- D'une fiche d'enquête comportant les renseignements qui ont fait l'objet de l'enquête,
- D'un bureau équipé d'un ordinateur et d'une photocopieuse.

7- Plan de collecte des données :

Le projet a été conçu sur la base des résultats d'une enquête exploratoire (questionnaire auprès de 145 jeunes à Bamako et à Koutiala). Afin d'assurer la qualité aux données recueillies pendant la phase de collecte, les enquêteurs qui étaient au nombre de 16 répartis en 8 binômes ont reçu une formation de 5 jours.

Quatre superviseurs avaient pour tâche de superviser les enquêteurs et de rectifier les anomalies de remplissage des questionnaires. Les trois premiers jours de la formation ont permis à tous les participants de passer en revue l'ensemble des questions dans l'optique de s'accorder sur leurs contenus, sur leurs traductions en langues locales ainsi que sur leur pertinence telles que formulées. Au quatrième jour de la formation un test a été organisé dans divers quartiers de proximité avec comme objectif de mieux cerner les difficultés linguistiques, méthodologiques et organisationnelles avant le démarrage de l'enquête proprement dite.

Cette tâche a été d'une grande utilité, comme en démontre la richesse des restitutions des équipes. Au cinquième jour, l'une des conclusions de ces journées de formation a été la recommandation à faire interroger les filles par les filles et les garçons par les garçons, eu égard aux multiples blocages en vigueur.

La stratégie d'approche de l'équipe de terrain consistait à rendre visite aux responsables respectifs des zones d'enquête au moins trois jours avant l'arrivée des enquêteurs à fin de les impliquer dans la sensibilisation auprès des familles et surtout des jeunes. Ces responsables ont assuré, avec leurs conseillers, le travail de sensibilisation de la population sur le déroulement de l'enquête, tâche d'autant plus nécessaire que le jeune quitte très tôt le quartier pour aller travailler en ville (Berthé, 2004).

8- Gestion et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 12.0. Des vérifications de données ont été faites sur la base de l'examen de distribution des variables. L'analyse statistique descriptive a été faite par des tableaux croisés. Le test du Khi II a été utilisé pour vérifier la significativité de certains de nos résultats. Une valeur de P obtenue inférieure à 0,05 implique qu'il y a une différence significative entre les valeurs du où des caractères considérés. Le traitement de texte a été fait sur le logiciel Word 2003.

IV – Résultats:**1- Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés :**Tableau I : Répartition des jeunes enquêtés selon le lieu de résidence :

Quartier	Fréquence	
	Effect	%
Sikoroni	1203	66,1%
Niaréla	300	16,5%
Bandiagara coura	316	17,4%
Total	1819	100%

Au total 1 819 jeunes ont été interrogés dans nos trois zones d'études, dont 1 203 jeunes à Sikoroni avec 2 échantillons comparatifs de 300 jeunes à Niaréla, et 316 jeunes à Bandiagara coura.

Tableau II : Répartition des jeunes enquêtés selon le sexe :

Sexe	Fréquence	
	Effect	%
Masculin	877	48,2%
Féminin	942	51,8%
Total	1 819	100,0%

Les jeunes de sexe féminin représentent 51,8% et ceux de sexe masculin 48,2%.

Tableau III : Répartition des jeunes enquêtés selon la catégorie d'âge:

Catégorie d'âge	Fréquence	
	Effect	%
Préadolescents	696	38,3%
Adolescents	633	34,8%
Adultes jeunes	490	26,9%
Total	1 819	100%

Parmi ces jeunes, 38,3% appartiennent à la catégorie des préadolescents, 34,8% à la catégorie des adolescents et 26,9% à la catégorie des adultes jeunes.

Tableau IV: Répartition des jeunes enquêtés selon l'activité exercée:

Activité exercée	Fréquence	
	Effect	%
Etudes	716	66.7%
Indépendants	178	16.6%
Ménagère	145	13.5%
Petits métiers	34	3.2%
Total	1073	100%

Environ 67% de ces jeunes étudient, 17% sont indépendants, 14% sont des ménagères et 3% font des petits métiers.

Tableau V: Répartition des jeunes enquêtés selon le niveau de vie

Niveau de vie	Fréquence	
	Effect	%
Faible	661	36,4%
Moyen	498	27,4%
Elevé	659	36,2%
Total	1 818	100%

Environ 36,4% des jeunes enquêtés ont un niveau de vie faible, 27,4% ont un niveau de vie moyen et 36,2 ont un niveau de vie élevé.

Tableau VI : Répartition des jeunes enquêtés selon le niveau d'instruction:

Niveau d'instruction	Fréquence	
	Effect	%
Non scolarisé	642	35,3%
Abandon scolaire moins précoce	190	10,5%
Abandon scolaire précoce	251	13,8%
Etudiant	735	40,4%
Total	1 818	100%

Environ 40% des jeunes enquêtés sont encore à l'école, 14% ont abandonné précocement l'école, 10,5% ont abandonné l'école moins précocement et 35% sont non scolarisés.

Tableau VII : Répartitions des jeunes enquêtés selon la pratique religieuse :

Pratique religieuse	Fréquence	
	Effect	%
Non pratiquant/ Pratique irrégulière	665	39,1%
Pratique régulière	1035	60,9%
Total	1 700	100%

Environ 61% des jeunes enquêtés avaient une pratique régulière, alors que 39% avaient une pratique irrégulière ou étaient non pratiquant.

Tableau VIII : Répartition des jeunes enquêtés selon le sexe et les caractéristiques sociodémographiques :

Sexe	Caractéristiques										
	N total	Statut matrimonial				Catégorie d'âge			Quartier de résidence		
		célibataire	Fiancé	Marié	Divorcé/ Veuf (ve)	Préadolescents	Adolescents	Adultes jeunes	Sikoroni	Niaréla	Bangiara Coura
Masculin	877	57,3%	30,6%	21,5%	30,8%	43,5%	46,9%	56,5%	50,3%	47,5%	49,1%
Féminin	942	42,7%	69,4%	78,5%	69,2%	56,5%	53,1%	43,5%	49,7%	52,5%	50,9%
N groupe considéré*	1819	1326	111	368	13	696	633	490	300	1203	316
% population totale*	100%	72,93%	6,1%	20,24%	0,73%	38,3%	34,8%	26,9%	66,1%	16,5%	17,4%

- A Sikoroni, 52,5% des jeunes enquêtés sont de sexe féminin alors que parmi les jeunes enquêtés à Niaréla et à Bandiagara Coura, il y a presque autant d'hommes que de femmes.
- Si parmi les préadolescents et les adolescents, il y a une prédominance féminine, c'est le contraire dans la catégorie des adultes jeunes adultes.
- Parmi les célibataires 57,3% sont des hommes alors que parmi les marié(e) s 78,5% sont des femmes.

Tableau IX : Répartition des jeunes selon le sexe, le niveau de vie et niveau d'instruction de l'enquêté :

Sexe	Caractéristiques							
	N total	Niveau de vie			Niveau d'instruction			
		Plus bas	Moyen	Plus élevé	Non scolarisé	Abandon scolaire précoce	Abandon scolaire moins précoce	Etudiant
Masculin	877	48,0%	48,2%	48,6%	41,6%	58,4%	61,4%	47,2%
Féminin	942	52,0%	51,8%	51,4%	58,4%	41,6%	38,6%	52,8%
N groupe considéré*	1819	661	498	659	642	190	251	735
% population totale*	100%	36,4%	27,4%	36,2%	35,3%	10,5%	13,8%	40,4%

- Parmi les non scolarisés environ 59% sont des femmes, dans la catégorie des abandon scolaire précoce 58,4% sont des hommes, 61,4% de la catégorie abandon scolaire moins précoces sont également des hommes, et 52% des étudiants sont des femmes.

- Les femmes sont majoritaires dans les 3 indicateurs du niveau de vie (niveau de vie bas, moyen et élevé) dans notre échantillon.

Tableau X : Répartition des jeunes enquêtés selon le sexe et la pratique religieuse :

Pratique religieuse	Sexe					
	Homme		Femme		Total	
	Effect	%	Effect	%	Effect	%
Non pratiquant ou Pratique irrégulière	337	50,7%	328	49,3%	665	100%
Pratique régulière	487	47,1%	548	52,9%	1035	100%
Total	824	48,5%	876	51,5%	1700	100%

Parmi les enquêtés qui sont non pratiquants ou qui ont une pratique irrégulière 50,1% sont des hommes, et parmi ceux qui ont une pratique régulière 52,9% sont des femmes.

