

République du Mali
Un Peuple-Un But-Une Foi

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto-Stomatologie

ANNEE : 2009-2010

Thèse N°.....

Consultation communautaire :

**Représentations sociales des patients sur les
soins dans la commune rurale de Baguinéda**

Thèse présentée et soutenue publiquement le
Faculté de Médecine de Médecine et D'Odonto-Stomatologie
Par M. **Isac Kodio**
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY :

Président du jury:	Pr Sahare Fongoro
Membres du jury:	Dr Boubacar Sangaré
Co-directeur de these	Mr Seydou Diarra
Directeur de thèse :	Pr Samba Diop

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2009-2010

ADMINISTRATION

DOYEN : Anatole TOUNKARA - Professeur

1er ASSESSEUR : Drissa DIALLO - Maître de Conférences

2ème ASSESSEUR : Sékou SIDIBE - Maître de Conférences

SECRETAIRE PRINCIPAL : Yénimégué Albert DEMBELE - Professeur

AGENT COMPTABLE : Mme COULIBALY Fatoumata TALL - Contrôleur des finances.

✓ **PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr. Alou BA	Ophtalmologie
Mr. Bocar SALL	Orthopédie – Traumatologie - Secourisme
Mr. Yaya FOFANA	Hématologie
Mr. Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr. Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr. Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr. Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr. Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr. Aly GUINDO	Gastro – entérologie
Mr. Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr. Siné BAYO	Anatomie-Pathologie - Histoembryologie
Mr. Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique, Chef de D.E.R
Mr. Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne
Mr. Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr. Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr. Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr. Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr. Sanoussi KONATE	Santé Publique,
Mr. Abdou Allassane TOURE	Orthopédie – Traumatologie
Mr. Daouda DIALLO	Chimie Generale & Minérale
Mr. Issa TRAORE	Radiologie
Mr. Mamoudou K. TOURE	Cardiologie
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr. Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

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

✓ **D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

1. PROFESSEURS

Mr. Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr. Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr. Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr. Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L
Mr. Djibril SANGARE	Chirurgie Générale Chef de D.E.R.
Mr. Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr. Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mme TRAORE J.THOMAS	Ophtalmologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco – Obstétrique
Mr. Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr. Youssouf COULIBALY	Anesthésie - Réanimation
Mr. Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr. Sékou SIDIBE	Orthopédie – Traumatologie
Mr. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
Mr. Tieman COULIBALY	Orthopédie – Traumatologie
Mr. Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr. Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr. Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Generale
Mr. Mohamed KEITA	O.R.L

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr. Issa DIARRA	Gynéco – Obstétrique
Mr. Samba Karim TIMBO	O.R.L
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	O.R.L
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie - Réanimation
Mr. Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr. Adama SANGARE	Orthopédie -Traumatologie
Mr. Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr. Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr. Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr. Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr. Mady MAKALOU	Orthopédie -Traumatologie
Mr. Aly TEMBELY	Urologie
Mr. Niani MOUNKORO	Gynécologie -Obstétrique
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie -Réanimation
Mr. Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie

Mr. Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr. Mohamed KEITA	O.R.L
Mr. Bouraïma MAIGA	Gynécologie – Obstétrique
Mr. Youssouf SOW	Chirurgie Generale
Mr. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr. Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr. Boubacary GUINDO	O.R.L
Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Generale
Mr. Birama TOGOLA	Chirurgie Generale
Mr. BREHIMA COULIBALY	Chirurgie Generale
Mr. Adama Konoba KOÏTA	Chirurgie Generale
Mr. Adégné TOGO	Chirurgie Generale
Mr. Lassana KNTE	Chirurgie Generale
Mr. Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr. Hamady TRAORE	Odonto-stomatologie
Mme. KEITA Fatoumata	SYLLA Ophtalmologie
Mr. Drissa KANIKOMO	Neuro-chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	O.R.L
Mr. Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr. Aladji Seydou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr. Ibrahima TEGUETE	Gynécologie /Obstétrique
Mr. Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr. Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme. Fadima Koreissy TALL	Anesthésie-Réanimation
Mr. Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
Mr. Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie-Réanimation
Mr. Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr. Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
Mr. Tioukany THERA	Gynécologie
Mr. Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr. Boubacar BA	Odontostomatologie
Mme. Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr. Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
Mr. Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr. Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
Mr. Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme. Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr. Hamidou Baba SACKO	O.R.L
Mr. Siaka SOUMAORO	O.R.L
Mr. Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie

Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Generale
Mr. Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Generale
Mr. Koniba KEITA	Chirurgie Generale
Mr. Sidiki KEITA	Chirurgie Generale
Mr. Soumaila KEITA	Chirurgie Generale
Mr. Alhassane TRAORE	Chirurgie Generale

✓ **D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

1. PROFESSEURS

Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr. Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr. Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie
Mr. Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr. Anatole TOUNKARA	Immunologie - Chef de D.E.R.
Mr. Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr. Abdourahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr. Adama DIARRA	Physiologie
Mr. Mamadou Koné	Physiologie
Mr. Sékou F.M. TRAORE	Entomologie Médicale

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr. Amadou TOURE	Histo - embryologie
Mr. Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie – Virologie
Mr. Amagana DOLO	Parasitologie Chef de DER
Mr. Mahamadou CISSE	Biologie
Mr. Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr. Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie
Mr. Mahamadou A THERA	Parasitologie
Mr. Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr. Mouctar DIALLO	Biologie - Parasitologie
Mr. Djibril SANGARE	Entomologie - Moléculaire Médicale
Mr. Boubacar TRAORE	Parasitologie- Mycologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr. Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr. Mounirou BABY	Hématologie
Mr. Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr. Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr. Souleymane DIALLO	Bactériologie – Virologie
Mr. Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie
Mr. Guimogo DOLO	Entomologie - Moléculaire Médicale
Mr. Abdoulaye TOURE	Entomologie - Moléculaire Médicale

Mr. Mahamadou DIAKITE	Immunologie-Génétique
Mr. Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
Mr. Bakary MAIGA	Immunologie
Mr. Bokary Y. SACKO	Biochimie

4. ASSISTANTS

Mr. Mamadou BA	Biologie - Parasitologie entomologie
Mr. Moussa FANE	Parasitologie – Entomologie
Mr. Blaise DACKOOU	Chimie Analytique
Mr. Aldiouma GUINDO	Hématologie

✓ **D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

1. PROFESSEURS

Mr. Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr. Baba KOUMARE	Psychiatrie - Chef de D.E.R.
Mr. Moussa TRAORE	Neurologie
Mr. Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr. Moussa Y. MAIGA	Gastro – entérologie - Hépatologie
Mr. Somita KEITA	Dermato – Léprologie
Mr. Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr. Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr. Mamady KANE	Radiologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr. Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr. Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr. Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr. Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr. Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr. Adama D. KEITA	Radiologie
Mr. Sounkalo DAO	Maladies infectieuses
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr. Souleymane DIALLO	Pneumologie

✓ **MAITRES ASSISTANTS**

Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr. Kassoum SANOGO	Cardiologie

Mr. Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr. Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Kaya Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr. Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr. Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr. Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr. Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr. Anselme KONATE	Hépto - gastro - entérologie
Mr. Moussa T. DIARRA	Hépto - gastro - entérologie
Mr. Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr. Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr. Mahamadoun GUINDO	Radiologie
Mr. Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr. Yacouba TOLOBA	Pneumo-phtisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr. Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr. Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr. Modibo Sissoko	Psychiatrie
Mr. Ilo Bello DIALL	Cardiologie
Mr. Mahamadou DIALLO	Radiologie
Mr. Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr. Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr. Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr. Salia COULIBALY	Radiologie
Mr. Ichaka MENTA	Cardiologie
Mr. Souleymane COULIBALY	Cardiologie

✓ **D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

1. PROFESSEURS

Mr. Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique Chef de D.E.R
Mr. Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr. Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Drissa DIALLO	Matières médicales
Mr. Alou KEITA	Galénique
Mr. Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie analytique
Mr. Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr. Yaya KANE	Galénique
Mr. Saïbou MAIGA	Législation

Mr. Ousmane KOITA

Mr. Yaya COULIBALY

Mr. Abdoulaye DJIMDE

Mr. Sékou BAH

Mr. Loséni BENGALY

Parasitologie Moléculaire

Législation

Microbiologie-Immunologie

Pharmacologie

Pharmacie Hospitalière

✓ **D.E.R. SANTE PUBLIQUE**

1. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr. Mamadou Soun calo TRAORE

Mr. Jean TESTA

Mr. Massambou SACKO

Mr. Allassane A. DICKO

Mr. Seydou DOUMBIA

Mr. Samba DIOP

Mr. Hamadoun SANGHO

Santé Publique **chef de D.E.R**

Santé Publique

Santé Publique

Santé Publique

Epidemiologie

Anthropologie Médicale

Santé Publique

2. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr. Adama DIAWARA

Mr. Hamadoun Aly SANGHO

Mr. Akron AG IKNANE

Mr. Ousmane LY

Mr. Cheick Oumar BAGAYOKO

Mme Fanta SANGHO

Santé Publique

Santé Publique

Santé Publique

Santé Publique

Informatique Médecine

Santé Communautaire

3. ASSISTANTS

Mr. Oumar THIERO

Mr. Seydou DIARRA

Biostatistique

Anthropologie Médicale

✓ **CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr. N'Golo DIARRA

Mr. Bouba DIARRA

Mr. Boubacar KANTE

Mr. Souleymane GUINDO

Mme DEMBELE Sira DIARRA

Mr. Modibo DIARRA

Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA

Mr. Mahamadou TRAORE

Mr. Lassine SIDIBE

Mr. Cheick O. DIAWARA

Botanique

Bactériologie

Galénique

Gestion

Mathématiques

Nutrition

Hygiène du Milieu

Génétique

Chimie –Organique

Bibliographie

✓ **ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Babacar FAYE

Pr. Lamine GAYE

Pr. Amadou Papa DIOP

Pr. Pascal BONNABRY

Pharmacodynamie

Physiologie

Biochimie

Pharmacie Hospitalière

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE

Dédicace et remerciements	12
Introduction.....	23
Enoncé du problème.....	28
Approche conceptuelle.....	31
Démarche méthodologique	38
Résultats.....	44
Commentaires et discussions.....	63
Références	72
Notes et sigles	75
Annexes.....	78
Fiche signalétique & résumé	88

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

Je dédie cette thèse

♥ A Dieu le tout puissant qui de par son amour et sa grâce, nous a permis d'achever cette œuvre ; et son fils unique Jésus Christ le sauveur de l'humanité.

♥ A mon père Assegoun dit Abel Kodio

Dont l'apprentissage, la rigueur et la sagesse nous ont permis d'arriver au bout de ce travail. Grâce à l'éducation rigoureuse que vous nous avez donnée, nous avons appris le sens de l'honneur, de la dignité, de la morale et du travail bien fait. Votre courage, votre disponibilité, votre bravoure, votre franc parler ont fait de vous un père excellent. Que le seigneur vous bénisse d'avantage et vous prête longue vie Amen !

♥ A ma mère Nema Dolo

Courageuse et dévouée, tu nous as entouré d'une attention et d'une affection sans pareilles. Tout ce que j'aurai à te dire ne saurait qu'exprimer à fond tout le sacrifice et l'endurance que tu as dû subir pour nous élever. Tu as toujours su répondre à notre appel dans les moments difficiles ; et toujours su nous inculquer les règles de bonne conduite, de dignité, de respect de l'être humain et de sagesse. Ce modeste travail est le fruit de tes efforts. Que Dieu le tout puissant t'accorde longue vie, bonne santé et plein de bonheur à nos cotés et qu'Il puisse nous donner les moyens de réaliser tes rêves ;

♥ A mon grand-frère Albert Kodio et sa famille :

Votre soutien fidèle et permanent, moral et matériel ne nous ont jamais manqué et ont été le garant de cette réussite. Vous avez été toujours là. Seul Dieu le tout puissant peut vous gratifier de tout ce que vous avez fait pour nous. Puisse le seigneur vous bénir abondamment, vous donner longue vie, santé et bonheur !
Ce travail est plutôt le vôtre.

♥ A ma grande sœur Elizabeth

Votre sympathie, votre amour, votre soutien moral et matériel ne m'ont jamais fait défaut. Vous avez toujours su remplacer valablement notre propre mère, donc les mots me manquent pour vous remercier ; Seul le seigneur peut vous payer. Ce travail est le vôtre. Que l'éternel, Dieu de Providence, vous accorde bénédiction, bonheur et longue vie !

♥ A mon grand-frère Mathieu et sa famille

Votre dignité, votre dévotion, votre intégrité, votre amour pour le travail bien fait, votre soutien moral et matériel nous ont toujours comblé et font de vous un frère exceptionnel. Je ne saurai comment vous remercier. Ce modeste travail est le vôtre. Puisse le seigneur vous bénir toi et ta famille !

♥ A mes frères et sœurs

Naomi, Albert, Bérénice, Elizabeth, Roda, Mathieu, Esther, Elisée, Dîna etc. Soyons et restons unis pour vaincre les embûches de la vie. Que Dieu nous bénisse et nous prête bonheur et longévité. Ce travail est sans doute le vôtre.

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont à l'adresse :

Du ministère de la santé, à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie ; du ministère de l'éducation de base, de l'alphabétisation et des langues nationales ;

- ♥ Du CSCom de Baguineda-Camp : le docteur Bakary Sangaré et tout son personnel pour nous avoir accepté et guidé pendant les enquêtes ;
- ♥ Du CSCom de Tanima : le docteur Oumar Koné pour nous avoir accepté et guidé pendant les enquêtes ;
- ♥ A la PMI centrale (CS réf CIII) ;
- ♥ A la PMI de Missira (CS réf CII) ;
- ♥ Du CSCom de Moribabougou : le docteur Abdoulaye Coulibaly et tout son personnel ;
- ♥ Aux autorités de la commune de Baguineda : le maire, le sous préfet, les chefs de village etc. ;
- ♥ De Noumoukè et sa famille à Soundougouba Koura pour l'accueil, l'assistance et le respect qu'il nous a réservé tout au long de notre séjour à Soundougouba ;
- ♥ A la famille Zacharie saye à Djélibougou pour tout le soutien et toutes les prières que vous m'avez faites. Que le seigneur vous abonde de bénédictions !
- ♥ Au club Alioune Blondin Bèye (CAB) ; au MOU.RAS.MA ;
- ♥ A Jacques Saye pour le soutien moral et matériel qu'il m'a réservé tout au long de mes études de médecine ;
- ♥ Du pasteur Abdias Diarra et à toute la communauté de l'église chrétienne évangélique de Moribabougou pour leurs prières ;

♥ Mes camarades de promotion :

Adama Yoro Diarra, Mamadou Sylvain Koïta, Abdoulaye Chomba Koné, Mohamed Diakité, Hamidou Bagayogo, Hassane Sanogo, Mohamed Maïga, Drissa Bamba en souvenir des moments passés ensemble à la FMPOS et au point G.