2- Les personnes ressources des jeunes enquêtés :

Tableau XI : la personne ressource selon le sexe, la catégorie d'âge, et le quartier:

Personne ressource	Caractéristiques sociodémographiques								
	N total	Selon le sexe		Catégorie d'âge			Quartier de résidence		
		Masculin	Féminin	Préadolescents	Adolescents	Jeunes adultes	Sicoroni	Niaréla	Bandiagara Coura
Père	243	25,7%	24,0%	30,1%	24,3%	18,6%	24,2%	26,3%	26,3%
Mère	370	35,7%	40,7%	46,0%	36,8%	28,3%	39,7%	38,0%	30,8%
Autres membres de la famille ¹	264	32,1%	21,1%	17,7%	28,1%	38,7%	27,2%	26,9%	26,9%
Autres ²	98	6,6%	14,2%	6,2%	10,8%	14,5%	9,0%	8,8%	16,0%
N groupe considéré*	975	530	445	372	334	269	648	171	156
% population totale*	100%	51,8%	48,2%	38,3%	34,8%	26,9%	66,1%	16,5%	17,4%

- Parmi les 975 jeunes qui vécu un premier évènement de santé, 370(37,9%) se sont adressés à leur mère, 264 (27,1%) aux autres membres de la famille, 243 (24,9%) à leurs père et 98 (10,1%) aux autres.

- Parmi les jeunes hommes 40,7% adressent à leur mère et 14,2% à une tierce personne, alors que parmi les jeunes filles c'est seulement 35,7% qui s'adressent à leur mère et 32,1% s'adressent aux autres membres de leur famille.

- Plus le quartier est éloigné du centre urbain, plus les enquêtés s'adressent à une tierce personne.

- Plus les enquêtés sont jeunes, plus il s'adressent à leur mère, à contrario moins ils sont jeunes plus ils s'adressent à une tierce personne.

¹ Oncle, tante, frère, sœur, cousin(e), mari, femme, grands parents

² Personne extérieure à la famille (patron, camarade, ami, médecin, etc. ...)

Tableau XII : Personne ressource selon le niveau de vie et le niveau d'instruction

Niveau de vie	Personne ressource									
	Père		Mère		Autres membres de la famille		Autres		Total	
	Effect	%	Effect	%	Effect	%	Effect	%	Effect	%
Plus bas	92	24,9%	135	36,6%	96	26,0%	46	12,5%	369	100%
Moyen	63	24,3%	99	38,2%	71	27,4%	26	10,0%	259	100%
Plus haut	88	25,4%	136	39,2%	97	28,0%	26	7,5%	347	100%
Total	243	24,9%	370	37,9%	264	27,1%	98	10,1%	975	100%
Niveau d'instruction										
Non scolarisés	66	19,2%	114	33,2%	120	35,0%	43	12,5%	343	100%
Abandon scolaire précoce	22	21,4%	32	31,1%	32	31,1%	17	16,5%	103	100%
Abandon scolaire moins précoce	28	18,4%	61	40,1%	41	27,0%	22	14,5%	152	100%
Etudiant	127	33,8%	162	43,1%	71	18,9%	16	4,3%	376	100%
Total	243	24,9%	369	37,9%	264	27,1%	98	10,1%	974	100%

- Plus le niveau de vie est élevé, moins les jeunes s'adressent à une tierce personne, à contrario les jeunes de vie bas s'adressent en premier à une tierce personne.

- Plus le niveau d'instruction des jeunes est élevé, plus ces jeunes s'adressent à leur mère, en revanche les jeunes qui ont abandonné précocement s'adressent le plus souvent à une tierce personne.

Tableau XIII : Personne ressource selon l'activité exercée par l'enquêté:

Activité exercée	Personnes ressources									
	Père		Mère		Autres membre de la famille		Autres		Total	
	Effect	%	Effect	%	Effect	%	Effect	%	Effect	%
Etudes	124	33,9%	160	43,7%	68	18,6%	14	3,8%	366	100%
Indépendants/petits métiers	21	18,1%	46	39,7%	40	34,5%	9	7,8%	116	100%
Ménagère	14	16,5%	18	21,2%	47	55,3%	6	7,1%	85	100%
Total	159	28,0%	224	39,5%	155	27,3%	29	5,1%	567	100%

Khi2= 61,606

P<0,001

Parmi les étudiants 43,7% s'adressent à leur mère, et parmi les ménagères 55,3% s'adressent à un autre membre de leur famille.

Tableau XIV : Personne ressource et la pratique religieuse de l'enquêté :

Pratique religieuse	Personne ressource								Total	
	Père		Mère		Autres membres de la famille		Autres		Effect	%
	Effect	%	Effect	%	Effect	%	Effect	%		
Non pratiquant/ Pratique irrégulière	108	30,2%	142	39,7%	70	19,6%	38	10,6%	358	100%
Pratique régulière	124	22,8%	197	36,2%	168	30,9%	55	10,1%	544	100%
Total	232	25,7%	339	37,6%	238	26,4%	93	10,3%	902	100%

Khi2=15,804

P=0,001

Parmi les jeunes qui ont une pratique régulière 30,9% s'adressent à un autre membre de leur famille, alors que parmi ceux sont non pratiquant ou qui on une pratique irrégulière 30,2% s'adressent à leur mère.

3- Le premier recours aux soins des jeunes :

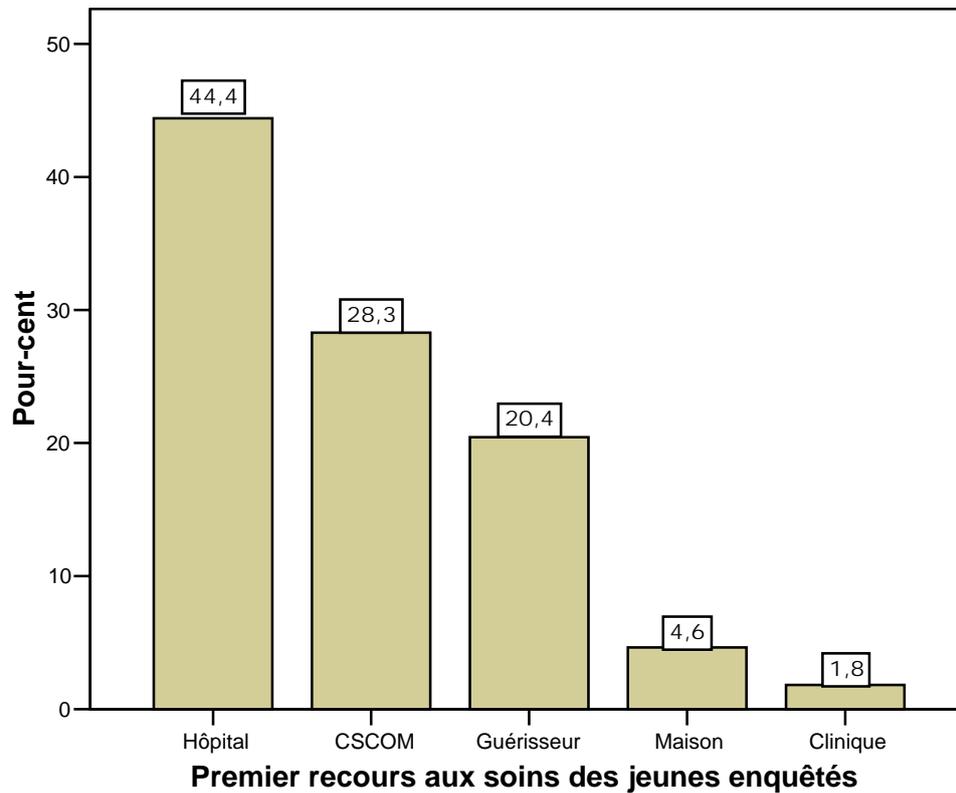


Figure 1 : Répartition des jeunes enquêtés au premier recours :

Au total 993 jeunes ont eu un premier recours parmi lesquels 441 (44,4%) sont allés se soigner à l'hôpital, 281 jeunes (28,3) sont partis vers le CSCOM, 203 (20,4%) se sont adressés aux guérisseurs, 18 (1,8 %) sont allés vers les cliniques et 46 jeunes (4,6%) se sont soignés à la maison.

Tableau XV : Premier recours selon le sexe, la catégorie d'âge et le lieu de résidence

Lieu du premier recours	Caractéristiques sociodémographiques								
	N total	Selon le sexe		Age			Quartier de résidence		
		Masculin	Féminin	Préadolescents	Adolescents	Jeunes adultes	Sicoroni	Niaréla	Bandiagara Coura
CSCOM/Clinique	299	37.0%	21.9%	32,8%	30,9%	25,2%	29,8%	30,4%	32,3%
Hôpital	441	43.3%	45.8%	43,3%	42,8%	48,1%	44,6%	49,7%	37,9%
Guérisseur/Maison	253	19.8%	32.3%	23,9%	26,3%	26,7%	25,9%	19,9%	29,8%
N groupe considéré*	993	541	452	381	346	266	661	171	161
% population totale*	100%	51,8%	48,2%	38,3%	34,8%	26,9%	66,1%	16,5%	17,4%

- Parmi les hommes 45,8% vont à l'hôpital et 32,3% ont recours aux guérisseurs/maison tandis que parmi les femmes, 37% vont au CSCOM et seulement 19,8% font recours aux guérisseurs/maison au premier recours.
- Plus la zone est proche du centre urbain plus les enquêtés s'adressent à l'hôpital suivi du CSCOM/Clinique à contrario les enquêtés de Bandiagara Coura sont ceux qui consultent le souvent les guérisseurs où restent à la maison.
- Plus les jeunes avancent en âge, moins ils s'adressent au CSCOM/Clinique au premier recours (32,8% pour les préadolescents, 30,9% pour les adolescents et 25% pour les adultes jeunes.