♥ Mes camarades thésards en anthropologie-éthique : Ibrahim Diall, Aïssata Goïta, Ibrahim Dembélé, Djouma Kansaye, Sadio Coulibaly et Nene Konipo.

Rappelez-vous des moments d'entente et d'entraide passés ensemble pendant l'enquête ; soyez-en remerciés.

Puisse Dieu l'omnipotent nous donner longue vie dans une parfaite santé de production pour faire goûter à nos parents le fruit de ce long périple. Succès et bonne chance pour le reste du long chemin !

♥ A Samba Diarra Auxiliaire de Recherche, UER Anthropologie Médicale DER Santé Publique pour toute l'assistance et gentillesse dont tu nous as fait preuve ; sois- en remercié infiniment.

♥ A mes amis

♥ A mes amis d'enfance plus particulièrement Abdramane Dolo rappelles toi des moments de galère et de joie qu'on a passé ensemble depuis très jeune. Que Dieu te Bénisse et te prête longue vie !

♥ A Esaïe Sagara rappelles toi des moments de galères et de joie qu'on a passé ensemble. Que Dieu te Bénisse et te prête longue vie !

♥ A Sylvain et Elie

Qui ne ménageaient aucun effort pour m'accueillir à Koulouba. Ce travail est le vôtre. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude ;

♥ A Adama Yoro Diarra et Siaka Sogoré :

Vous avez été comme des frères pour moi, souvenez-vous des moments de galère et de joie que nous avons partagé. Puisse Dieu nous donner longue vie, pleine de santé et de succès. Mes frères vous m'avez été d'un grand soutien, trouvez ici le témoignage de mes sentiments les plus dévoués. Ce travail est le vôtre.

♥ Aux "cochambriers" de la C1 de 2004 à 2006 :

Noss, Sogoré, Youkanaba, Abou, Beiti, Diallo, Foba, Blo, Sadessy, Mademba, Dao, Seybou, Mohamed, Dramane, Salif, Adama, Badra, Bré, Gé, Moussa, Niantao, Bakar etc.

♥ Rode Théra

Tu es une fille de caractère car tu as toujours refusé de suivre le vent du soit disant modernisme et du conformisme. Ton courage, ta modestie, ta sagesse, ta générosité et ta fidélité dans tout ce que tu fais, font de toi une femme idéale. Trouve ici l'expression de ma sincère considération.

♥ A tous les étudiants de la FMPOS

♥ A tout le corps professoral de la FMPOS

Retrouvez ici le témoignage de ma reconnaissance pour l'enseignement reçu.

♥ A tous les autres dont je ne peux citer les noms :

Universitaires et non universitaires, praticiens hospitaliers, faisant fonction d'internes, étudiants, patients, infirmiers, camarades et anonymes dont la collaboration, aussi petite soit-elle mais si importante, m'a permis d'aboutir à ce résultat.

**HOMMAGES AUX
MEMBRES
DU JURY**

A notre maître et Président du jury :

Professeur Saharé FONGORO

- ❖ Médecin spécialiste en Néphrologie
- ❖ Maître de conférences à la FMPOS
- ❖ Chevalier de l'ordre de mérite de la santé

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre modestie, votre esprit critique, et votre rigueur scientifique et votre grande expérience ont forcé notre admiration et notre estime.

Nous avons suivi avec un grand intérêt votre enseignement de qualité tant dans le domaine professionnel que social pendant notre carrière universitaire.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et membre du jury :

Docteur Boubakar SANGARE

- ❖ Docteur en médecine
- ❖ Médecin-chef du CSCom de Baguineda-Camp

Cher maître,

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme membre de ce jury ; nous nous souvenons de l'accueil que vous nous avez réservé à Baguineda quand nous y étions pour les enquêtes.

Votre disponibilité, vos conseils et vos encouragements nous ont beaucoup aidés ; soyez-en remercié.

A notre maître et codirecteur

Mr Seydou DIARRA

- ❖ Candidat PhD en Anthropologie médicale et de la santé à l'Université de Paris 8 (France)
- ❖ Spécialiste en Anthropologie médicale et de la santé,
- ❖ Assistant en Santé Publique à la FMPOS,
- ❖ Responsable des cours d'Anthropologie médicale et de la santé à la Faculté de Lettres, Langues, Arts et Sciences Humaines, (FLASH)
- ❖ Responsable des cours d'Anthropologie médicale et de la santé à la Faculté de Médecine, de Pharmacie, et d'Odontostomatologie, (FMPOS),
- ❖ Chercheur sur les politiques et systèmes de santé, et l'initiative de la mise en œuvre de la gratuité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans et la femme enceinte au Mali.

Cher maître,

Vous avez forgé notre admiration par votre disponibilité, votre modestie et votre humanité. Nous n'avons pas bénéficié directement de votre enseignement à la faculté, mais à l'occasion de cette thèse nous sommes allés à votre école et nous en sommes très fiers.

Vous nous avez réservé un accueil plein de bonté et de cordialité

Soyez rassuré, cher maître, que nous serons à la hauteur de ce privilège. Veuillez trouver ici, le témoignage de notre grande estime et de nos sincères remerciements.

A notre maître et directeur de thèse :

Professeur Samba DIOP

- ❖ Maître de conférences en anthropologie médicale à la FMPOS
- ❖ Enseignant-chercheur en éthologie - écologie humaine, Anthropologie et éthique publique, sociétale / Bioéthique - DER de Santé publique.
- ❖ Chef de l'Unité d'Enseignement, de formation et de recherche en sciences humaines, sociales et éthique à l'Initiative de Recherche – Formation sur le VIH –Sida / Tuberculose / Human Studies Unit Head.

Cher maître,

Nous sommes particulièrement sensibles au privilège et à la confiance que vous nous avez accordés et surtout la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail.

Homme de principe, votre modestie, votre humanité, votre disponibilité, vos qualités d'homme de science font de vous un exemple à suivre.

Depuis les premières classes à la faculté nous avons reçu de vous des enseignements de qualité et surtout des cours très humanistes.

Veillez trouver ici, cher maître l'expression de notre vive gratitude et profond respect.

**REPRESENTATIONS SOCIALES
DES PATIENTS SUR LES SOINS
DANS LA COMMUNE RURALE DE
BAGUINEDA**

A. INTRODUCTION :

« Il n'y a pas de société où la maladie n'ait une dimension sociale et de ce point de vue la maladie qui est aussi la plus intime et la plus individuelle des réalités fournit un exemple concret de liaison intellectuelle entre perception individuelle et symbolique sociale ; quant à la perception de la maladie et de sa guérison elle ne peut se satisfaire ni d'un recours arbitraire à l'imagination, ni d'une simple cohérence intellectuelle ou d'un effet de représentation. Il y a donc lieu d'espérer que l'étude des systèmes d'interprétation de la maladie puisse éclairer le débat sur la rationalité des croyances dites primitives et sur l'interprétation qui peut être donnée de celles dites intellectualistes. » [1]

Et si « santé pour tous » est le slogan phare de l'OMS force est de reconnaître que cela ne peut se réaliser que dans une entente et écoute totale entre les gouvernants, les agents de santé et les communautés.

Essayer d'aller de l'avant sans l'avis de tous ces intervenants ce serait ne pas avancer d'autant plus que chaque personne agit selon ses aspirations, ses croyances, ses moyens et ses opinions.

Les représentations sociales sont les connaissances qui se constituent à partir de nos expériences, mais aussi à partir des informations que nous recevons par la communication sociale, au sens large ; des connaissances pratiques qui visent à maîtriser notre environnement, comprendre et expliquer notre univers. (Jodelet D.).

L'opinion du patient par définition est le jugement que porte le patient sur l'agent de santé et son art ou encore l'idée que le patient a non seulement de la prestation mais aussi des prestataires sanitaires ; le patient étant une personne qui consulte un médecin (soignant), qui suit un traitement médical ou qui subit une opération chirurgicale.

Le soignant est une personne qui s'occupe à la fois de rétablir la santé et d'apporter du bien être à une autre personne avec toute l'humanité possible. Etre soignant, c'est prendre soin d'autrui.

Selon Olivier Bismuth et Jean Van Eslande tout bon service commençant par l'accueil : l'accueil est un aspect de l'organisation des services moins évoqués ; il se base généralement sur la gentillesse et les qualités humaines du soignant et prend en compte l'organisation de l'espace temps avant la consultation qui conditionne l'efficacité et la réputation de l'établissement et des soins pratiqués. Il est de loin le premier soin qu'un établissement prodigue à un patient.

La conduite est non seulement la manière de se comporter ou d'agir vis-à-vis du patient mais aussi la manière d'administrer les soins.

Les soins prodigués à un patient peuvent être :

- Traitements médicaux,
- Attentions (nécessaires au bien-être du patient),
- Tâches nécessaires (à la bonne marche du traitement),
- Actions efficaces,
- Bienveillance (chargé d'acheminer des messages) et bienséance,
- Surveillance médicale,

Cependant ces relations humaines, gage de tout bon soin et trame d'une relation soignant-soigné de qualité, ne semble pas intégrer les mœurs des agents à l'intérieur des centres de soins. Pour la plupart des patients, l'accueil reste particulièrement dissuasif : La bonne humeur, les salutations, l'offre de siège, l'empressement, l'écoute, la disponibilité, la reconnaissance de ce que vit l'autre, le respect, l'encouragement, le partage de savoirs, de compétences technique et humaine au service du patient ne se manifestent pas ou qu'épisodiquement.

D'après l'O.M.S la qualité des soins de santé consiste à exécuter correctement (selon les normes) des interventions dont on sait qu'elles sont sans risque, d'un coût abordable pour la société en question et susceptibles d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité (tant physique que psychique), les invalidités et la malnutrition. Aujourd'hui dans nos formations sanitaires urbaines la non-fréquentation ou la sous-fréquentation des services de santé urbains vise à identifier pourquoi un certain nombre de familles des quartiers populaires semblent exclues de l'accès régulier aux soins de santé. Des entretiens approfondis ont été menés pour tenter de cerner les raisons de cette non-fréquentation ou sous-fréquentation, et les itinéraires thérapeutiques alternatifs suivis...

Les interactions entre populations et services de santé sur différents sites sanitaires urbains, explorent s'il n'y aurait pas (dans le fonctionnement même des services de santé et dans leurs rapports aux populations) des facteurs qui favorisent l'iniquité dans l'accès aux soins. Il s'intéresse aux interactions entre offres et demandes de soins telles qu'elles s'opèrent dans les services de santé en partant de l'hypothèse que les dysfonctionnements, les insatisfactions, les incompréhensions ou les malentendus relevés ont une influence directe sur la qualité ressentie des soins, et par conséquent sur la fréquentation des services et l'accès aux soins. Si on devait résumer en une phrase le

sentiment des usagers, il faudrait écrire qu'ils considèrent les FSU comme un univers violent, « répulsif », humiliant et inhospitalier, un espace hostile à domestiquer.

Ce sentiment très négatif s'explique du point de vue anthropologique par le fait que la quête de soins conduit les malades et leurs familles vers :

- des itinéraires thérapeutiques variés déterminés certes par le degré de gravité de la maladie, mais aussi par le statut socio-économique et le niveau d'instruction,
- une place de choix pour les « cliniques » (infirmières privées) dans les recours aux soins modernes, et pour les pharmacies par terre...
- l'automédication est le premier recours, que ce soit avec des médicaments dits traditionnels ou modernes ;
- la quête du médicament : le bon médicament, le médicament facile d'accès et le médicament disponible ; ce qui est important, c'est la quête du bon médicament.

On estime par exemple que le médicament est bon lorsque le médecin le prescrit spontanément (c'est le signe qu'il connaît bien les médicaments). Par contre, on a des doutes lorsque le médecin consulte le Vidal avant de prescrire ou bien lorsqu'il donne l'impression de réfléchir.

En plus les soignés jugent les soignants en fonction du médicament prescrit, mais aussi dans la structure, en fonction de l'attitude du prescripteur.

On peut retenir que les recours pour la quête des soins sont multiples et ne sont pas toujours exclusifs.

Les formations sanitaires urbaines publiques (FSU) ne sont pas le premier recours car on les considère comme inaccessibles pour plusieurs raisons, parmi lesquelles :

- les attitudes et comportements des personnels des FSU ne sont pas appréciés par les usagers. On peut citer entre autres le non-respect des heures d'ouverture et de fermeture, le mauvais accueil, l'absence de sociabilité, le manque de respect ou l'impolitesse, l'absence de communication, la lenteur dans l'exécution des tâches ;
- la prise en charge des indigents est inexistante ou faible, et selon des critères non clarifiés et non connus de tous ; la variabilité des tarifs affichés et très souvent la différence entre ceux-ci et les tarifs réellement payés.
- le système des faveurs pour être vite ou bien reçu, pour ne pas attendre ou pour court-circuiter la file d'attente.

Parfois c'est à travers des rumeurs que l'on se construit une opinion des structures sanitaires, opinion qui conditionne l'accès à ces structures.

« Le modèle économétrique des soins a montré l'influence de l'ambiguïté sur le comportement des patients. Si l'ambiguïté porte sur l'incidence d'une maladie et que cette ambiguïté augmente, la demande de soins des sujets suivra l'accroissement de l'ambiguïté des connaissances et pas seulement celle de l'incidence ; par contre, si l'ambiguïté porte sur l'efficacité des soins médicaux, la consommation médicale dépendra du niveau socio-économique des individus ; ceux qui auront des revenus suffisants augmenteront leur consommation de soins médicaux pour diluer le risque, quand les plus pauvres s'abstiendront de recourir à un service dont les résultats sont peu assurés. » [Dardanoni et Wagstaff, Dictionnaire d'Ethique) [P. 1 335].

Sont facteurs d'exclusion non seulement les pauvres mais aussi le comportement des personnels (soignants ou non), le temps d'attente long, la qualité de l'accueil et la distance qui sépare le centre de soins du domicile de l'utilisateur sont également déterminants dans le choix des soins de santé.

Les itinéraires thérapeutiques sont parfois fonction non seulement des moyens dont disposent le patient et sa famille (moyens humains, relationnels, financiers...) mais aussi et surtout des représentations que l'on se fait de la maladie et/ou de la santé, des thérapeutes et/ou des lieux de thérapie. Les indigents choisissent généralement les FSU seulement quand ils estiment que la maladie est grave.

Les personnels des FSU sont informés de tous les reproches, mais ne semblent pas en être conscients, ils réfutent certaines remarques et pourtant justifient leurs comportements par le fait que les salaires ne sont pas motivants ; et c'est pour cela qu'ils créent ou favorisent d'autres formes de rémunération ou de rétribution.

B. ENONCE DU PROBLEME :

Au Mali malgré la mise en place de la politique sectorielle de santé et de population (15 Décembre 1990) qui a comme orientation principale : “ la priorité de l’action sanitaire reste réservée au milieu rural et périurbain” et dont voici quelques objectifs :

- Renforcer la participation de la communauté des individus et des ménages malgré la modicité de leur revenu.
- Etendre la couverture sanitaire tout en rendant les services accessibles à la population en :
 - Implantant un dispositif de soins adaptés aux réalités socio-économiques du pays et le plus rapproché possible des populations
 - Assurant des services de santé de qualité, géographiquement et économiquement accessibles y compris les médicaments essentiels.
 - Promouvoir l’efficacité du système de santé par une gestion rationnelle des ressources humaines, matérielles et financières
 - Organisant la participation de l’état, des collectivités, des individus et des partenaires au développement...

De plus la charte d’Ottawa(1986) déclare que les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal que s’ils ne prennent en charge les éléments qui déterminent leur état de santé et que cela exige l’action concertée de tous les intervenants (gouvernants, secteurs sanitaires, domaines socio-économiques, bénévoles, autorités régionales et locales, industries et média).

Cependant aujourd’hui dans nos villes et dans nos zones rurales ces politiques semblent n’avoir pas porté de fruits : une étude réalisée en commune V et VI du district de Bamako (Sacko M. 1999) affirme : “qu’il s’agisse des consultations, de la vaccination, de l’accouchement les relations humaines restent imparfaites pour un nombre assez élevé de patients” générant ainsi des mécontentes et des plaintes tant au niveau des consommateurs de soins qu’au niveau de ceux qui prodiguent les soins. Devant cet état de fait de nombreuses études effectuées dans les centres de santé de plusieurs capitales d’Afrique de l’Ouest (Bamako, Abidjan, Dakar, Niamey) O.Sardan 2001 concluent à une idée générale qu’il faut retenir : c’est qu’une forte violence est faite aux normes de bienséance, et l’éthique médicale ne semble s’exercer que seulement dans la proximité relationnelle, altérant amplement ainsi, les rapports entre le corps médical et le monde des usagers.

Devant les différentes plaintes formulées par les usagers :

- ☞ *Négligence*
- ☞ *Non respect des patients*
- ☞ *Personnel non qualifié*
- ☞ *Refus d’admission sous prétexte qu’il n’ya pas de place*
- ☞ *Patients fortunés privilégiés*
- ☞ *Non respects de l’intimité*
- ☞ *Non sécurisation des biens, vols de médicaments*
- ☞ *Payement de frais non justifiés*
- ☞ *Manque d’écoute*
- ☞ *etc.*

Nous avons voulu par cette thèse intitulée "***étude des représentations sociales des patients sur les soins dans la commune rurale de Baguineda***" contribuer à la réalisation de ce rêve de l'OMS qu'est d'amener tout les peuples du monde à un meilleur niveau de santé qui soit possible et cela en décidant de faire une enquête pour faire ressortir l'opinion non seulement des patients, dans leurs prises en charge par les formations sanitaires mais aussi celle des praticiens pour que la promotion de la santé soit une réalité. Car le bon médecin ou la bonne médecine est celui ou celle qui doit, prendre en compte l'individu dans son environnement : son identité (socioculturelle), son mode de vie, ses moyens financiers (la santé a un coût, elle se paie, elle s'achète, elle se vend), son statut, etc., afin de pouvoir mesurer le retentissement de l'événement maladie sur la vie du patient.

Chaque consultation met en scène une relation qui s'inscrit dans un parcours de vie. Bref, le médecin doit faire d'abord connaissance avec l'homme qui se cache derrière des symptômes. Se limiter à soigner l'organe malade, c'est prendre le risque d'occulter l'homme souffrant.

Notre étude se basera sur l'opinion des patients sur les prestations sanitaires en ce qui concerne l'accueil, la conduite, la communication, le coût des soins, la nature des soins et celle du personnel sanitaire sur leurs conditions de travail.

C. APPROCHE CONCEPTUELLE :

I. Revue critique de la littérature :

Anatole Broyard dit : « *En apprenant à parler avec ses patients, en se remettant lui-même en question, le médecin peut y retrouver un plus grand amour de son travail. Il a bien peu à perdre et tout à gagner en laissant le malade toucher son cœur. S'il en est ainsi, le médecin et le malade peuvent partager, comme bien peu le font, l'émerveillement, la terreur et l'exaltation d'avancer sur le fil de la vie, entre naturel et surnaturel.* » (Extrait repris de SIEGEL BERNIE S. (1995), *Vivre la maladie*, Ed. J'ai lu, Paris, p.161).

La dimension relationnelle des pratiques de soins, parce qu'elle demeure un des thèmes les plus courants des sciences sociales appliquées à la santé et à la maladie, a été abordée par de nombreux chercheurs. Pour Vaysse (1993 : 99) qui étudie la gestualité en consultation de cardiologie : "Dans une relation de soins, de la qualité de l'interaction entre le médecin et son patient découle une meilleure perception de la problématique somatique, de la souffrance présentée et de la charge émotionnelle adjacente. Tout état dont le corps est à la fois le support, le contenant et l'expression".

Didier Fassin, pour sa part, définit plus explicitement les contours de ce concept de qualité : "Dans la notion de qualité, il faudrait pouvoir prendre en compte la façon dont les gens sont traités, au double sens que peut revêtir ce mot, c'est-à-dire comment ils sont soignés mais aussi comment ils sont reçus" (1990 : 47).

S'agissant de l'accueil et en ce qui concerne l'attente sur les sites de soins une étude réalisée à Niamey/Niger note : de longs moments d'attente sont imposés aux patientes, le plus souvent de façon injustifiée. Ces attentes sont étroitement liées aux retards, aux modes de tri des patientes lors de leur passage en consultation, aux occupations annexes, à la mobilité et bien souvent à l'absentéisme des soignantes. Ces modes de tri qui obéissent moins aux règles de préséance et d'équité qu'à un ordre purement relationnel unissant certaines soignantes à une catégorie privilégiée de clientes et constituent naturellement source de diverses tensions entre les sages-femmes et leurs patientes et souvent, entre ces dernières elles-mêmes. "Non, l'attente est vraiment insupportable, tu y gâches toute une journée entière. On a l'impression qu'elles ne se rendent même pas compte de cela (une patiente)".

Pour les sages-femmes, l'attente des patientes est indépendante de la volonté du personnel soignant qui est "aussi soumis à d'autres contraintes incompressibles" (une sage-femme). On constate qu'au sein des structures de soins, les agents semblent considérer leur retard comme un droit alors que la ponctualité des patientes est présentée comme un devoir. A l'analyse, le personnel semble jouir d'une infinie autonomie vis-à-vis de sa hiérarchie que d'aucuns jugent "laxiste à l'instar de l'ensemble de l'administration nigérienne face à tous les actes que les agents posent" (conjoint d'une patiente). On peut alors se demander si cette autonomie vis-à-vis de la hiérarchie ne justifie pas les comportements liés à l'accueil et à la prise en charge.

De même, la femme venant en consultation n'étant pas dans son propre univers social (domicile, lieu de travail) espère que la soignante va l'inviter à s'asseoir. De l'avis de plusieurs patientes, parfois confirmé par nos observations, le ton utilisé est

rarement amical et le langage corporel ne communique aucune chaleur ni compassion.

L'insatisfaction est le sentiment exprimé avec le plus de force par les femmes rencontrées à la fin d'une consultation.

"Je suis très déçue par les manières des sages-femmes. Quand tu viens, on ne te dit même pas bonjour et quand c'est toi qui le dis, on ne daigne même pas te répondre. Tu es traitée comme une moins que rien. Moi je pense qu'on doit leur apprendre à bien accueillir. Elles ont apparemment oublié tout ce que l'on leur a enseigné à la maison. Est-ce le fait d'être allé à l'école qui les rend comme elles sont ou bien c'est spécifique à leur formation ?" (Une patiente).

Et pour d'autres encore, l'accueil n'est bon que lorsque l'on a recouru à l'intermédiation et à d'autres stratégies de séduction telles que la parenté à plaisanterie au Niger proche du cousinage (*sinankuya*) au Mali. "Quand tu te présentes dans la salle, elles peuvent sortir te laisser pour aller causer dehors. En plus, le ton est sévère. Parfois, elles te disent que tu n'es pas forcée de venir. C'est pourquoi, le plus souvent j'achète à la pharmacie par terre" (Une patiente).

Le volume de travail est aussi, de l'avis des sages-femmes, cause de critiques et de mécontentes, d'autant plus que le "surcroît de travail" serait à l'origine du raccourcissement du temps de la consultation, expliquant que celle-ci soit bâclée. Les conditions d'exercice du travail finissent par donner forme et consistance à cette précarité : "les moyens matériels manquent aussi", nous dit-on souvent.

A tout ceux-ci s'ajoute un déficit de communication : Pour le phénoménologue A. Schütz (1987), « le monde social est essentiellement intersubjectif et en cela, l'interaction est un face à face entièrement (ou presque) réductible à une communication. A cet égard, la communication aussi bien verbale que non verbale, semble essentielle pour l'analyse de l'interaction patient prestataire de soins. L'interaction verbale, qui devrait être basée sur un counseling [2] à la fois interactif et souple exige qu'on s'engage avec une certaine détermination dans la consultation. Il s'agit d'une Information Education Communication personnalisée (I.E.C). Ce counseling représente la principale approche recommandée lors des consultations ».

En effet, parce que l'IEC personnalisée est une relation de service, à finalité univoque et où il s'agit d'améliorer ou de sauvegarder la santé des usagers", elle stipule que les relations thérapeutiques doivent être "structurelles", par conséquent non catégorielles ni personnelles. Or, l'allure expéditive de la consultation est, selon les patientes, une preuve patente du déficit de communication où se manifeste une absence quasi-complète de "coopération conversationnelle" et d'interlocution entre partenaires. Parce qu'elle est unidirectionnelle c'est-à-dire que la sage-femme parle bien plus que sa patiente, cette forme de communication est aussi vue comme une non communication. L'interrogatoire qui représente la consultation proprement dite est, faut-il encore le souligner, sommaire, car perte de temps pour les soignantes, elles se contentent du strict minimum.

Ce désengagement (Goffman 1974) dont font preuve les sages-femmes durant la consultation, donne souvent lieu à des antagonismes muets : la sage-femme et la patiente, semblent nourrir chacune sans le dire, une sorte d'antipathie pour son interlocutrice. A cet égard, c'est surtout l'expression du visage qui trahit les pensées, même quand on se force à se maîtriser. Une hostilité se donne alors à voir dans le regard, dans les gestes. Ces confrontations naissent le plus souvent des rapports

asymétriques liant les deux catégories d'acteurs. Pour le personnel soignant, "l'ignorance" des patientes d'une part, et le non-respect par ces dernières des prescriptions (principes de compliance [3]) d'autre part, exacerbent les tensions. Aussi bien pour celles qui sont âgées que pour celles qui ont un intervalle inter-générationnel court, le personnel rappelle qu'elles doivent se mettre au diapason de l'évolution, donc sous contraception parce que "le temps n'est plus à la pondaison active. Il n'y a que les rats qui peuvent s'accommoder d'une telle situation" (propos d'une sage-femme rapportés par une patiente). La violation par les sages-femmes des "préséances statutaires" (Olivier de Sardan 2001) répond-elle à un souci à visée pédagogique permettant "d'enseigner" les mesures anticonceptionnelles aux patientes ou relève-t-elle d'une volonté de vexer celles-ci ? Pour les patientes, cette dernière idée leur semble la plus plausible. Vis-à-vis des jeunes filles, les sages-femmes sont encore plus sévères comme nous souligne cette patiente : "la sage-femme m'a dit l'année dernière lors de mon accouchement, qui a été très difficile, que je faisais honte à la société". "Une sage-femme qui te reproche d'avoir beaucoup d'enfants ou d'avoir des grossesses rapprochées t'adresse tout simplement un message : tu en fais trop avec ton partenaire. En tout cas, moi je le comprends ainsi et pas autrement"(Une patiente).

Dans le second cas de figure, le paternalisme de l'agent soignant prend souvent le dessus lors des consultations. La méthode contraceptive est alors prescrite et conseillée à la femme de façon unilatérale sans donner le choix à la patiente sur les différentes méthodes. Les patientes ne disposent presque d'aucune information sur les produits qui leur sont livrés ou prescrits. C'est d'ailleurs l'une des principales raisons qui fait que les effets secondaires connaissent une gestion induisant fortement les rumeurs (Moussa 2002). Toutes ces situations se manifestent sur fond d'une mise à distance délibérée des patientes. Ce qui fait dire à Fall (2002 : 217) que : "tout fonctionne comme si les pratiques biomédicales ne s'accommodaient pas des exigences de la communication sociale". Cette mise à distance est surtout sociale en ce qu'elle dévoile des formes de hiérarchisation ou de différenciation sociale.