Tableau XVI : Premier recours selon le niveau de vie et le niveau d'instruction:

Niveau de vie	Lieu du premier recours							
	CSCOM/Clinique		Hôpital		Guérisseur/Maison		Total	
	Effect	%	Effect	%	Effect	%	Effect	%
Plus bas	127	34.0%	139	37.3%	107	28.7%	373	100%
Moyen	85	32.1%	110	41.5%	70	26.4%	265	100%
Plus haut	87	24.5%	192	54.1%	76	21.4%	355	100%
Total	299	30.1%	441	44.4%	143	25.5%	993	100%
Niveau d'instruction								
Non scolarisés	95	27,6%	134	39,0%	115	33,4%	344	100%
Abandon scolaire précoce	36	34,3%	35	33,3%	34	32,4%	105	100%
Abandon scolaire moins précoce	46	21,9%	75	48,4%	34	29,7%	155	100%
Etudiant	122	31,4%	196	50,5%	70	18,0%	388	100%
Total	299	30,1%	440	44,4%	253	25,5%	992	100%

- Plus le niveau de vie des enquêtés est bas, plus ils s'adressent aux guérisseurs ou restent à maison à contrario plus le niveau de vie est élevé plus ils s'adressent à l'hôpital.

- Plus les enquêtés durent à l'école moins ils s'adressent aux guérisseurs/Maison. La majorité des étudiants se rendent à l'hôpital au premier recours (50,5%).

Tableau XVII : Premier recours selon l'activité exercée par l'enquêté:

Activité exercée	Lieu du premier recours							
	CSCOM/Clinique		Hôpital		Guérisseur/Maison		Total	
	Effect	%	Effect	%	Effect	%	Effect	%
Etudes	118	31.2%	194	51.3%	66	17.5%	378	100%
Autres activités	55	27,4%	97	48,3%	49	24,4%	201	100%
Total	173	29.9%	291	50.3%	115	19.9%	579	100%

Khi2=4,059

P=0,131

Les jeunes qui font d'autres activités (24,4%) font plus recours aux guérisseurs/Maison que ceux qui étudient (17,5%).

Tableau XVIII : Premier recours selon la nature de la maladie :

Nature de la maladie	Lieu du premier recours							
	CSCOM/Clinique		Hôpital		Guérisseur/Maison		Total	
	Effect	%	Effect	%	Effect	%	Effect	%
Paludisme	195	39.7%	208	42.4%	88	17.9%	491	100%
Pathologies chirurgicales	24	23.3%	54	52.4%	25	24.3%	103	100%
Autres Pathologies médicales	68	19.3%	157	44.5%	128	36.3%	353	100%
Total	298	30.2%	437	44.2%	253	25.6%	988	100%

Khi2=59,728

P= 0,000

Parmi ceux qui ont une pathologie chirurgicale plus de la majorité (52,4%) se sont soignés à l'hôpital alors que parmi ceux qui ont une pathologie médicale (36,3%) font recours aux guérisseurs/maison.

Tableau XIX : Premier recours selon la pratique religieuse de l'enquêté:

Pratique religieuse	Lieu du premier recours							
	CSCOM/Clinique		Hôpital		Guérisseur/Maison		Total	
	Effect	%	Effect	%	Effect	%	Effect	%
Non pratiquant ou Pratique irrégulière	111	30.3%	163	44.5%	92	25.1%	366	100%
Pratique régulière	175	31.7%	245	44.4%	132	23.9%	552	100%
Total	286	31.2%	408	44.4%	224	24.4%	918	100%

Khi2=0,270

P=0, 874

Il y a presque autant de jeunes qui font recours aux guérisseurs parmi ceux qui pratiquent régulièrement les préceptes religieux que parmi ceux qui en ont une pratique irrégulière et, les non pratiquants.

4- Second recours aux soins des jeunes :

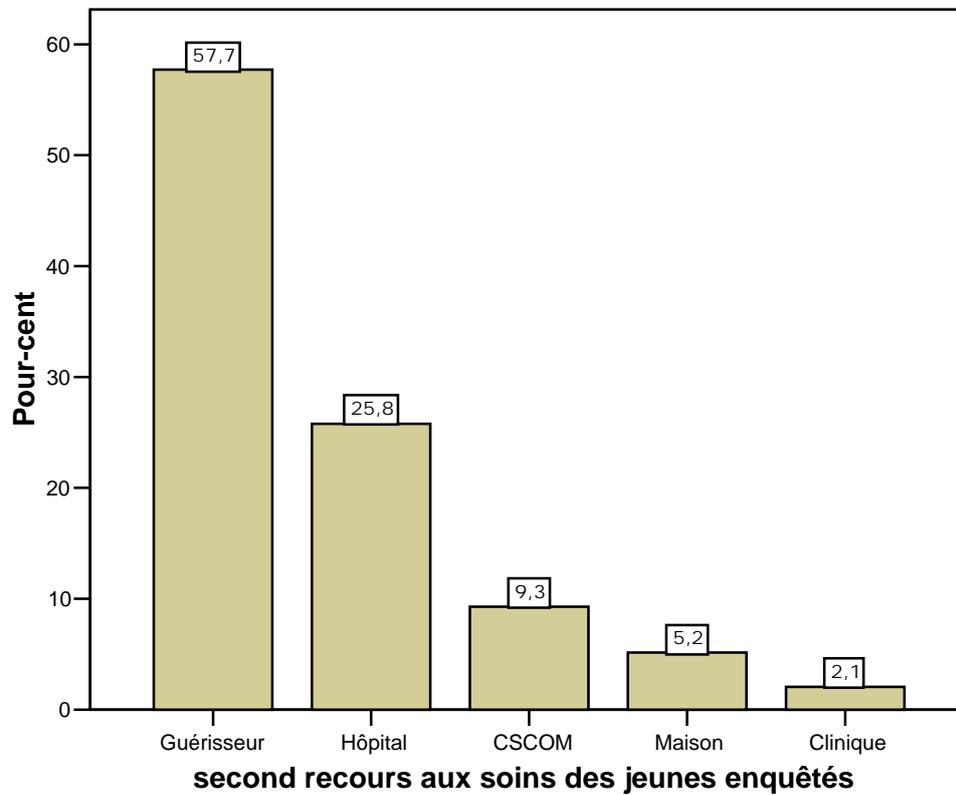


Figure 2 : Répartition des jeunes enquêtés au second recours

Seulement 97 jeunes ont eu un second recours dont 56 (57,7%) ont eu recours aux guérisseurs, 25 (25,8%) sont parti à l'hôpital, 5 se sont soignés à la maison, 9 (9,3%) sont partis au CSCOM et 2 (2,1%) à la clinique.

Tableau XX : Second recours selon le sexe, la catégorie d'âge et le quartier

Lieu du second recours	Caractéristiques sociodémographiques								
	N total	Sexe		Catégorie d'âge			Quartier de résidence		
		Femme	Homme	Préadolescents	Adolescents	Jeunes adultes	Sicoroni	Niaréla	Bandiagara Coura
CSCOM/Clinique/Hôpital	36	25,4%	65,5%	32,1%	40,5%	38,7%	39,4%	40,0%	26,7%
Guérisseur/Maison	61	74,6%	34,5%	67,9%	59,5%	61,3%	60,6%	60,0%	73,3%
N groupe considéré*	97	67	30	28	37	31	66	16	15
% population totale*	100%	51,8%	48,2%	38,3%	34,8%	26,9%	66,1%	16,5%	17,4%

- Parmi les femmes 74,6% font recours aux guérisseurs, alors que parmi les hommes 60% partent vers l'hôpital.
- Plus le lieu de résidence est éloigné du centre urbain, plus les enquêtés ont recours aux guérisseurs.
- Dans la catégorie des préadolescents 67,9% ont recours aux guérisseurs, alors que parmi les adolescents c'est 59,5% qui ont fait recours aux guérisseurs ; 61,3% des jeunes adultes ont recours aux guérisseurs au second recours.