La restriction de l'échange dialogique conduit à une totale mésestimation et un désintérêt marqué pour la parole des patientes, en un mot, nous avons relevé une absence d'écoute aussi bien verbale que corporelle. Ce déficit communicationnel lors de la rencontre sanitaire met en évidence une réalité des centres de soins où les agents de santé se soustraient à une double exigence fondamentale, à la fois sociale (ou morale) et professionnelle : le non-respect des patientes d'abord en tant que personnes et ensuite en tant que patientes ayant logiquement certains droits dans les structures publiques.

II. Description de la recherche :

C'est une recherche destinée à sonder l'opinion des patients sur les formations sanitaires et celle aussi des agents de santé afin de faire savoir aux agents de santé ce qu'ils représentent pour la population. Toute chose qui leur permettra de mieux comprendre les patients et de mieux les prendre en charge. Quant aux usagers c'est pour qu'ils aient accès à un niveau de soins le plus élevé afin que dans

une parfaite écoute informée praticiens et population puisse pourvoir ensemble à leurs besoins en santé.

III. Question de la recherche :

1. Question principale : *Les représentations sociales de la population sur les soins de santé, ont-elles une influence sur la gestion des problèmes de santé ?*

2. Questions secondaires :

❖ **Structure /accueil :**

1. *Quel est l'avis des patients sur la structure ?*
2. *Pensent-elle qu'elle peut y avoir un accueil de qualité ?*
3. *Quel est l'avis du personnel sur la structure*
4. *pense-il que la structure est adapté à leur travail*

❖ **Procédures/conduites**

1. *Quelle est la qualité des relations humaines (courtoisie, respect, écoute) ?*
2. *Les praticiens assurent-ils :*
 - la prise en charge globale des soins ?*
 - la continuité des soins ?*
 - l'intégration ?*

❖ **Soins :**

1. *Est-il prodigué dans l'intérêt du patient ?*
2. *Le coût est il abordable pour le malade ?*
3. *sont-ils de qualité ?*

❖ **L'agent de santé et son patient :**

Que représente l'agent de santé aux yeux du patient ?

1. *Sont-ils compétents ?*
2. *Fiables et efficaces ?*
3. *Sont-ils utiles à la population ?*
4. *Que reproche le personnel à la communauté*

IV. Hypothèse :

Dans le cadre de cette étude nous avons formulé des hypothèses qui sont les suivantes :

- De l'opinion du patient sur le soin et son prestataire dépend la réussite thérapeutique;

-Les représentations bonnes ou mauvaises qu'un malade a sur les soins sont celles qui déterminent ses attitudes envers ces soins ;

-L'observance thérapeutique dépend de la qualité relations soignant-soigné.

V. Objectifs :

1. Objectif général :

Etudier les représentations sociales des patients sur la qualité des prestations des centres de santé de la commune de Baguineda.

2. Objectifs spécifiques :

- ❖ Déterminer l'opinion des patients sur les prestations sanitaires
- ❖ Déterminer l'opinion des praticiens sur leurs conditions et attentes
- ❖ Etudier la représentation des services de santé dans la population
- ❖ Evaluer le degré de satisfaction des patients à la sortie du centre de santé

VI. Justification :

De nombreux effets de la politique sectorielle de santé et population :

- Multiplication des centres de santé de premier niveau
- Instauration d'un système de recouvrement des coûts (fonctionnement des services tarification et achats de produits)
- Multiplication d'agents de santé mal formés
- Non respect des considérations éthiques et du code déontologique

1. Conséquences :

- Bonne volonté de la population (meilleure qualité des prestations)
- Augmentations des dépenses de santé
- Réduction de l'accessibilité financière de certaines couches sociales
- Renforcement de l'iniquité dans l'accès aux soins

L'offre de soins n'est d'un réel intérêt que quand elle :

- Assure une fourniture de soins de qualité (actes médicaux, relations humaines)
- A un traitement particulier pour les catégories les plus démunies
- A une écoute informée de la part de la population et des praticiens
- Prend en compte les subjectivités socioculturelles des individus

2. Intérêts et avantages :

- effet certain de la qualité des soins sur la fréquentation des formations sanitaires
- donc nécessité de la prise en compte de l'opinion des patients
- pour permettre la prise de mesures correctives destinées à améliorer l'offre de soins et à réduire les facteurs qui limitent la fréquentation des centres
- un outil d'aide à la prise en charge thérapeutique des malades
- faire la promotion de la santé.

D. Démarche méthodologique :

I. Conception :

1. Actes faisant objet de sondage :

Opinions des patients et du personnel de santé sur les structures sanitaires, l'accueil des patients dans les centres de santé, attitudes et pratiques des agents de santé, le coût des soins, plaintes des patients et du personnel de santé, bref les relations soignants-soignés.

II. Type d'étude :

C'est une étude prospective transversale

III. Lieu et population d'étude :

Centres de santé communautaires de la commune rurale de Baguineda.

1. Présentation de la commune rurale de Baguineda :

L'ex-arrondissement de Baguineda a été scindé en quatre communes par la loi n°96-059 du 04 novembre 1996 portant sur la création de commune à savoir : Baguineda Camp, Mountougoula, N'Gouraba et Tiélé. La commune rurale de Baguineda Camp a son chef lieu de commune dans le village de Baguineda camp. Elle est située à peu près à 57 Km de sa tutelle (Kati) et comporte 32 villages : Baguineda-Camp, Baguineda-village, Dicko, Dougourakoro, Farakan, Gnogna, Gnognakoro, Kakabougou, Kassela, Kobalakoro, Kobalakoura, Kogniba, Kognini, Kokoun, Massakoni, Mofa, Mounzoun, Negnele, Nimizatt, N'Goninko, N'Teneme, Palasso, Sadjouroubougou, Sebela, Sincoro, Sincoro-coro, Soro, Soundougouba, Tanima, Tandjacoro, Tieguena, Tiema.

Avec une superficie de 987,04 km², elle est limitée au Nord par les communes de Tienfala et de Koulikoro, au Sud par les communes de Mountougoula et de N'Gouraba, à l'Est par la commune rurale de Binko, à l'Ouest par la commune de Kalaban-coro et la commune VI du District de Bamako. Elle est située le long du fleuve Niger avec une ressource Halieutique assez importante. (Voir carte dans annexes)

En 2001, selon le recensement administratif à caractère électoral (RACE), la population de la commune de Baguineda-Camp a été estimée à 26 995 habitants repartis entre 13 863 hommes et 13 127 femmes. La population active représente 70% de la population totale. Le taux d'accroissement est de 6,2%. Le taux de mortalité est de 0,04% et le taux de natalité est de 6,2%. Les différents groupes ethniques de la commune sont composés de Bambara (ethnie dominante), Peulh, Bobo, Sénoufo et Minianka.

La commune dispose des ressources naturelles importantes. Il y a des espèces comme Terminalia, Detorium, Néré, N'galama, Karité, N'tomi, Zaban. La commune dispose d'une forêt classée appelée la Faya sur une superficie de 80 000 hectares. Elle dispose de deux grandes mares qui sont le kodjou et le Zankeblekako.

Infrastructures et équipements :

- **Santé** : il y a deux services de santé. Les cases de santé sont au nombre de cinq et se situent dans les villages suivants : Dougourakoro, Kokoun, Mounzoun et Tanima. Les cases d'accouchement sont dans ces mêmes villages. Baguineda-Camp abrite deux cases dont public et l'autre privée (Kènèyaso). Le chef lieu de commune abrite également un centre de santé communautaire (CSCOM) géré par une ASACO. Les dépôts de pharmacie sont au nombre de sept : Baguineda-Camp (4), Kobalakoro (1), Kobalakoura (1), et Tanima (1). La médecine traditionnelle est également développée dans la commune.
- **Education** : il y a en tout 21 premiers cycles, cinq seconds cycles, 4 écoles communautaires et 5 classes de medersa. L'effectif des enfants, toute catégorie confondue est de 7 422 élèves dont 3 240 filles et 4 182 garçons. Ces élèves sont encadrés par 140 enseignants.
- **Hydraulique** : le taux de couverture des besoins en eau potable est de 48%. La commune possède 640 puits traditionnels, 7 puits à grand diamètre, 53 forages équipés avec pompe manuelle. Une adduction d'eau potable se trouve dans 4 villages de la commune : Baguineda-Camp, Baguineda- village, Kogniba, et Soundougouba. Il y a 18 bornes fontaines, 2 châteaux d'eau et deux pompes solaires. La commune a 30 km de distance navigable sur le fleuve Niger en toute saison. Certaines rivières coulent dans la commune. Elles sont : Faradjaba, Faya et Koba.
- **Activités socio-économiques et culturelles** : basées sur :
 - **Agriculture** : la population vit essentiellement des produits agricoles, le maraîchage et l'arboriculture sont pratiqués avec de production hautement appréciable. La partie Nord bordant le fleuve Niger se consacre à la culture du riz sur des terres aménagées sous le contrôle de l'office du périmètre irrigué de Baguineda (OPIB).
 - L'élevage,
 - La pêche,
 - Le commerce.

IV. Echantillonnage :

- Pour ce qui est des patients nous avons pris un échantillon représentatif de la population des usagers des centres de santé.
- Pour le personnel de santé tous les agents de santé disponibles ont été interrogés.
- La participation a été volontaire et anonyme

1. Plan de collecte :

- La collecte d'information a été faite en posant des questions aux patients soit à leur sortie des unités de soins soit à toute personne qui a antérieurement consulté le centre de santé munie du questionnaire pour le patient .
- Questionnaires à remplir pour le personnel de santé.

2. Critère d'inclusion :

1. Ont été inclus dans cette recherche tout patient d'âge supérieur ou égal à 18 et tout accompagnant de malade de moins de 17 ans d'âge supérieur ou égal à 18.
2. Tout agent de santé exerçant dans la commune

3. Critères de non-inclusion :

N'ont pas été inclus :

1. tout patient de moins de 17 ans sans accompagnants.
2. tout agent de santé n'exerçant pas dans la zone

V. Saisie et analyse des données :

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur les logiciels Microsoft Word 2007 et SPSS version 12.0.

VI. Considérations éthiques :

« Toute recherche en santé doit observer les principes fondamentaux et universels de l'éthique à savoir le **respect de la personne humaine**, la **bienfaisance**, la **justice** et quiconque est impliqué dans les études sur des êtres humains doit comprendre ces principes et les suivre ». **Rapport.**

Belmont(1978)

L'idée des « droits du malade » exprimés dans la Charte du patient hospitalisé est une conquête récente (1981 [4]). De même qu'avant d'évoquer les droits de l'homme, on a beaucoup parlé des devoirs de l'homme et du droit de Dieu, de même le malade a longtemps été considéré comme quelqu'un qui avait des devoirs, et en tout premier lieu celui d'obéir à son médecin et de suivre ses ordonnances ou prescriptions, avant même d'avoir quelque droit.

Sous le choc provoqué par la prise de conscience du rôle joué par certains médecins dans les crimes nazis et auparavant, dans la stérilisation des malades mentaux en Suède, se sont élaborés des codes, comme celui de Nuremberg (1947) puis des chartes du patient insistant unilatéralement sur ses droits. Rappelons-les brièvement. Les droits du malade sont : le droit au respect de sa personne et de sa dignité, notamment de sa pudeur [5] ; le droit au respect de sa vie privée et au secret des informations le concernant [6] ; le droit à recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue, le droit à voir soulagée sa douleur [7] ; le droit d'être informé sur son état de santé mais aussi le droit de ne pas savoir, d'ignorer le diagnostic et le pronostic « sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission » [8] ; le droit à l'accès au dossier médical [9] avec des restrictions particulières dans le cas des maladies psychiatriques ; le droit à l'abstention ou au refus thérapeutique enfin, même si cela va à l'encontre de l'exigence médicale de venir en aide à la personne en danger. Ce dernier cas susciterait ample discussion :

le procès fait (et gagné) par une jeune mère, témoin de Jéhovah, victime d'une hémorragie mortelle en suite de couches et qui fut transfusée et sauvée contre son

gré par un médecin, met à jour de façon aiguë le conflit entre le droit du malade (y compris à ne pas être soigné) et le devoir du médecin.

Trancher unilatéralement au profit du droit du malade est sans doute une manière de lutter contre la toute puissance médicale au sein de l'hôpital mais c'est aussi instrumentaliser le médecin et ignorer son choix de conscience. Dans une perspective foucauldienne on a pu dire [10] que le médecin a tous les pouvoirs et le malade tous les droits mais il me semble que cette affirmation abrupte et commode mériterait d'être discutée. Les droits du malade, enfin, ne sont pas unilatéraux. Ces droits sont corrélatifs de devoirs, correspondants de la part du médecin : à informer, dans la mesure où le patient le demande et est capable d'entendre, soigner du mieux possible (ce qui n'est évidemment pas une obligation de résultat) ; mais il y a aussi, correspondant à ces droits, des devoirs du malade, ce qui est le texte de loi euphémisme en parlant des « responsabilités des usagers » : devoir de s'informer et de prendre les précautions qui s'imposent dans le cas de maladies transmissibles [11], devoir de participer à la décision thérapeutique concernant sa personne. On pourrait discuter en revanche l'existence d'un devoir de se soigner.

Ainsi médecins, philosophes, juristes, sociologues et scientifiques sont invités à réfléchir ensemble aux rapports de l'homme avec la science, notamment au sein de comités de bioéthique. Les comités d'éthique donnent leur avis après s'être assurés du respect des mesures de protection, d'information des personnes et de la pertinence générale du projet. Le premier comité d'éthique est créé en 1961 à l'hôpital de Seattle (États-Unis). Il est chargé de régler les problèmes liés aux techniques d'hémodialyse et doit établir les procédures de sélection des malades éligibles au traitement.

La Déclaration de Manille, élaborée en 1981 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Conseil des organisations internationales des sciences médicales (CIOIMS), insistent notamment sur le respect des principes éthiques dans les pays en voie de développement.

Le but de cette étude est l'amélioration des conditions de vie de la communauté comme le doit toute recherche en santé. Elle est donc exempte de tout aspect qui va à l'encontre de l'intérêt et des valeurs de celle-ci.

Avant le début de l'enquête nous avons informé les autorités communales, les représentants communautaires, comités d'éthiques, sociologues ainsi que le personnel sanitaire, afin d'éviter toute atteinte à l'intégrité et à l'intégration de la communauté. Les enjeux de la recherche leurs ont été soumis et après nous avoir donné leur approbation ils ajoutèrent que c'était de leur attentes qu'on vienne faire des recherches de ce genre dans leur commune.

Comme stipulé ci-dessus dans le plan de collecte, dans cette recherche le consentement éclairé a été parfaitement observé. La participation a été volontaire après description de la recherche. L'anonymat et la confidentialité ont été respectés et chacun des participants a été abordé au lieu qui lui convenait le plus, dans la langue qu'il comprend si possible était.

VII. Produits attendus :

1. Disposer d'un document d'évaluation pour le centre étudié
2. Identifier les mesures correctives à prendre et les appliquer pour améliorer la qualité des soins

E.RESULTATS :

TABLEAU I : répartition en âge de la population d'étude

Age	Fréquence	Pour cent
[18 – 30]	361	72,2
[31 – 45]	97	19,4
[46 – 64]	31	6,2
[65 – Plus]	11	2,2
Total	500	100,0

La tranche d'âge la plus fréquente est celle de [18 - 30] soit 72,2 % des patients.

TABLEAU II : répartition en sexe de la population d'étude

Sexe	Fréquence	Pour cent
Masculin	177	35,4
Féminin	323	64,6
Total	500	100,0

Le sexe féminin était majoritaire soit 64,6%.

TABLEAU III : répartition en ethnie de la population étudiée

Ethnie	Fréquence	Pour cent
Bamanan	292	58,4
Peuhl	51	10,2
Sarakolé	36	7,2
Dogon	24	4,8
Malinké	19	3,8
Minianka	18	3,6
Bozo	13	2,6
Sonrhäi	12	2,4
Maure	11	2,2
Bobo	9	1,8
Senoufo	8	1,6
Somono	3	0,6
Samogo	2	0,4
Mossi	1	0,2
Dafing	1	0,2
Total	500	100,0

Les patients interrogés étaient constitués à majorité de Bamanan 58,4%.

TABLEAU IV : répartition selon la résidence

Résidence	Fréquence	Pour cent
Baguineda	223	44,6
Soundougouba Koura	74	14,8
Gnogna	45	9,0
Tanima	40	8,0
Soundougouba Koro	29	5,8
Kassela	26	5,2
Kokoun	10	2,0
Sadjouroubougou	9	1,8
Kogni	8	1,6
Kabalakoro	7	1,4
Tièma	5	1,0
Werekela	4	0,8
Mosoun	2	0,4
Soro	2	0,4
Bougouda	2	0,4
Bamako	2	0,4
Sebela	2	0,4
Kayes	1	0,2
Minebabougou	1	0,2
Jani	1	0,2
Farakan	1	0,2
Neme	1	0,2
Ngonougou	1	0,2
Palasso	1	0,2
Moutougoula	1	0,2
Sadjouroubougou	1	0,2
Mofa	1	0,2
Total	500	100,0

Parmi les patients interrogés 44,6% provenaient de Baguineda.

TABLEAU V : Répartition de l'échantillon selon la profession

Profession	Fréquence	Pour cent
Ménagère	183	36,6
Paysan(e)	96	19,2
Etudiant(e)	73	14,6
Commerçant(e)	62	12,4
Jardinier(e)	50	10,0
Pêcheur	5	1,0
Maçon	4	0,8
Enseignant(e)	4	0,8
Ouvrier(e)	3	0,6
Berger(e)	3	0,6
Menuisier	2	0,4
Chauffeur	2	0,4
Couturier(e)	2	0,4
Forgeron	2	0,4
Gardien	1	0,2
Archiviste	1	0,2
Aide ménagère	1	0,2
Pasteur	1	0,2
Topographe	1	0,2
Coiffeur	1	0,2
Photographe	1	0,2
Mécanicien	1	0,2
Artisan(e)	1	0,2
Total	500	100,0

La population étudiée était en majorité des ménagères soit 36,6%.

TABLEAU VI : Niveau d'instruction du patient

Niveau	Fréquence	Pour cent
Non scolarisé	294	58,8
Primaire	114	22,8
Secondaire	46	9,2
Supérieur	19	3,8
Madrasa	10	2,0
Ecole coranique	8	1,6
Alphabétisation	8	1,6
Etude pastorale	1	0,2
Total	500	100,0

Sur les 500 patients interrogés 58,8% étaient non scolarisés.

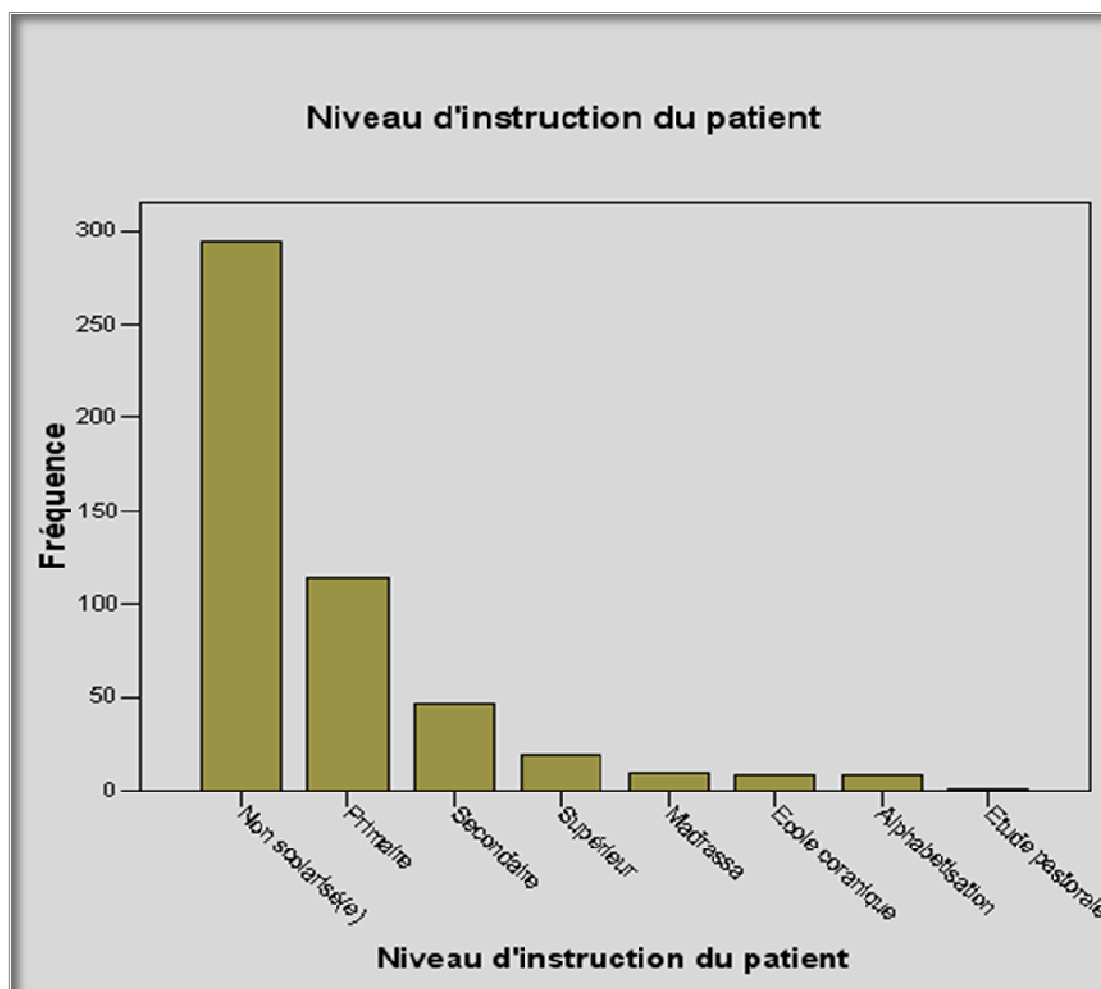


TABLEAU VII : praticiens consultés

Praticien	Fréquence	Pour cent
Sage-femme	178	35,6
Médecin	175	35,0
Infirmier(e)	132	26,4
Aide-soignant(e)	15	3,0
Total	500	100,0

Le praticien le plus consulté était la sage-femme avec 35,6% des patients.

TABLEAU VIII : la convenance aux soins du centre de santé

		Centre de santé consulté		Total
		CSCCom de Baguineda Camp	CSCCom de Tanima	
Centre propice aux soins de santé	Oui	419 (92%)	39 (82%)	458 (91,6)
	Non	17 (3,7%)	8 (17%)	25 (5%)
	Un peu	16	0	16
	Aucune idée	1	0	1
Total		453	47	500

Dans l'ensemble pour 25% des patients les centres de santé ne sont pas propices aux soins de santé dont 17% à Tanima contre 3,7% à Baguineda-Camp.

TABLEAU IX : la vétusté des centres de santé

	Centre de santé consulté		Total	
	CSCCom de Baguineda Camp	CSCCom de Tanima		
La vétusté des centres de santé	Aucune idée	1	0	1
	Un peu	11	1	12
	Non	423	31	454
	Oui	18 (3,9%)	15 (31,9%)	33 (6,6%)
	Total	453	47	500

La vétusté des centre de santé étaient déplorés par 3,9 % des patients qui on consulté au centre de santé de Baguineda Camp et 31,9% de ceux de Tanima.

TABLEAU IX : les conditions d'hygiène

		Centre de santé consulté		Total
		CSCCom de Baguineda Camp	CSCCom de Tanima	
Les mauvaises conditions d'hygiène	Un peu	13	1	14
	Non	348	34	382
	Oui	92 (20,3%)	12 (25,5%)	104 (20,8)
	Total	453	47	500

Les mauvaises conditions d'hygiène étaient affirmées par 20,3% des patients qui ont consulté le CSCCom de Baguineda-Camp et 25,5% de ceux de Tanima.

TABLEAU X : le manque de siège à l'accueil

Le manque de siège à l'accueil		Centre de santé consulté		Total
		CSCCom de Baguineda Camp	CSCCom de Tanima	
	Aucune idée	10	0	10
	Souvent	95	7	102
	Non	211(46,6%)	38 (80,8%)	249(49,8)
	Oui	137	2	139
	Total	453	47	500

Le manque de siège à l'attente ne se posait pas pour 46,6% des patients ayant consulté à Baguineda-Camp ainsi que pour 80,8% de ceux ayant consulté à Tanima.

TABLEAU XI : le débordement (affluence) des centres santé

Débordement des centres par les usagers	Centre de santé consulté		Total
	CSCom de Baguineda Camp	CSCom de Tanima	
Aucune idée	5	1	6
Un peu	5	2	7
Souvent	72	7	79
Non	137	18	155
Oui	234 (51,6%)	19 (40,4%)	253 (50,6%)
Total	453	47	500

Parmi les 453 qui ont consulté au CSCom de Baguineda –Camp 51,6% disaient que le centre est tout le temps débordé ainsi que 40,4% des patients qui ont consulté à Tanima.

TABLEAU XII : les conditions d'hygiène

Mauvaise hygiène	Fréquence	Pour cent
Non	382	76,4
Oui	104	20,8
Un peu	14	2,8
Total	500	100,0

Les conditions d'hygiène étaient mauvaises pour 20,8% des patients.

TABLEAU XIII : les distances entre résidence et centre de santé

Loin	Fréquence	Pour cent
Non	412	82,4
Oui	88	17,6
Total	500	100,0

Sur les 500 personnes interrogées seules 17,6% résidaient à plus de 5 km du centre de santé qu'elles ont consulté. N.B. : Oui=plus de 5 Km et Non=moins de 5 km.

TABLEAU XIV : les salutations entre patients et agents de santé aux cours des actes de soins

Salutations	Fréquence	Pour cent
Oui	397	79,4
Non	97	19,4
Aucune idée	4	0,8
Souvent	2	0,4
Total	500	100,0

Les salutations se faisaient correctement pour 19,4% des usagers.

TABLEAU XV : l'offre de siège

Offre de siège	Fréquence	Pour cent
Oui	432	86,4
Non	57	11,4
Souvent	5	1,0
Aucune idée	5	1,0
Certains	1	0,2
Total	500	100,0

L'offre de siège se faisait correctement d'après 86,4% des patients.

TABLEAU XVI : l'organisation et la coordination des soins à l'intérieur du centre

Organisation	Fréquence	Pour cent
Oui	386	77,2
Non	58	11,6
Un peu	51	10,2
Aucune idée	4	0,8
Souvent	1	0,2
Total	500	100,0

Sur les 500 usagers interrogés 77,2% des patients appréciaient l'organisation et la coordination des pratiques de soin.

TABLEAU XVII : le ton de la parole dans la communication

Ton de la parole	Fréquence	Pour cent
Pas dur	405	81,0
Dur	48	9,6
Certains	36	7,2
Souvent	6	1,2
Aucune idée	5	1,0
Total	500	100,0

Pour 81% le ton de la parole dans la communication n'est pas dur.

TABLEAU XVIII : le respect du patient dans l'interaction soignant-soigné.

Respect du patient	Fréquence	Pour cent
Oui	438	87,6
Non	29	5,8
Un peu	27	5,4
Aucune idée	3	0,6
Souvent	2	0,4
Certains	1	0,2
Total	500	100,0

En ce qui est du respect que le personnel leur accorde l'avis est favorable pour 87,6%.