Tableau XXI : Second recours selon le niveau de vie et le niveau d'instruction:

Niveau de vie	Lieu du second recours					
	CSCOM/Clinique/Hôpital		Guérisseur/Maison		Total	
	Effect	%	Effect	%	Effect	%
Plus bas	16	53,3%	14	46,7%	31	100%
Moyen	8	36,4%	14	63,6%	22	100%
Plus haut	8	36,4%	14	63,6%	22	100%
Total	36	37,5%	61	62,9%	97	100%
Niveau d'instruction						
Non scolarisés	36	37,5%	61	62,9%	97	100%
Abandon scolaire précoce	11	45,8%	13	54,2%	24	100%
Etudiant						
Total	36	37,5%	61	62,9%	96	100%

- Plus le niveau de vie est élevé, plus ils ont fait recours aux guérisseurs, à contrario plus le niveau de vie est bas, plus ils consultent dans une structure de soins officielle.

- Les étudiants ont plus fait recours aux structures informelles par rapport au non scolarisés.

Tableau XXII : Second recours selon l'activité exercée par l'enquêté:

Activité exercée	Lieu du second recours					
	CSCOM/Clinique/Hôpital		Guérisseur/Maison		Total	
	Effect	%	Effect	%	Effect	%
Etudes	10	32,3%	21	67,7%	31	100%
Autres activité	6	23,1%	20	76,9%	26	100%
Total	16	28,1%	41	71,9%	57	100%

Khi2=0,590

P=0,442

Parmi les jeunes qui étudient 67,7% s'adressent aux guérisseurs, alors que parmi ceux qui font d'autres activités 76,9% s'adressent aux guérisseurs.

Tableau XXIII : Second recours selon la pratique religieuse de l'enquêté:

Pratique religieuse	Lieu du second recours					
	CSCOM/Clinique/Hôpital		Guérisseur/Maison		Total	
	Effect	%	Effect	%	Effect	%
Non pratiquant/ Pratique irrégulière	11	30,6%	25	69,4%	36	100%
Pratique régulière	20	40,0%	30	60,0%	50	100%
Total	31	36,0%	56	64,4%	86	100%

Khi²=0,810

P=0,368

Parmi les jeunes non pratiquant et ceux qui ont une pratique irrégulière 69,4% vont chez les guérisseurs, alors que parmi ceux qui ont une pratique régulière 60% vont chez les guérisseurs au second recours.

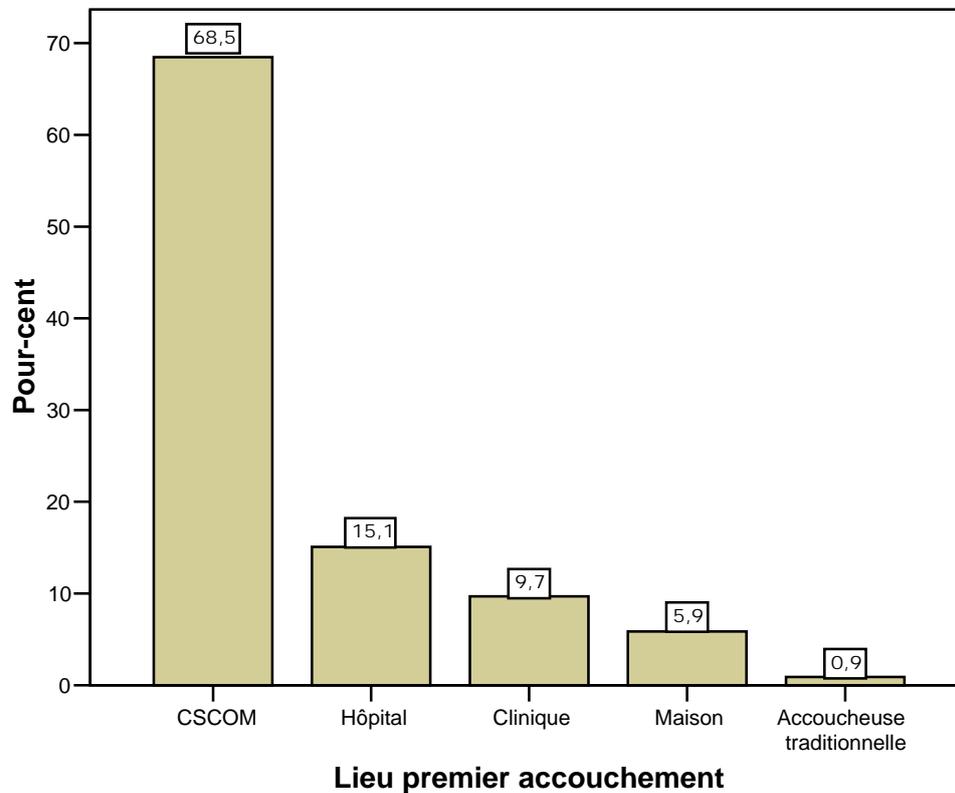
5- Lieu du premier accouchement :

Figure 3 : Répartition des jeunes selon le lieu du premier accouchement.

Au total 444 individus ont vécu une grossesse, dont 304 (68,5%) ont accouché au CSCOM, 67 (15,1%) à l'hôpital, 43 (9,7%) à la clinique, 26(5,9%) à la maison et 4 (0,9%) chez une accoucheuse traditionnelle au terme de cette grossesse.

Tableau XXIV : Lieu du premier accouchement selon la catégorie d'âge et le quartier:

Lieu premier accouchement	N total	Catégorie d'âge		Quartier de résidence		
		Préadolescents/ Adolescents	Jeunes adultes	Sikoroni	Niaréla	Bandiagara Coura
CSCOM	304	72.9%	64.9%	75.6%	56.9%	49.4%
Clinique /Hôpital	110	20.1%	28.6%	18.9%	36.2%	39.2%
Maison/ Accoucheuse traditionnelle	30	7.0%	6.5%	5.5%	6.9%	11.4%
N groupe considéré*	444	199	245	307	58	79
% population totale*	100%	73,1%	26,9%	66,1%	16,5%	17,4%

- Parmi les jeunes de Bandiagara Coura 11,4% ont accouché à la maison, alors que parmi ceux de Sikoroni c'est seulement 5,5% qui ont accouché à la maison.
- Parmi les préadolescents et adolescents 72,9% ont plus accouché au CSCOM, alors que parmi les jeunes adultes c'est 64,9% qui ont accouché au CSCOM.

Tableau XXV : Lieu du premier accouchement selon l'activité exercée par l'enquêté:

Activité exercée	Lieu accouchement							
	CSCOM		Clinique /Hôpital		Maison/ Accoucheuse traditionnelle		Total	
	Effect	%	Effect	%	Effect	%	Effect	%
Etudes	27	77.1%	7	20.0%	1	2.9%	35	100%
Autres activités	101	63.1%	45	28.1%	14	8.8%	160	100%
Total	128	65.6%	52	26.7%	15	7.7%	195	100%

Khi²=2,867

P=0,238

Parmi les jeunes qui étudient seulement 2,9% ont accouché à la maison, alors que parmi ceux qui font d'autres activités c'est 8,8% qui accouchent à la maison.

Tableau XXVI: Lieu du premier accouchement selon le niveau de vie et le niveau d'instruction:

Niveau de vie	Lieu accouchement							
	CSCOM		Clinique / Hôpital		Maison/ accoucheuse traditionnelle		Total	
	Effect	%	Effect	%	Effect	%	Effect	%
Plus bas	129	67.2%	45	23.4%	18	9.4%	192	100%
Moyen	94	71.2%	31	23.5%	7	5.3%	132	100%
Plus haut	80	67.2%	34	28.6%	5	4.2%	119	100%
Total	303	68.4%	110	24.8%	30	6.8%	444	100%
Niveau d'instruction								
Non scolarisé	168	64.9%	65	25.1%	26	10.0%	259	100%
Abandon scolaire	108	72,5%	38	25,5%	3	2,0%	108	100%
Etudiant	28	77,8%	7	19,4%	1	2,8%	28	100%
Total	304	68.3%	110	24.9%	30	6.8%	444	100%

- Plus le niveau d'instruction est élevé, moins les jeunes accouchent à la maison ; à contrario les non scolarisé accouchent très souvent à la maison (10%).

- Plus le niveau de vie est élevé, moins les jeunes accouchent à la maison.

6- Personne qui assiste le premier accouchement :

Tableau XXVII : La personne qui a assisté l'accouchement selon la catégorie d'âge et le quartier :

Personne qui assiste le premier accouchement	caractéristiques sociodémographiques						
	N total	Catégorie d'âge			Quartier de résidence		
		Préadolescents	Adolescents	Jeunes adultes	Sikoroni	Niaréla	Bandiagara Coura
Personnels qualifiés	365	71,4%	81,2%	83,7%	81,5%	84,5%	83,5%
Personnels non qualifiés et autres	79	28,6%	18,8%	16,3%	18,5%	15,5%	16,5%
N groupe considéré*	444	14	186	244	308	58	79
% population totale*	100%	38,3%	34,8%	26,9%	66,1%	16,5%	17,4%

- Parmi les 444 individus qui ont vécu un accouchement, 366 (82,2%) sont assistés par le personnel qualifié et 79 (17,8%) sont assisté par le personnel non qualifié et autres.
- Les accouchements des jeunes de Niaréla (84,5%) et de Bandiagara coura (83,5%) sont plus assistés par le personnel qualifié que ceux de Sikoroni (81,5%).
- Les préadolescents (28,6%) sont moins assistés par le personnel qualifié que les adolescents (18,8%) et les adultes jeunes (16,3%).

Tableau XXVIII : Personne qui a assisté l'accouchement selon le niveau de vie

Niveau de scolarisation	Personne qui a assisté l'accouchement					
	Personnel qualifié ³		Personnel non qualifié et autre		Total	
	Effect	%	Effect	%	Effect	%
Non scolarisé	208	80,0%	52	20,0%	260	100%
Abandon scolaire	127	85,2%	9	14,8%	149	100%
Etudiant	31	86,1%	5	13,9%	36	100%
Total	366	82,2%	79	17,8%	445	100%

Les accouchements des jeunes qui ont un niveau de vie élevé (87,4%) sont plus assistés par le personnel qualifié par rapport à ceux qui ont un niveau de vie bas (78,1%).

Tableau XXIX : Personne qui assiste l'accouchement selon le niveau d'instruction

Niveau de vie	Personne qui a assisté l'accouchement					
	Personnel qualifié		Personnel non qualifié ⁴ et autre		Total	
	Effect	%	Effect	%	Effect	%
Plus bas	150	78,1%	42	21,9%	192	100%
Moyen	111	83,5%	22	16,5%	133	100%
Plus haut	104	87,4%	15	12,6%	119	100%
Total	365	82,2%	79	17,8%	444	100%

Les accouchements des jeunes non scolarisés sont moins assistés par le personnel qualifié que les autres (20%).

³ Médecin, sage femme

⁴ Matrone, accoucheuse traditionnelle

Tableau XXX : Personne qui a assisté l'accouchement selon l'activité exercée :

Activité exercée	Personne qui a assisté l'accouchement					
	Personnel qualifié		Personnel non qualifié et autre		Total	
	Effect	%	Effect	%	Effect	%
Etudes	31	88,6%	4	11,4%	35	100%
Indépendants/ petits métiers	70	93,3%	5	6,7%	75	100%
Ménage	63	73,3%	23	26,7%	86	100%
Total	164	83,7%	32	16,3%	196	100%

Khi²=12,570

P=0,002

Les accouchements des jeunes indépendants et ceux qui exercent des petits métiers (93,3%) sont plus assistés par le personnel qualifié que les ménagères (73,3%).

VI- Commentaires et Discussion :

1- Caractéristiques sociodémographiques des jeunes enquêtés :

Au total, on a interrogé 1 819 jeunes dans nos trois zones d'étude, dont 942 sont de sexe féminin soient 51,8% et 877 sont de sexe masculin soient 48,2% (Tableau I et II).

Cette prédominance féminine reflète l'état même de la population du Mali en général et particulièrement celle de Bamako (DNSI, 2003). Ces jeunes interrogés ont été repartis entre trois catégories d'âge comme prévu par notre plan d'échantillonnage, ainsi 38,3% appartiennent à la catégorie des préadolescents (12-14 ans pour les filles et 15 -19 ans pour les garçons), 34,8% à la catégorie des adolescents (15-19 ans pour les filles et 20-24 ans pour les garçons), et 26,9% à la catégorie des adultes jeunes (20-25 ans pour les filles et 25 -30 ans pour les garçons) voire Tableau III.

Par rapport au niveau de vie des jeunes enquêtés, on voit que 36,4% des enquêtés ont un niveau de vie faible, 27,4% ont un niveau de vie moyen et 36,2 ont un niveau de vie élevé.

En ce qui concerne le niveau d'instruction, si 35% de nos enquêtés sont non scolarisés, 14% ont abandonné précocement l'école, 10,5% ont abandonné l'école moins précocement et 39,8% sont encore des étudiants.

Il s'est révélé par rapport à l'activité exercée par ces jeunes que 67% font des études, 17% sont des indépendants (commerce, travaux champêtres), 3% exercent de petits métiers (ouvriers, cireurs, etc.), et 14% sont des ménagères.

Et enfin par rapport à la religion, environ 61% des jeunes enquêtés ont une pratique régulière, alors que 39% avaient une pratique irrégulière ou étaient non pratiquants.

On voit toute fois que, les deux sexes se distinguent essentiellement par les caractéristiques suivantes :

- La catégorie d'âge : S'il y a une prédominance féminine dans la catégorie des préadolescents et adolescents (56,5% et 53,1% de femmes), c'est le contraire dans la catégorie des adultes jeunes (56 ,5%).
- Le lieu de résidence : Si parmi les jeunes enquêtés à Niaréla et à Bandiagara Coura, il y a presque autant d'hommes que de femmes ; à

Sikoroni plus de la majorité des jeunes enquêtés (52,5%) sont de sexe féminin.

- Le statut matrimonial: Si 78,5% des jeunes femmes enquêtées sont mariées, les jeunes hommes sont généralement célibataires (57,3%). Cela peut s'expliquer par le fait qu'en général dans notre société, les jeunes filles se marient très tôt alors que les jeunes hommes restent longtemps célibataires.

- Le niveau d'instruction : Si les jeunes filles sont les plus nombreuses à ne pas être scolarisées, (c'est seulement environ 40% d'entre elles qui sont scolarisé) en revanche, elles ont plutôt tendance à durer à l'école (52,8% sont encore à l'école). Les jeunes hommes sont plus scolarisés mais ils dominent dans les catégories « abandons scolaires précoces et tardifs ». Ceci s'explique par le fait dans notre échantillonnage, l'âge médian est plus grand chez les hommes par rapport femmes alors cette variable a été construite avec l'âge médian.

- Le niveau de vie : les femmes dominent dans les 3 indicateurs du niveau de vie.

- La pratique religieuse : la majorité des jeunes hommes enquêtées ont une pratique irrégulière ou sont non pratiquants (50,1%), parmi ceux qui ont une pratique régulière 52,9% sont des femmes.

2- Les personnes ressources des jeunes :

A la lumière de nos résultats, on voit que 975 jeunes ont contacté une personne ressource au premier évènement de santé de leur histoire sanitaire parmi lesquels 370 jeunes soit 37,9% se sont adressés à leurs mères ; 264 soit 27,1% à un autre membre de la famille (oncle, tante, frère, cousin(e), grand parents, mari, femme) ; 243 soit 24,9% à leurs pères et 98 soit 10,1% aux autres personnes qui ne sont pas de leur famille.

Ce qui montre les jeunes enquêtés s'adressent généralement à un membre de leur famille en cas de problème de santé. La mère arrive en première position, suivi des autres membres de la famille. Le père vient en troisième position et peu d'entre eux se sont adressés à une personne en dehors de la famille. Ce qui confirme la place de la mère dans la gestion du malheur et de

l'infortune dans la société malienne. Cette révélation peut être renforcée par une autre étude menée au Mali, qui atteste que la femme intervient, pour sa propre santé et pour celle de ses enfants, aussi bien dans la prise de décision du recours aux soins que dans la prise en charge des dépenses de santé (Traoré et al, 1992).

On voit ainsi que même si les jeunes enquêtés s'adressent généralement à leur mère, le fait de s'adresser à une personne extérieure à la famille varie considérablement selon certaines de nos variables, en effet :

- Les jeunes hommes se sont adressés plus à une personne extérieure à leurs familles que les jeunes femmes (14,2% contre 6,6%).
- Plus le quartier est éloigné du centre urbain, plus les enquêtés s'adressent à une personne extérieure à la famille [les jeunes de Bandiagara coura (16,0%) se sont adressés à une personne extérieure à la famille, par rapport à ceux de Sikoroni (9,0%) et de Niaréla (8,8%).
- Plus les enquêtés sont jeunes, plus ils s'adressent à leur mère, à *contrario* moins ils sont jeunes, plus ils s'adressent à une personne extérieure à leur famille (14,5% des adultes jeunes).
- Plus le niveau de vie des enquêtés est bas, plus ils s'adressent à une personne extérieure à la famille (12,5% contre 7,5%).
- Plus le niveau d'instruction des jeunes enquêtés est élevé, plus ils s'adressent à leur mère, en revanche les non scolarisés se sont plus adressés à une personne extérieure à la famille par rapport aux étudiants (12,5% contre 4,3%).