TABLEAU XIX : la gentillesse à l'égard des patients

Gentillesse	Fréquence	Pour cent
Oui	411	82,2
Un peu	45	9,0
Non	34	6,8
Aucune idée	5	1,0
Certains	3	0,6
Souvent	2	0,4
Total	500	100,0

Nombreux sont ceux qui jouissaient de la gentillesse des agents de santé avec 82,2%.

TABLEAU XX : le respect de l'ordre d'arrivée des patients

Respect de l'ordre d'arrivée	Fréquence	Pour cent
Oui	419	83,8
Non	75	15,0
Souvent	3	0,6
Aucune idée	3	0,6
Total	500	100,0

Les 15% des usagers affirmaient être victimes de non respect de l'ordre d'arrivée pour l'accès aux soins.

TABLEAU XXI : l'attention prêtée aux personnes handicapées

	Fréquence	Pour cent
Oui	385	77,0
Aucune idée	89	17,8
Non	19	3,8
Un peu	6	1,2
Certains	1	0,2
Total	500	100,0

Le traitement particulier réservé à la personne handicapée était évoqué par 77% des patients.

TABLEAU XXII : négligence des agents de santé face aux souffrances des patients dans les unités de soins

Négligence	Fréquence	Pour cent
Non	422	84,4
Oui	48	9,6
Un peu	18	3,6
Aucune idée	8	1,6
Certains	3	0,6
Souvent	1	0,2
Total	500	100,0

Face à la négligence 422 soit 84,4% des patients disaient *Non* contre 47 soit 9,6% de *Oui* et 17 soit 3,6 peu négligents.

TABLEAU XXIII : la sensibilisation sur les problèmes de santé

Sensibilisation	Fréquence	Pour cent
Oui	334	66,8
Souvent	96	19,2
Non	51	10,2
Aucune idée	19	3,8
Total	500	100,0

La sensibilisation faite par les formations sanitaires est témoignée par 66,8% de nos interlocuteurs.

TABLEAU XXIV : le désintéressement du praticien dans le travail

Désintéressement	Fréquence	Pour cent
Oui	389	77,8
Non	66	13,2
Un peu	22	4,4
Aucune idée	18	3,6
Certains	4	0,8
Souvent	1	0,2
Total	500	100,0

Parmi les 500 usagers 77,8% affirmaient que le personnel travaillait avec désintéressement.

TABLEAU XXV : la compétence des agents aux yeux des usagers

Compétence	Fréquence	Pour cent
Oui	386	77,2
Un peu	76	15,2
Non	21	4,2
Aucune idée	11	2,2
Certains	5	1,0
Souvent	1	0,2
Total	500	100,0

Parmi les 500 patients 77,2% trouvaient les agents compétents dans leur travail.

TABLEAU XXVI : la qualité des soins selon le point de vue du patient

Bien soigné	Fréquence	Pour cent
Oui	408	81,6
Un peu	48	9,6
Non	24	4,8
Aucune idée	15	3,0
Souvent	4	0,8
Certains	1	0,2
Total	500	100,0

Il y avait dans l'ensemble des patients 4,8% qui croyaient qu'ils n'étaient pas bien soignés.

TABLEAU XXVII : la qualité (soins de choix) des soins reçus

Soins de choix	Fréquence	Pour cent
Oui	377	75,4
Souvent	49	9,8
Non	34	6,8
Un peu	24	4,8
Aucune idée	16	3,2
Total	500	100,0

Pour 75,4% des patients les soins prodigués étaient des soins de choix.

TABLEAU XXVIII : la convenance des soins par rapport aux attentes et mœurs de la société

Convenance	Fréquence	Pour cent
Oui	431	86,2
Un peu	36	7,2
Non	17	3,4
Aucune idée	11	2,2
Souvent	5	1,0
Total	500	100,0

Les 3,4% des patients disaient que les soins prodigués ne leurs convenaient pas du tout.

TABLEAU XXIX : le service des centres de santé par rapport au besoin en santé de la population

Besoin résolu	Fréquence	Pour cent
Oui	211	42,2
Un peu	178	35,6
Non	99	19,8
Aucune idée	12	2,4
Total	500	100,0

Sur l'ensemble des personnes interrogées 42,2% affirmaient que grâce aux œuvres de ces établissements sanitaires leur besoin en santé était résolu.

TABLEAU XXX : le coût des soins est-il abordable

Trop chers	Fréquence	Pour cent
Oui	317	63,4
Non	85	17,0
Un peu	54	10,8
Aucune idée	33	6,6
Certains	6	1,2
Souvent	5	1,0
Total	500	100,0

Seul 17% des patients trouvaient le coût des soins trop chers.

TABLEAU XXXI : les opinions des patients sur le bénéfice qu'ils tirent des actes de soins

Bénéfiques	Fréquence	Pour cent
Oui	444	88,8
Aucune idée	17	3,4
Non	13	2,6
Souvent	13	2,6
Un peu	13	2,6
Total	500	100,0

Concernant l'efficacité des soins prodigués 88,8% des patients affirmaient que les soins étaient bénéfiques.

TABLEAU XXXII : la surestimation des frais de soins

Surestimation	Fréquence	Pour cent
Non	417	83,4
Oui	39	7,8
Souvent	26	5,2
Aucune idée	18	3,6
Total	500	100,0

Les 7,8% des usagers affirment avoir été victimes d'une surestimation des soins.

TABLEAU XXXIII : perte ou vol de biens ou de médicaments dans le centre de santé

Pertes, vols	Fréquence	Pour cent
Non	460	92,0
Oui	20	4,0
Aucune idée	17	3,4
Souvent	2	0,4
Certains	1	0,2
Total	500	100,0

Dans la population d'étude il y avait 4% soit 20 usagers qui déclaraient avoir été victimes de perte ou de vol de biens aux seins des centres de santé.

TABLEAU XXXIV : la satisfaction des patients face aux prestations des centres de santé

Satisfaction	Fréquence	Pour cent
Oui	229	45,8
Un peu	201	40,2
Non	63	12,6
Aucune idée	7	1,4
Total	500	100,0

Sur les 500 interrogés 45,8% étaient satisfaits des prestations sanitaires.

TABLEAU XXXV : la satisfaction selon le sexe

Satisfaction	Sexe		Total
	Féminin	Masculin	
Oui	188(58, 2%)	41(23, 1%)	229
Non	30	33	63
Un peu	98	103	201
Aucune idée	7	0	7
Total	323	177	500

Les femmes étaient plus satisfaites que les hommes

TABLEAU XXXVI : la volonté de fréquenter ou de ne plus fréquenter le centre de Santé

Fréquentation	Fréquence	Pour cent
Oui	483	96,6
Aucune idée	9	1,8
Non	8	1,6
Total	500	100,0

Parmi les patients interrogés nous avons 8 patients soit 1,6% qui ne voulaient plus fréquenter le centre.

F. Commentaires et discussions :

Les représentations sociales de la population sur les soins de santé, ont-elles une influence sur la gestion des problèmes de santé ? Nous voulons par cette thèse apporter un peu plus d'humanité, de respect, d'écoute et d'éthique dans le comportement des professionnels de la santé ainsi que dans la prise de décision des autorités. En évaluant les opinions et émotions des patients afin de faire ressortir la représentation que le malade se fait des agents de santé et ce qu'ils sont aux yeux de celui-ci, toute chose qui contribuera à l'amélioration de la prise en charge thérapeutique des malades si ces dits agents de santé et autorités en prenaient actes.

Notre étude a concerné 500 patients provenant de 28 villages donc un peu de toute la commune de Baguineda-Camp et 10 agents de santé exerçant soit au CSCom de Baguineda ou à celui de Tanima. Elle a concerné, pour les patients, 323 femmes et 177 hommes âgés d'au moins de 18 ans et de 15 ethnies différentes ; 5 hommes et 5 femmes pour les agents de santé de ceux qui ont eu le temps et la bonne volonté de répondre à nos questions.

Cette population rurale de la commune rurale de Baguineda dans laquelle cette étude a été menée est une population à majorité analphabète (58,8%), niveau primaire 22,8% et supérieur 3,8%. Sur presque toutes les questions qui leur ont été posées leur opinion est dans la majorité des cas favorable comme nous pouvons l'observer sur les différents tableaux. Mais comme dans l'enquête tous les participants ont été abordés individuellement l'analyse qualitative de leurs réponses est remarquable et doit interpeller tout soignant.

Aux dires des patients que nous avons interrogé sur leur opinion sur les locaux du centre de santé à savoir s'ils sont vétustes, propices, insalubres, celui de Baguineda-Camp est un ancien bâtiment qui a été rénové récemment malgré qu'actuellement une partie de l'entrée de la clôture est brisée et reste sans battant.

S'agissant du centre de Baguineda-Camp sa situation propice ou non aux soins de santé, les opinions sont bonnes pour 92% des patients. Cependant 3,7% disent que le centre n'est pas propice aux soins et cela d'après eux : le personnel n'est pas qualifié, manque de matériels, les soins sont moins chers mais pas efficaces, une seule ambulance pour toute la commune qui n'est pas suffisante, le manque de laboratoire et de bloc chirurgical.

Quant à la salubrité de la cours du centre, sur laquelle l'opinion est favorable quoique certains hésitent à donner leur opinion car non complètement désherbée et rarement balayée.

Quant à celui de Tanima le centre semble être vétuste et insuffisant en salles d'après les patients interrogés et ce que nous avons pu remarquer. Et là-bas pour 17% des usagers le centre n'est pas propice aux soins car il est vétuste, insuffisant en salles, avec rupture fréquente de médicaments.

Le débordement des centres de santé coté par 50,6% des usagers est dû pour le centre de Baguineda au fait que la majorité des usagers sont des femmes qui consultent dans la majorité des cas pour des éventualités hebdomadaires.

Et ces éventualités conditionnent l'affluence et l'attente prolongée : ces éventualités sont : les consultations prénatales (**peseli donw**), les séances de vaccinations (PEV) (**boloci donw**).

Auquel il faut ajouter le fait que les retraits de moustiquaires sont en général faits par les femmes.

Ce débordement confirmé par 6 des 10 agents interrogés se fait par ailleurs, en période de forte fréquence de cas de paludisme (**sumaya waatiw**).

Mais au CSCom de Tanima, aux dires des patients, confirmés par le personnel, le débordement se fait en dehors même des jours cités ci-dessus.

Ainsi l'accueil, les jours sus-cités est un point sur lequel pas mal de patients se sont plaints : le manque de siège, l'affluence, la mauvaise organisation et la durée de l'attente qui peut aller souvent : jusqu'à deux (2) jours pour le retrait de moustiquaire car la journée finit avant que tout le monde en ait accès et pour les vaccinations il faut attendre la semaine suivante car il n'arrive pas de fois que celle-ci se termine sans qu'il y'ait des gens qui n'en ont pas bénéficiés.

Les populations les plus reculées des centres sont en général les victimes de cette attente ; et comme ce n'est pas dans toutes les cases de santé que se font les vaccinations il ya pas mal de patients qui sont obligés de venir de très loin, expliquant ainsi l'affluence et l'attente prolongée. Devant cela on est en face d'un manque d'équité à l'accès aux soins, ce qui a poussé nombre de patients interrogés à demander soit la pratique de la vaccination dans leurs centres de santé, soit la construction d'un centre de santé dans leurs villages.

Parmi les participants à cette étude peu habite loin (17,6%) d'un centre de santé cependant cela ne semble pas résoudre certains problèmes. Par exemple : « ils disent qu'on est à 3 Km du dispensaire de Baguineda-camp sans savoir que la route est mauvaise. Pendant l'hivernage elle est presque impraticable. Et en plus de la mauvaise route il faut un moyen de transport, qui est peut-être la moto et celle-ci n'est pas donnée à tout le monde ; ou encore la charrette avec tout le temps que cela peut prendre, de ce fait beaucoup de nos femmes préfèrent accoucher à la maison ». (Une habitante de Soundougouba Koura). Une autre ajoute « que tu accouches à la maison, en cours de route ou au centre, si tu mets les pieds à la maternité tu payes le même prix qui, lui-même est exorbitant en temps normal ».

Concernant les relations humaines les opinions sont favorables selon qu'il s'agisse de la sensibilisation 66,8%, de la salutation, du désintéressement 77,8%, du respect, de la gentillesse, de l'attention réservée aux personnes handicapées.

Contrairement à ce que nous vivons dans la plupart des centres de santé de Bamako, Abidjan, Niamey, Dakar O.de Sardan où le personnel n'a pas le temps ou le souci de discuter avec les patients, lors de notre enquête nous avons nous même, en dehors de ce que les patients disent, des débats qu'ils organisent avec les agents de santé, assisté à ces conférence-débats. Ces causeries appelées « **baroniw** » se font en général sur le paludisme, la contraception et le planning familial.

Ces résultats sont dans certains cas similaires et dans certains pas similaires aux études de M.Sacko fait à Bamako en Commune V et VI du District en 2006 et d'A.H. Al-Doghaiter (Arabie Saoudite) en 2000 :

TABLEAU XXXVII :

Etudes	Respect	Salutations	Gentillesse	Offre de siège	Sensibilisation
Notre étude	87,6%	79,4 %	82,2%	86,4%	66,8%
M.Sacko CV et CVI Bamako	36,1%	43,2%,	93,1%,	50,3%	24,2%
A.H. Al-Doghaïter (Arabie Saoudite)	47%	43,6%	27%	--	29,7%

S'agissant de la salutation entre soignant-soigné les quelques-uns qui ont dit qu'elle ne se fait pas correctement n'ont pas hésité à dire que quand vous venez au centre c'est à vous de saluer et que vous n'avez pas à vous plaindre si on vous répond ou pas.

Le ton de la parole dans la communication malade-soignant n'est pas dur pour 81% ce qui est similaire à l'étude de M.Sacko en 1999 avec 93,1%. Cependant il est dur pour 9,6% et même si le ton est dur il est perçu par certains patients comme rigueur, d'après leurs dires, c'est-à-dire l'attention que l'agent porte sur son patient. Ce qui nous pousse à se poser la question de savoir si le malade n'est pas en train de couvrir « son médecin ».

Le tri de patient qui est récriminé par les patients à Niamey/Niger (H.Moussa 2006) est perçu ici pour la plupart des patientes interrogées, comme normal, car dans les centres de santé les agents sont libres de leur décision et qu'en plus il ya aussi des personnes par relation ou socialement plus importantes.

En dehors de quelques patientes qui se sont plaint des sages-femmes sur le non respect de l'intimité et de l'usage de savon ou d'eau de javel appartenant à une parturiente au service d'une autre, la majorité signale une certaine cordialité entre elles et ces dernières. Ce qui est contraire aux résultats de certaines études menées à Bamako O.Sardan et à Niamey/ Niger (H.Moussa 2006).

Le désintéressement du personnel sanitaire dans le travail est une réalité pour 77,8% des patients ; ce taux est supérieur à celui d'A.H. Al-Doghaïter (Arabie Saoudite) en 2000 qui en a obtenu 32%.

En plus conformément à ce que nous avons pu remarquer et ce que nous avons entendu des patients, il existe un climat d'entente et de compassion entre patients et soignant chose qui est rare en milieu urbain.

L'opinion favorable des usagers sur ces centres de santé semble être due au bon comportement de ces derniers face aux relations humaines, et ce comportement à tendance à masquer les autres aspects et problèmes de santé, poussant ainsi les patients à nous répondre par rien « *foyi* » quand on leur pose la question sur les reproches qu'ils font au personnel de santé.

Les plaintes de beaucoup de patientes furent : les mauvaises conditions d'hygiène des toilettes du CSCom de Baguineda-Camp, du manque d'hygiène de la salle d'accouchée et des moustiquaires qui y sont auxquels il faut ajouter la présence insupportable de moustiques dans ces salles.

Un paradoxe (quels reproches faites vous au personnel sanitaire et aux autorités ?) question à laquelle la majorité a répondu par un **Non** alors que ceux qui y répondent par un **Oui** évoquent les problèmes les plus cruciaux en matière de besoin en santé :

manque d'électricité dans la salle d'accouchement, pas d'imagerie ni de laboratoire d'analyse, une seule ambulance pour toute la commune etc.

Pour aller en salle d'accouchement il faut être muni de sa lampe tempête, les imageries et les analyses biologiques quelles qu'elles soient c'est-à-dire urgentes ou pas sont réalisées à Bamako située à 30 Km.

A la différence du CSCom de Baguineda-Camp où il ne semble pas avoir de rupture de médicament, à Tanima praticiens et patients s'en plaignent.

Concernant le cout des soins nous avons 17% de la population qui affirme que le cout n'est pas du tout abordable. Cela n'est pas forcément positif car certains de ceux qui disent que le soin est abordable n'oublie pas de dire que ces soins sont moins chers mais inefficaces. « Les médicaments vendus dans le centre sont beaucoup moins chers mais inefficace alors qu'ailleurs tu paies cher et c'est efficace. Pourquoi consulter plusieurs fois et aller plusieurs fois à la pharmacie ? » (Un patient).

Le vol de biens ou de médicaments ou encore « payer plus que dû » n'existent presque pas dans ces deux centres que nous venons d'évaluer contrairement à certains centres de Bamako où ces pratiques constituent les craintes des malades dès qu'elles se rendent dans les centres de santé.

La réponse aux deux questions les plus importantes de notre questionnaire à savoir le besoin en santé et la satisfaction des patients vis-à-vis des soins qui leurs sont prodigués sont représenté par 42,2% d'opinions favorables pour la résolution du besoin en santé et 45,8% pour la satisfaction.

Ce taux de satisfaction est similaire à l'étude d'A.H. Al-Doghaïter (Arabie Saoudite) en 2000 à l'hôpital universitaire King Khalid de Riyad :

TABLEAU XXXVIII :

Etudes	Satisfaction
Notre étude	45,8%
A.H. Al-Doghaïter (Arabie Saoudite)	42%

La majorité de ceux qui nous ont dit que leur besoin en santé n'est pas satisfait ont évoqué comme raison : le manque d'eau potable, la présence de mouches vecteurs de l'onchocercose, le manque de médicament contre les morsures d'animaux venimeux devant lesquels ils sont évacués d'urgences à Bamako, insuffisance de personnel sanitaire ou personnel qualifié expliqués par les longues durées d'attente surtout les jours de vaccination, et la grande morbidité due au paludisme.

"Comment voulez vous qu'on dise que tout va bien alors que le paludisme (**sumaya**) sévit, on a un problème d'eau potable, un problème d'électricité même dans nos centre de santé et qu'on est obligé de rentrer à Bamako chaque fois que ta maladie s'aggrave un peu ?"(Un paysan).

A cela il faut ajouter la pauvreté, le manque ou l'insuffisance d'équipements médicaux les plus simples (porte-sérum, appareil à tension, boîte de pansement, manque de lits et de matelas dans les salles d'hospitalisation et d'accouchée).

Quant au personnel sanitaire 8 des 10 interrogés se plaignent du fait que la population fréquente peu le centre, du manque de matelas ou de lits et de l'arrivée en retard des malades, c'est à dire que les malades ne sont acheminés vers les centres de santé que lorsqu'ils sont à des stades critiques.

Devant cette situation les patients ne restent pas indifférents : « Quand l'enfant tombe malade on essaye de faire de notre mieux c'est-à-dire on a recours aux médicaments traditionnels (**farafinfura** ou **bamananfura**) et aux tradithérapeutes (**farafinfurakqlaw**) et c'est quand ceux-ci échouent qu'il faut en dernier recours consulter au centre de santé » Quelle serait alors la cause de cette faible fréquentation et de ce retard de consultation ? Est-ce la pauvreté comme nous l'a dit un agent de santé "nous n'avons pas de reproches à faire à la population, c'est la pauvreté qui fait qu'ils négligent leurs maladies et ne viennent pas ou viennent en retard" ou la croyance en d'autres solutions ou encore la méfiance vis-à-vis des centres de santé qu'ils viennent consulter en désespoir de cause ?

Apparemment cette croyance en d'autres solution semble ne pas exister car sur la convenance des soins aux normes et valeurs de la société affirmée par 86% des usagers. Et ceux qui ont dit que les soins ne leurs convenaient pas ont plutôt évoqué la mauvaise qualité des médicaments, le mauvais accueil, le caractère négligent et incompetent du personnel que de l'atteinte aux croyances et mœurs de la société.

Cependant les 8 personnes soit 1,6% de la population qui nous ont dit qu'ils ne fréquenteront plus ces centres de santé ont donné comme raison : l'inefficacité des soins, l'incompétence des agents de santé, la préférence de consulter à Bamako.

Comment trouvez-vous vos conditions de travail ? La réponse à cette question est passable pour 7 des 10 agents interrogés bonnes pour 1 agent et mauvaises pour 2 agents. Ce caractère passable dans l'ensemble, des conditions de travail, différent de ceux des agents de certains établissements où l'on se plaint des conditions de travail semble expliquer l'enthousiasme et l'entente qui existent entre praticiens et leurs patients.

Alors, ne peut-on pas dire que les relations humaines de bienveillance et de bienséance sont à elles seules la base de la qualité des soins et par conséquent le départ d'une bonne prise en charge ?

Quelles sont les limites de ce travail sur les représentations sociales des patients sur les soins ?

Cette étude abordant l'éthique et les considérations anthropologiques dans les soins de santé apporte une vue d'ensemble des facteurs et croyances qui conditionnent le bon fonctionnement des services de santé.

Il n'ya pas mal d'études réalisées sur la qualité des soins mais surtout en milieu urbain et ces études sont plus basées sur les pratiques et gestes médicaux.

Cette étude au contraire a été réalisée en milieu rural et dans une population à majorité non instruite. Donc c'est un peu l'approche rurale de la qualité des soins et de l'opinion des patients sur les professionnels de santé exerçant, pas seulement dans la routine, comme on le dit, mais en milieu rural, dépourvu des moyens que disposent ceux des milieux urbains.

C'est une étude qui, à la différence de beaucoup d'autres, met plus l'accent sur l'intérêt de la qualité des relations soignant-soigné et la satisfaction des patients à leur sortie des centres de santé. En plus de ceux –ci c'est un travail qui prend aussi en considération les doléances non seulement de la population mais aussi du personnel sanitaire toute chose qui s'inscrit dans le diagnostic communautaire. Parmi les participants à cette étude il ya eu beaucoup plus de femmes (64,6%), que d'hommes (35,4%) eux qui fréquentent peu les centres de santé ce qui est une qualité dans l'expression des opinions.

Cette étude a été réalisée dans une population rurale à prédominance illettrée et qui, semble avoir peu de connaissances non seulement sur leurs droits en tant que patients mais aussi sur les devoirs des agents de santé. En plus elle n'est pas, au préalable, été préparée à une étude de ce genre comme nous l'avions remarqué lors des interrogatoires.

Le biais d'échantillonnage qui n'est pas équitable entre les deux établissements étudiés est de nature à affecter certaines parties (opinions sur les structures) de nos résultats que les tableaux croisés auront passablement résolu ; néanmoins il n'est pas de nature à affecter l'essence du travail qui est sur l'opinion des patients sur les soins prodigués dans ces deux établissements.

Comme le questionnaire n'était pas exhaustif en facteurs déterminant les opinions ou la satisfaction des patients, ces facteurs ont été considérés lors de l'enquête et traités dans ce commentaire.

I. Conclusion et Recommandations :

1. Conclusion :

En dépit des difficultés rencontrées telles que l'absence d'étude du genre en milieu rural, population non habituée à ce type d'étude, la méconnaissance des devoirs et droits du soignant et du patient associé au faible taux d'instruction, l'inexistence d'aucun système régulier de sondage d'opinion et de mesure de satisfaction dans ces zones dites rurales ;

Cette étude nous a montré l'importance de la qualité de l'accueil et du respect des relations humaines de bienséance dans la réussite de la pratique médicale.

Elle nous montre que grâce à leur don de soi, au respect et à l'écoute prêtée aux usagers, les praticiens exerçant dans ces zones arrivent à satisfaire de manière acceptable les populations de leur contrée. Et cela malgré leurs moyens médicaux limités et la modicité des revenus de la population. Bref elle affirme que la médecine échouerait son objectif ou s'inclinerait de celui-ci si elle se faisait sans égard aux réalités anthropologique et éthique.

Cependant le manque de laboratoire d'analyse, d'imagerie médicale, et le paludisme qui reste un facteur très élevé de morbidité, pousse ainsi pas mal de nos interlocuteurs à dire qu'ils sont loin d'être satisfaits en matière de besoin en santé.

Quoique dans l'ensemble tout semble aller de manière modeste, il reste beaucoup à faire et cela en matière d'éducation sanitaire, d'eau potable, d'équipements médicaux, de la lutte contre le paludisme, l'onchocercose et leurs vecteurs ainsi qu'en matière de formation de ressources humaines dans le secteur sanitaire qui jusqu'aujourd'hui restent insuffisantes.

2. Recommandations :

▪ **Aux autorités politiques :**

- Mener des politiques dans le sens de l'instruction et surtout celle de la fille devant une population à majorité non instruite avec 58,8% dans l'ensemble et 64,3% des patients de sexe féminin.
- L'électrification des centres de santé de Tanima et de Baguineda-Camp.
- Aider à la rénovation du centre de Tanima et de doter les deux centres (Tanima et Baguineda) en équipements médicaux.
- Renforcer les mesures éducationnelles dans la lutte contre le paludisme.
- Aider à la lutte contre les vecteurs de l'onchocercose et du paludisme.
- Aider à la construction d'un bloc opératoire, de laboratoires d'analyse biologique et d'une salle d'imagerie dans la dite commune.

▪ **Aux professionnels de santé :**

- De promouvoir l'accueil, l'écoute et le respect du patient et de mettre celui-ci au centre de leurs pratiques médicales de tous les jours.
- Etendre la faisabilité de la vaccination dans les zones les plus reculées de ces deux centres de santé.
- Développer des stratégies de communication avec la communauté et veiller à la sensibilisation et à l'information de celle-ci.
- Prendre en compte les perceptions individuelles et socioculturelles des patients vis-à-vis de la maladie dans les prises en charge thérapeutiques.