On observe aussi par rapport à l'activité exercée que, parmi les étudiants 43,7% se sont adressés à leur mère, alors que parmi les ménagères 55,3% s'adressent à un autre membre de leur famille qui est en occurrence ici leur mari.

Du point de vue religieux, on note que les jeunes qui ont une pratique régulière se sont plus adressés à un autre membre de leur famille alors que parmi ceux qui sont non pratiquants ou qui ont une pratique religieuse irrégulière 30,2% se sont adressés à leur père.

3- Le premier recours aux soins des jeunes :

A ce niveau, c'est au total 993 jeunes qui ont affirmé avoir reçu des soins au premier évènement, dont 444 à l'hôpital, 283 au CSCOM, 204 chez les guérisseurs, 46 à la clinique, et 22 à la maison. L'hôpital ressort donc comme que le premier lieu de soins des jeunes enquêtés (44,4%) ; ensuite arrive le CSCOM (20,4%) ; puis les guérisseurs (20,4%) ; et enfin peu d'entre eux se sont rendus à la clinique (4,6%) ou à la maison (2,2%). Ces résultats sont comparables à ceux d'une autre étude menée au Mali, qui trouve que l'hôpital constitue le premier recours pour 44,3% des malades (Touré et al, 1995). On peut expliquer cela par le fait :

- Les enquêtés laissent leur maladie traîner pour consulter directement à l'hôpital.
- La recherche d'une meilleure qualité des soins au détriment souvent des structures de santé de base.

Pour la suite, on a regroupé certains lieux de soins comme le CSCOM/Clinique, et Guérisseurs/Maison, afin d'avoir des effectifs suffisamment grands pour voir l'effet de nos variables sur le recours aux soins.

Cette analyse nous montre que si les enquêtés se sont soignés le plus souvent à l'hôpital au premier recours, le recours aux soins informels (guérisseur, maison) varient selon certains facteurs, en effet :

- Les jeunes hommes ont plus recours aux guérisseurs/maison par rapport aux jeunes filles (32,3% contre 19,8%).
- Plus le lieu de résidence est éloigné du centre urbain plus les enquêtés font recours aux guérisseurs/maison (29,8% pour Bandiagara coura contre 19,9% pour Niaréla).
- Plus le niveau de vie des enquêtés est bas, plus ils ont recours aux guérisseurs/maison (28,7% pour le niveau de vie contre 21,4% pour le niveau de vie élevé).
- Plus les enquêtés durent à l'école moins ils s'adressent aux guérisseurs/Maison (33,4% pour les non scolarisés contre 18,0% pour les étudiant).

- Les jeunes qui font d'autres activités font plus recours aux guérisseurs/Maison par rapport à ceux qui étudient (24,4% contre 17,5%).

On observe ainsi que les jeunes qui soit résident dans les zones reculées soit qui ont un niveau de vie et un niveau d'instruction bas et soit qui exercent une activité en dehors des études ont plus fait recours aux soins informels (guérisseur, maison) au premier recours par rapport aux autres. Ces facteurs retrouvés ici, à savoir : le lieu de résidence, le niveau de vie, le niveau d'instruction et la profession ont déjà été rapportés par d'autres études comme déterminants du recours aux soins (GIRARD et al, 2000); (Gobbers, 2002) ; (Ahsford et al, 2004); (Commeyras et al, 2006); (WHO, 2007). On note toutefois ici que les jeunes hommes ont plus eu recours aux soins informels (Guérisseurs, maison) par rapport aux jeunes femmes à ce niveau. Dans notre contexte, cela se comprend puisqu'ils ont été les plus nombreux à s'adresser à une personne extérieure à la famille. Dans une autre étude menée à Bamako, le sexe ne ressort pas comme un déterminant du recours aux soins (Diakité et al, 1992).

Par rapport à la catégorie d'âge, on constate qu'il y a une relation entre la catégorie d'âge et le fait de se soigner au CSCOM/Clinique, en effet plus les jeunes avancent en âge, moins ils s'adressent au CSCOM/Clinique au premier recours (32,8% pour les préadolescents, 30,9% pour les adolescents et 25% pour les adultes jeunes).

Quant à la nature de l'évènement, on voit que parmi ceux qui ont une pathologie chirurgicale plus de la majorité (52,4%) s'est soignée à l'hôpital et une proportion non négligeable des jeunes qui ont une pathologie médicale (36,3%) ont eu recours aux guérisseurs/maison. Ce qui confirme ce que l'on avait déjà énoncé plutôt : c'est-à-dire que la perception de la gravité de la maladie est très importante pour le recours aux structures officielles de soins, l'hôpital en premier. Ce qui a déjà été observé dans d'autres études (Gobbers, 2002); (Traoré et al, 1992).

Notons ici que la pratique religieuse n'a pas d'influence sur le premier recours aux soins des jeunes enquêtés.

4- Le second recours aux soins des jeunes :

C'est seulement 97 jeunes enquêtés qui ont affirmé avoir reçu des soins au second recours, parmi lesquels, 56 ont eu recours aux guérisseurs, 25 à l'hôpital, 9 au CSCOM, 5 jeunes à la maison ou à la clinique.

Dans la même logique, nos données nous amènent à regrouper les lieux de soins en 2 modalités : les structures officielles de soins (CSCOM, Clinique, Hôpital) et les structures informels (Guérisseurs, maison).

L'analyse nous montre qu'à ce niveau, on observe le même parcours qu'au premier recours, en ce qui concerne le lieu de résidence et l'activité exercée (profession) : plus le lieu de résidence est éloigné du centre urbain, plus les enquêtés ont recours aux structures informelles (guérisseurs, maison) et les jeunes qui exercent une autre activité font plus recours aux structures informelles (guérisseurs, maison) par rapport à ceux qui étudient encore (76,9% contre 67,7%) au second recours.

En revanche, les enquêtés adoptent l'attitude contraire si on tient compte de certaines de leurs caractéristiques telles :

- Le sexe : les femmes ont plus eu recours aux structures informelles (guérisseurs, maison) que les hommes (74,6% contre 60%)
- La catégorie d'âge : les préadolescents ont recours aux structures informelles que les adultes jeunes (67,9% contre 61,3%).
- Le niveau de vie : plus le niveau de vie des enquêtés est élevé, plus ils ont recours aux guérisseurs, à contrario plus le niveau de vie est bas, plus ils consultent dans une structure officielles de soins (CSCOM, Clinique, Hôpital).
- Le niveau d'instruction : les étudiants ont plus eu recours aux guérisseurs/maison que les non scolarisés (69,7% contre 61,5%).

Ce changement de secteurs de soins d'un recours à l'autre peut refléter un manque de satisfaction des enquêtés au premier recours, en considérant l'efficacité comme le premier critère recherché quel que soit le type de recours choisi (Traoré et al, 1992). Ce qui peut être expliqué par les faits suivants :

- Le coût des prestations et des ordonnances qui découlent d'une consultation dans une structure officielle (CSCOM, clinique, hôpital)

ne sont pas toujours à la portée d'une grande majorité de la population.

- Les personnels soignant ne sont pas correctement préparés pour accueillir les malades.
- Les certains facteurs liés aux structures officielles de soins elles-mêmes (emplacement, entretien des lieux, etc.) n'encouragent pas toujours le malade à y revenir.

Cela ressort également dans d'autres études, (Sidibé et al, 2001); (El Moctar, 2006). Toutefois, il faut noter que les structures officielles de soins ne sont pas les seules à faire des insatisfaits dans la quête de la santé des populations. En effet, selon une étude menée à Abidjan (Côte d'Ivoire), en tenant compte du niveau de satisfaction par rapport à l'importance de chacune des formes de pratique dans la masse totale des recours, on observe que pour la médecine moderne il a plus de satisfaction (64%) que pour la médecine traditionnelle (59%) (Touré et al, 1993).

Enfin par rapport à la pratique religieuse, notons que si au premier recours la pratique religieuse n'est pas un déterminant du recours, on note que les non pratiquant et ceux qui ont une pratique irrégulière ont plus recours aux guérisseurs/maison que ceux ayant une pratique régulière (69,4% contre 60%) au second recours.

5- Le lieu du premier accouchement des jeunes :

Notre analyse ne s'applique ici qu'aux jeunes enquêtés ayant déclaré avoir vécu une grossesse au cours de leur histoire sanitaire. Réponse à la question : « *avez-vous déjà mis votre femme (copine) enceinte ?* »

C'est au total 444 qui ont eu une grossesse dans leur histoire sanitaire. Parmi elles 68,5% ont accouché au CSCOM, 15,1% à l'hôpital, 9,7% à la clinique, 5,9% à la maison et 0,9% chez une accoucheuse traditionnelle au terme de cette grossesse.

On observe ici aussi que même si la plupart des jeunes enquêtées (93,2%) ont accouché dans une structure officielle de soins (CSCOM, clinique, Hôpital) au premier accouchement, cependant :

- les jeunes de Bandiagara Coura ont plus accouché à la maison ou chez une accoucheuse traditionnelle par rapport à ceux de Sikoroni (11,4% contre 5,5%).
- Les préadolescents et adolescents ont moins accouché au CSCOM par rapport aux jeunes adultes (72,9% contre 64,9%).
- Les jeunes qui font d'autres activités ont plus accouché à la maison par rapport à ceux qui étudient encore (8,8% contre 2,9%).
- Plus le niveau de vie est élevé, moins ces jeunes accouchent à la maison. Il en est de même pour le niveau d'instruction (les jeunes étudiantes accouchent moins à la maison par rapport aux non scolarisés).

Ainsi, celles qui résident à Bandiagara coura, les adultes jeunes, celles qui exercent d'autres activités, celles qui ont un niveau de vie bas, les non scolarisées ont plus accouché dans les structures non formelles (maison, accoucheuses traditionnelle) à ce niveau.

Ces résultats sont comparables aux résultats d'une autre étude selon laquelle les différences souvent frappantes entre situations de santé des divers groupes socio-économiques sont le reflet des inégalités en matière d'accès à l'information, aux installations offrant les soins de qualité et aux moyens de payer les services (Ahsford et al, 2004).

6- Les personnes qui ont assisté ce premier accouchement:

On voit que sur ces 444 accouchements, 82,2% sont assistés par le personnel qualifié (médecin, sage femme) et seulement 17,8% sont assistés par le personnel non qualifié (matrone, accoucheuse traditionnelle) et autres (mère, tante, etc.). On observe toutefois que :

- Plus les enquêtées sont jeunes moins leurs accouchements sont assistés par le personnel qualifié (28,6% pour les préadolescentes contre 16,3% pour les adultes jeunes).
- Les accouchements des jeunes qui ont un niveau de vie bas sont moins effectués par le personnel qualifié par rapport à ceux qui ont un niveau de vie élevé (21,9% contre 12,6 %).

- Les accouchements des jeunes non scolarisées sont moins assistés par le personnel qualifié que les autres (20%). Les accouchements des jeunes indépendantes et celles qui exercent les petits métiers (93,3%) sont plus assistés par le personnel qualifié que les ménagères (73,3%).

On voit à ce niveau aussi que les accouchements des jeunes qui cumulent le plus grand nombre de facteurs de précarité (ceux qui ont un niveau de vie et un niveau d'instruction faible, ceux qui exercent d'autres activités) sont moins assistés par le personnel soignant par rapport aux autres.

VII- Conclusion et recommandations :

1- Conclusion :

Dans cette étude, nous avons cherché à étudier les recours aux soins des jeunes en milieu urbain et périurbain à Bamako ainsi que les personnes ressources de ces jeunes en cas de maladie. On peut dire que cette analyse des recours aux soins fait intervenir plusieurs facteurs et déterminants et s'avère être très complexe. A la lumière des résultats présentés, la première impression qui se dégage est que les jeunes enquêtés s'adressent à un membre de leurs familles pour demander de l'aide en cas de problème de santé. Cependant, les jeunes de sexe masculin, les adultes jeunes, ceux qui résident à Bandiagara Coura, ceux qui ont niveau de vie faible, les non scolarisés, se sont plus adressés à une personne extérieure à la famille par rapport aux autres.

Au premier recours, les jeunes enquêtés se soignent dans une structure officielle de soins (hôpital, CSCOM, clinique), toutefois les jeunes de sexe masculin, ceux qui résident dans les zones les plus reculées ; ceux qui ont niveau de vie faible ; ceux qui ont un niveau d'instruction bas et ceux qui exercent une activité en dehors des études ont plus eu recours aux structures informelles (guérisseur, maison) que les autres.

Au second recours, c'est le parcours contraire qui est effectué par les enquêtés. En effet, à ce niveau : les femmes, les préadolescents ; les jeunes qui ont niveau de vie élevé ; les étudiants et ceux qui étudient ont plus eu recours aux structures non formelles (guérisseurs, maison), que leurs pairs en situation de précarité sociale.

Les enquêtées accouchent pour la plupart dans une structure officielle de soins (CSCOM, clinique, Hôpital). Et à ce niveau également, les jeunes de Bandiagara Coura, les jeunes adultes ; ceux qui ont niveau de vie bas, les non scolarisés, les jeunes qui font d'autres activités, ont plus accouchés dans structures informelles de soins (guérisseurs, maison) par rapport aux autres. Quant à la personne qui a assisté ce accouchement, on voit aussi que les accouchements des jeunes qui cumulent le plus grand nombre de facteurs de précarité (ceux qui ont un niveau de vie et un niveau d'instruction faible,

ceux qui exercent d'autres activités) sont moins assistés par le personnel qualifié par rapports aux autres.

Les jeunes de sexe masculin, ceux qui appartiennent à la catégorie des adultes jeunes, ceux qui résident à Bandiagara Coura, ceux qui ont un niveau de vie faible, les non scolarisés, ceux qui exerce une activité en dehors des études, ressortent comme les plus vulnérables par rapport aux recours aux soins.

Ceci nous permet de répondre à notre question de recherche et dire que les jeunes qui ont le plus de facteurs de précarité, donc les plus vulnérables sont ceux qui s'adressent le plus à une personne extérieure à leur famille en cas de maladie et font plus recours aux structures informelles de soins (guérisseur, maison). Elles sont également celles qui sont les plus susceptibles d'accoucher à la maison ou chez les accoucheuses traditionnelles et, et ont plus de chance d'être assistées par un personnel non qualifié (matrone, mère, tante, sœur) lors de cet accouchement.

2-Recommandations :

Les résultats obtenus nous permettent de proposer les recommandations suivantes :

- Adopter des mesures qui peuvent mettre la population en confiance, préalable à tout programme d'éducation sanitaire.
- Améliorer l'accessibilité géographique et financière aux soins à la population et particulièrement aux couches les plus vulnérables comme les jeunes en créant de nouveaux programmes de santé qui tiennent compte de leurs réalités.
- Engager et motiver les agents de santé pour qu'ils soient plus responsables, et soucieux de ménager la susceptibilité des populations afin d'obtenir leur participation à la gestion des problèmes de santé.
- Instaurer un meilleur encadrement par le pouvoir public du secteur de la médecine traditionnelle.

Fiche signalétique :

Nom : Diallo

Prénom : Cheick Bady

Titre de la thèse : Recours aux soins et ressources des jeunes en milieu urbain et périurbain bamakois.

Mots clés : Jeunes, soins de santé, recours aux soins

Année de soutenance : 2008

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Résumé :

Face à la problématique de l'accès aux soins de santé des populations vulnérables comme les jeunes dans un contexte où les politiques en matière de santé oeuvrent pour que l'égalité des chances de recourir aux structures sanitaires soit une réalité, nous avons décidé dans le cadre du « *chantier jeunes* » d'étudier le recours aux soins et les personnes ressources de la population juvénile de Bamako.

Nous avons exploité pour cela les données récoltées par interview dans le cadre du projet de recherche « chantier jeunes » auprès de 1 819 jeunes répartis dans 3 zones au sein du district de Bamako dont un échantillon de 1 200 jeunes à Mékin-Sikoro (Sikoroni) et 2 échantillons comparatifs de 319 jeunes à Bandiagara Coura et 300 jeunes à Niaréla.

Nous nous sommes fixés comme objectif : 1- d'identifier les personnes ressources des jeunes en cas de maladie ; 2-d'analyser le recours aux soins des jeunes en cas de maladie ainsi qu'en cas d'accouchements en milieu urbain et périurbain bamakois ; 3-de déterminer les facteurs influençant sur ce recours.

L'analyse de ces données a fourni des résultats qui permettent de dégager les constats suivants :

Par rapport aux personnes ressources des jeunes, on voit que les jeunes enquêtés se sont adressés en général à leurs mères en cas de problèmes de santé. Cependant les jeunes qui ont un niveau de vie bas, les non scolarisés

et les adultes jeunes se sont plus adressés à une personne extérieure à leur famille par rapport aux autres.

Au premier recours, l'hôpital ressort comme que le premier lieu de soins des jeunes enquêtés (44,4%), toutes fois les jeunes les moins nantis, les moins scolarisés et les plus jeunes se sont plus adressés aux guérisseurs ou se sont soignés à la maison par rapport aux autres.

Au second recours, on observe le même parcours inverse du premier recours, en effet plus le lieu de résidence est éloigné du centre urbain, plus les enquêtés ont recours aux structures informelles (guérisseurs, maison) et les jeunes qui exercent une autre activité font plus recours aux structures informelles (guérisseurs, maison) par rapport à ceux qui étudient encore (76,9% contre 67,7%).

Quant au lieu du premier accouchement des jeunes enquêtés, plus de la majorité des jeunes ont accouché au CSCOM (68,5%). Notons également qu'ici les jeunes qui ont niveau de vie bas, les non scolarisés et ceux qui résident à Bandiagara Coura ont plus accouché à la maison où chez une accoucheuse traditionnelle par rapport aux autres.

Et enfin par rapport à la personne qui assiste ce premier accouchement, on voit que 82,2% des accouchements sont assistés par le personnel qualifié (médecin, sage femme) et ici aussi, les accouchement des jeunes qui ont un niveau de vie bas et les non scolarisés sont moins assistés par le personnel qualifié par aux autres.

Ces informations ainsi fournies par notre étude montrent que d'énormes efforts sont à faire afin rendre les services de soins curatifs, maternels et obstétricaux plus accessibles aux populations les plus vulnérables.

SIGNALITIC CARD

Name: Diallo

First name: Cheick Bady

Title of thesis: Use of care and resources of young people in urban and suburban areas in Bamako.

Keywords: Young, health care, health care

Year of defense: 2008

Country of origin: Mali

Place of deposit: Library of FMPOS

Summary:

Faced with the problem of access to health care for vulnerable populations such as youth in a context or health policies that work for equal opportunities to use health facilities is a reality, we decide in the part of the "chantier jeunes" (youth growing site) to study the use of care and resource persons of the juvenile population of Bamako.

We have exploited it to data collected by interview as part of the research project "chantier jeunes" (youth growing site) at 1 819 young people across 3 zones within the district of Bamako with a sample of 1 200 youth Mékin-Sikoro (Sikoroni) and 2 comparatives samples of 319 youths in Bandiagara Coura and 300 youths in Niaréla.

We have set a target: 1 - to identify the resources of young people in case of illness; 2- to analyse recourse to the care of juveniles in case of sickness and in the case of births in urban and suburban areas in Bamako; 3-determine factors influencing on the appeal.

The analysis of these data provided results that can identify the following: Compared to the resources of young people, you see that young respondents were usually sent to their mothers in cases of health problems. But young people who have a low standard of living, not in school and young adults are more addressed to a person outside their families in relation to others.

In the first appeal, the hospital emerges as the first care of young respondents (44.4%), both young less affluent, less educated and younger age were sent to more healers or are cared for at home compared to

others.

In the second appeal, there is the same journey in reverse first appeal to more place of residence is far from the urban center, most respondents rely on informal structures (healers, house) and youth who perform another activity are more use of informal structures (healers, house) compared to those who are still studying (76.9% against 67.7%).

As the place where the first delivery of young people surveyed, more than the majority of youth have given birth to CSCOM (68.5%). It is also worth noting that here the young people who have low standard of living, not in school and those who reside in Bandiagara Coura have more birth at the house where at a TBA compared to others.

And finally in relation to the person who attends this first delivery, we see that 82.2% of births are attended by skilled personnel (doctor, midwife) and here too, the birth of young people who have a low standard of living and non school are less assisted by qualified personnel by the other.

This information provided by our study show that tremendous efforts are to be done to make curative care services, maternal and obstetric more accessible to the most vulnerable populations.

Références bibliographiques :

- 1- **Audibert Martine, Eric de Roodenbeke, Ismail Samba Traoré, Aude Pavy-Letourmy, Daouda Malle, Amadou Sogodogo, Sidi Sidibé** : Avril 2005 – Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de la situation et perspectives. *Rapport Banque mondiale, Région Afrique*.
- 2- **Ahsford Lori S, Davidson R. Gwatkin et Abdo S. Yazbeck** : 2004 – Comment créer des programmes démographiques et de santé susceptibles d'atteindre les plus démunis, *Rapport, population référence bureau, Banque mondiale*.
- 3- **Berthé Fatou** : 2006- Expérience du projet « chantier jeunes » en matière d'analyse des ressources et stratégies de la jeunesse malienne face au défi de l'incertitude et articulations avec les stratégies institutionnelles. *Rapport, Ouagadougou, Burkina Faso*.
- 4- **Berthé Fatou** : 2004- Vulnérabilité des jeunes liée aux pratiques et aux comportements néfastes à la santé en milieu urbain et périurbain bamakois. *Thèse de médecine, Bamako, Mali*.
- 5- **Cellule de planification et de statistique** : décembre 2004 – Programme de développement socio-sanitaire 2005-2009 (PRODESS II) « composante santé ».
- 6- **Commeyras Christophe, Jean Rollin Ndo, Omar Merabet, Hamidou Koné, Faraniaina Patricia Rakotondrabe** : Janvier-Février-Mars 2006 – Comportement de recours soins et aux médicaments au Cameroun. *Rapport cahiers santé volume 16, n°1*.
- 7- **Coulibaly Lazare** : 2005- Etude de la sous fréquentation des CSCOM dans la région de Koulikoro. *Thèse de médecine, Bamako, Mali*.
- 8- **Diakité Birama Djan, Tiéman Diarra, Sidy Traoré** : 1993 – Recours aux soins et consommation médicale dans le quartier de Bankoni, se soigner au Mali : 12 expériences des sciences sociales. Edition Karthala.
- 9- **Diallo Hafsatou, Assékou Ahmadou, Moussa Karonga Keita** : 2005 – Mobilité résidentielle dans 3 quartiers de Bamako. Article, Bamako, Mali.
- 10- **Diarra Tiéman, Birama Djan Diakité, Sidy Traoré, Claude Pairault** : 1990- Les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier de Bankoni. Volume 1 : *Etude socio-économique et sanitaire. Rapport, Bamako, Mali*.

- 11- **Direction nationale de la statistique et de l'informatique (DNSI)** : février 2003 – Recensement général de la population et de l'habitat au Mali – Tome 6 – Perspectives de la population résidente du Mali (1999-2024).
- 12- **El-Moctar Mohamed**: 2006 – Logique de production et utilisation des services de santé en milieu nomade au Mali : cas de la commune de Ber (Tombouctou). *Thèse de médecine*, Bamako, Mali.
- 13- **Enquête de démographie et de santé (EDS III)** : 2001 – Mali, Rapport de synthèse.
- 14- **GIRARD Jacques E, Valery RIDDE** : 2000 – L'équité d'accès aux services de santé dans un contexte africain de mise en œuvre de l'initiative de Bamako. Rapport, Québec, Canada.
- 15- **Gobbers Didier** : 2002 – L'équité dans l'accès aux soins en Afrique de l'ouest. Rapport. Source : [http// : www. Didiersgobbers.com](http://www.Didiersgobbers.com).
- 16- **Johnston Timothy, Sheila Dahoo Faure et Laura Raney**: Juin 1998 - *The World Bank and the Health Sector in Mali*. Rapport.
- 17- **Ndjock Tecky Jana Armelle** : 2001 – Santé maternelle et infantile, analyse des systèmes médicaux ordinaires et savants : le cas de l'association villageoise de Manyalé à l'office du Niger (République du Mali). *Thèse de médecine*, Bamako, Mali.
- 18- **Ouendo Edgard-Marius, Michel Makoutodé, Moussiliou N. Paraiso, Michèle Wilmet-Dramaix et Bruno Dujardin.** : Février 2005 – Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (Pauvreté et soins de santé). *Rapport Tropical Medicine and International Health*, Volume 10 n° 2.
- 19- **Partners in International Health** : Novembre 2002 – Programme de développement sanitaire et social : Mission d'Evaluation Externe. Rapport provisoire, Bamako, Mali.
- 20- **Richard Jean-Luc**: 2001 – Accès et recours aux soins dans la sous préfecture de Ouéssè (Bénin). *Thèse de géographie*, 1 0609 pages.
- 21- **Sidibé Aissata Ba, Samaké Raki Ba, Xavier de Béthune** : 1994- Comment se soigne- t-on en ville ? – Innover dans les systèmes de santé, *expériences d'Afrique de l'ouest*- Editions Karthala-Paris.
- 22- **Touré Bokar, Diarra Kaffing, Diakité Birama Djan**: Avril 1995 – Enquête sur les hôpitaux nationaux du Mali. Rapport, Bamako, Mali.
- 23- **Touré Bocar, Koffi N'guéssan, Sika Glebelho Lazare** : Août 1993- Enquête sur les conditions de vie et les recours au soins dans la commune de Yopougon (Abidjan) Mai. *Rapport*, Abidjan, Cote d'ivoire.

- 24- Traoré Sidy, Coulibaly Seydou O, Sidibé Marie-Cécile** : novembre 1992-Comportement et coûts liés au paludisme chez les femmes des campagnes de pêcheurs dans la zone de Sélingué au Mali. *Rapport*, Bamako, Mali.
- 25- WHO**: 2007- World health statistics, Inequalities in health: understanding their determinants- Rapport.

SERMENT D'HYPOCRATE

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce 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 leur père.

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

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

Je le jure.