▪ **A la population**

- S'informer et se renseigner sur les formations sanitaires
- Fréquenter les centres de santé

G.REFERENCES :

1. **A.H. AL-Doghaier** Inpatient satisfaction with physician services at King Khalid University Hospital, Riyadh, Saudi Arabia
2. **Auge M, Herzlich C.** *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie.* Paris : Archives contemporaines ; 1984 ;
3. **D. Koïta** *Etude des sentiments des parents d'enfants en consultation de chirurgie pédiatrique ;* Thèse de médecine Bamako 2008 ;
4. **Dardanoni et Wagstraff,** *Dictionnaire d'Ethique [P.1 335]. ;*
5. *Déclaration de la politique sectorielle de santé et de population du Mali* (15 Novembre 1990), (document photocopié) ;
6. **Dembélé Y. A.** *Etude de la qualité des soins dans le service de chirurgie générale de l'hôpital du Point G :* Thèse de médecine 2001 ;
7. **Dr Bakary Diarra, MD, MPH ;** *Etat des lieux de l'accueil dans les établissements hospitaliers* (document photocopié) ;
8. **Fall A.,** 2002, "L'équité dans l'accès aux soins à Dakar." In Jaffré Y. & Olivier de Sardan J.P. (eds.), *les dysfonctionnements des systèmes de soins. Rapport du volet socio-anthropologique. Enquêtes sur l'accès aux soins dans 5 capitales de l'Afrique de l'Ouest, Projet "Santé urbaine" (UNICEF- Coopération française), (multigr.) ;*
9. **Fassin D. & Jaffré Y.,** *Sociétés, développement et santé,* Paris, Ellipses/AUPELF, (1990 : 47).
10. **Goffman E.,** 1998/1974, *Les rites d'interaction,* Paris ;
11. **H. Moussa ;** *Devoir de soigner et droit d'exercer la violence : ethnographie des consultations de planification familiale à Niamey/Niger ;*
12. **Jodelet D.** *Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie.* In : Moscovici S (Ed.) *Psychologie sociale.* Paris PUF, 1984
13. **La charte d'Ottawa (OMS, 1986)** (document photocopié) ;
14. **La déclaration de Manille (OMS, 1981)**
15. **Moussa H.,** 2002, "Micro-analyse des interactions autour des consultations de planification familiale dans les centres des soins de Niamey", *Mémoire de D.E.A, E.H.E.S.S-Marseille ;*
16. **Microsoft Encarta 2009 - collection DVD**

(Dicos Encarta) ;

17. **Olivier de Sardan J.P.**, 2001, "La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest.", *Autrepart*, n° 20 :61-73 ;

18. Rapport Belmont (1978) ;

19. **Sacko M.** *L'évaluation de la qualité des soins en commune V et VI du district de Bamako* Thèse médecine Bamako 1999 ;

20. **SIEGEL BERNIE S.** (1995), *Vivre la maladie, Ed. J'ai lu, Paris ;*

21. **Vaysse, J.** (1993). La gestualité en consultation de cardiologie. In J. Cosnier, M. Grosjean & M. Lacoste, (Dir.), *Soins et communication. Approches interactionnistes des relations de soins* (p.99-120). Lyon : Presses universitaires de Lyon

22. **VELIN P. ; PUIG C. ; DUPONT D.** ; ... Opinion des parents sur la prise en charge de leur enfant par un service d'accueil des urgences pédiatriques en 1991 ; Elsevier ; PMID : 1336846 ISSN : 0031-4021 CODEN : PEDRAN *Pédiatrie (Marseille) A.* 1992, vol. 47, n° 9, pp. 631-634 [bibl. : 2 ref.]

H. Notes et sigles:

1. Notes :

1 Une des raisons selon laquelle l'épidémiologie, l'étude des soins délivrés en institution (health care delivery Systems), les recherches sur les problèmes de santé et l'ethnomédecine relèvent de l'anthropologie médicale.

2 C'est le terme couramment utilisé en milieu médical pour désigner l'interrogatoire durant une consultation de planification familiale. L'expression "IEC. Personnalisée" est généralement employée pour signifier la même chose.

3 Les principes de compliance recommandent aux patients de se conformer aux prescriptions du soignant.

4 Déclaration sur les droits du patient, Association médicale mondiale (Lisbonne 1981, Bali, 1995)

5 art. L 1110-2

6 art. L 1110-4

7 art. L 1110-5.

8 art. L 1111-2

9 « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenue par des professionnels et établissements de santé » art. L 1111-7.

10 Etienne Balibar dans une communication orale.

11 On pense bien naturellement d'abord aux maladies sexuellement transmissibles et plus particulièrement au SIDA.

2. Sigles

ASACO : Association de santé communautaire.

CIOMS : Conseil des organisations internationales des sciences médicales.

CSCom : Centre de santé communautaire.

CS réf : Centre de santé de référence

DER : Département d'enseignement et de recherche

DMT : Division médecine traditionnelle

FSU : Formation sanitaire urbaine

IEC : Information éducation et communication

INRSP : Institut national de recherche en santé publique.

Km : Kilomètre

NB : Notez bien

OMS : Organisation mondiale de la santé.

OPIB : Office du périmètre irrigué de Baguineda

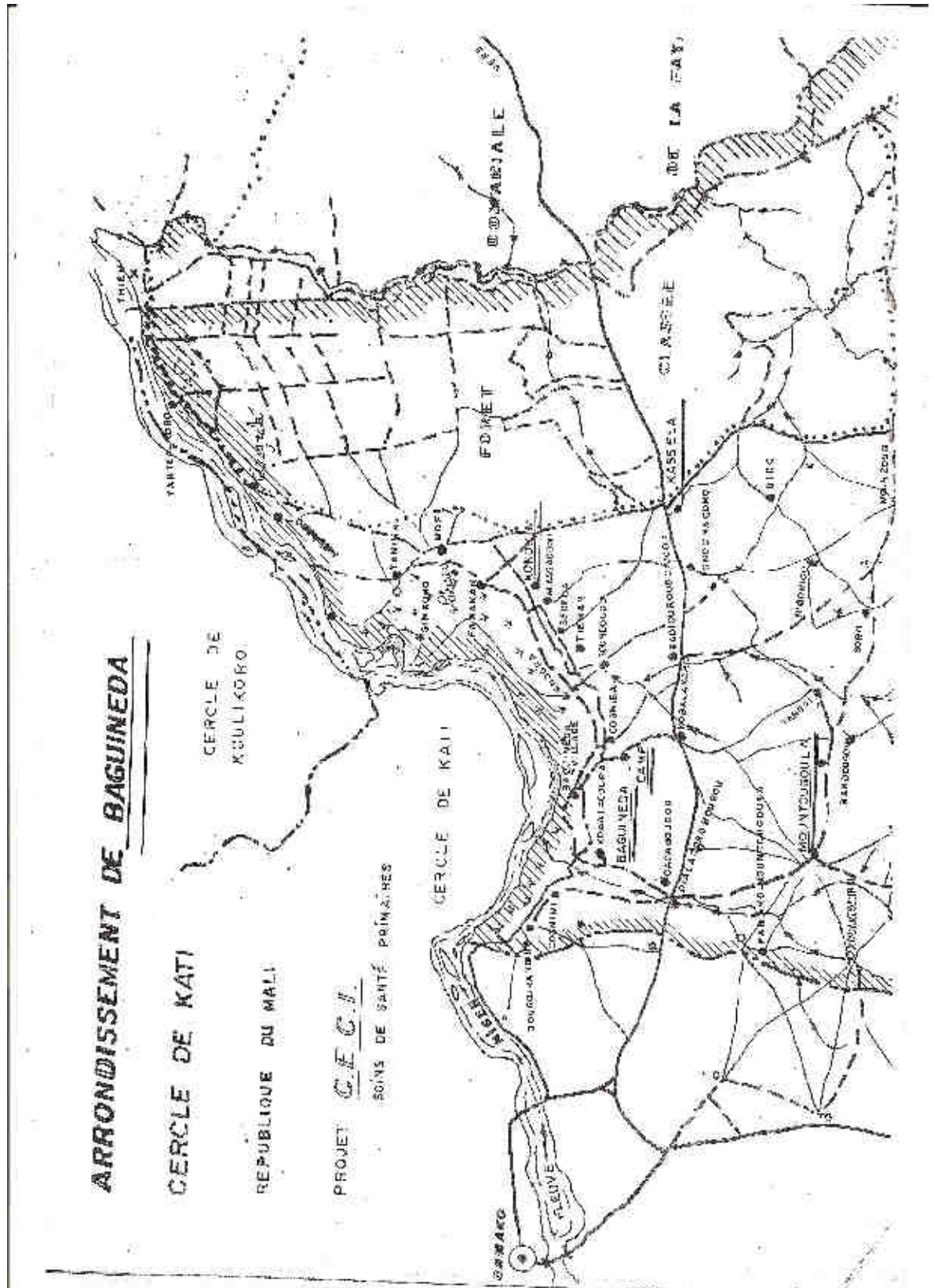
PEV : Programme élargie de vaccination

RACE : Recensement administratif à caractère électoral

ANNEXES

I. ANNEXES :

1. Carte géographique de la commune de Baguineda

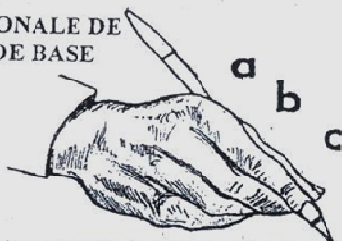


1. Certificat en langue Bambara (Bamanankan)

MINISTRE DE L'EDUCATION
DE BASE,
DE L'ALPHABETISATION ET
DES LANGUES
NATIONALES

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

DIRECTION NATIONALE DE
L'EDUCATION DE BASE



ATTESTATION DE STAGE N° 10964

Je soussigné, Le Directeur National de l'Education de Base

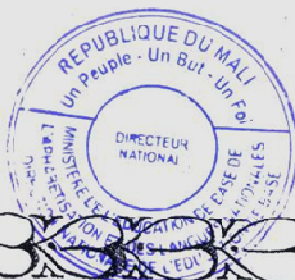
atteste que M. Isaac Kodio
Né (e) le 08 août 1981 à Domoni/Koro
a régulièrement suivi le stage d'Initiation à la Lecture et à la
Transcription ainsi que la Méthodologie de l'enseignement de la
Langue Nationale Bamanankan
du 17 août au 11 septembre 2009
à Bamako

En foi de quoi, je lui délivre la présente ATTESTATION pour
servir et valoir ce que de droit.

Bamako, le 11 septembre 2009

SIGNATURE DU TITULAIRE

P / LE DIRECTEUR DE L'EDUCATION DE BASE
p.o. LE CHEF DE LA DIVISION ALPHABETISATION



2. Certificat en éthique de la recherche



Family Health International

certifie que

Kodio Isac

a complété le

**COURS DE FORMATION SUR
L'ETHIQUE DE LA RECHERCHE**

25 Avril 2010



3. Fiches d'enquête :

4.1. XININKALIKQSQBQN KA XQSIN BANABAAT|W M

(QUESTIONNAIRE POUR LES PATIENTS)

Jlyr (N° d'ordre) : / / / / **Si hakq** (Age) : **cq / muso** (sexe) :
Sigiyr (résidence) : **Baara** (profession):.....**Siya** (ethnie) :.....
I kalannen do wa (êtes-vous instruits?) : **Ayi** (non) :..... **Aw** (oui) :..... **Ni aw\ foo yr\ jimqn ?** (si oui jusqu'à quel niveau ?) :
I nakun (motif de consultation) : **D\glt\rl jimqn ye i filq** (praticien consulté) : **Médecin** (d\glt\rl)....." **Infirmier**" "Sage-femme" **D\glt\rl dqmqbaga** (Aide-soignant).....**D\wqrqw** (autres)

I. kqnqyaso (les structures du centre):

Aw ka kqnqyaso bq cogo di ? (comment trouvez-vous les structures de votre centre de santé ?)

A kaxi (propice):

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\lni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains) |
| 3. Tuma d\w (souvent) | 6. N'ma d\ln (Aucune idée) |

A krl\va (vétuste):

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\lni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains)..... |
| 3. Tuma d\w (souvent)..... | 6. N'ma d\ln (Aucune idée)..... |

A n\g\ven do (insalubre) :

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\lni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains)..... |
| 3. Tuma d\w (souvent)..... | 6. N'ma d\ln (Aucune idée)..... |

Jama bq caya kojugu: wa (debordé)?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\lni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains) |
| 3. Tuma d\w (souvent) | 6. N'ma d\ln (Aucune idée) |

Sigiyr\ bq dqsq wa ?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\lni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains) |
| 3. Tuma d\w (souvent) | 6. N'ma d\ln (Aucune idée) |

Kqnqyaso ni i ka jan (habitez-vous loin du centre) ?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\lni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains) |
| 3. Tuma d\w (souvent) | 6. N'ma d\ln (Aucune idée) |

Ni aw\ a bq kilomqtiri joli b (si oui combien de kilomètre) ?.....

II. Banabaat\w kunbqn cogo (l'accueil)

D\gltr\w bq ninu kq aw ye wa? (les agents de santé font-ils ces gestes ?)

Fooli (salutation) :

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\ni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains) |
| 3. Tuma d\w (souvent) | 6. N'ma d\n (Aucune idée) |

Sigiyr\di (appel à s'asseoir)

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\ni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains) |
| 3. Tuma d\w (souvent) | 6. N'ma d\n (Aucune idée) |

Kumacogo (ton de la parole):

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. A ka vqxq (dur): | 3. Tuma d\w (souvent) : |
| 2. A ma vqxq (pas dur): | 4. A d\w (certains) : |

I nawaati j\y\rl bq jate (respectent-ils l'ordre d'arrivée) ?

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\ni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains) |
| 3. Tuma d\w (souvent) | 6. N'ma d\n (Aucune idée) |

Xumaya (gentillesse):

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\ni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains) |
| 3. Tuma d\w (souvent) | 6. N'ma d\n (Aucune idée) |

III. **Kqwalew** (conduites):

D\gltr\w bq cogo di ? (comment sont-ils les agents) ?

U labqnnen do (organisé):

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\ni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains) |
| 3. Tuma d\w (souvent) | 6. N'ma d\n (Aucune idée) |

Natayalen tq (désintéressés):

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\ni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains) |
| 3. Tuma d\w (souvent) | 6. N'ma d\n (Aucune idée) |

U b'aw bonyan wa ? (sont-ils respectueux)

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\ni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains) |
| 3. Tuma d\w (souvent) | 6. N'ma d\n (Aucune idée) |

U b'u ka baara d\n (sont-ils compétents)?:

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. Tuma d\w (souvent) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains) |
| 3. D\wqrqw (autres): | 6. N'ma d\n (Aucune idée) |

U b'u janto lujurat\w la (prêtent-ils une attention particulière aux handicapés)

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\ni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains) |
| 3. Tuma d\w (souvent) | 6. N'ma d\n (Aucune idée) |

U b'aw furakq ka xq (êtes-vous bien soignés) :

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\ni (un peu) |
| 2. Ayi (non):... .. | 5. D\w (certains) |
| 3. Tuma d\w (souvent)..... | 6. N'ma d\n (Aucune idée) |

Kunnafoni di (font-ils des sensibilisations en matière de santé) ?

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 2. Ayi (non):..... |
|--------------------------|---------------------------|

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| 3. D\wqrqw (autres): | 5. D\w (certains) |
| 4. Tuma d\w (souvent) | 6. N'ma d\N (Aucune idée) |

U mago tq m\g\ la (ils sont négligents)?

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\Ni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains) |
| 3. Tuma d\w (souvent) | 6. N'ma d\N (Aucune idée) |

Danam\g\w do (sont-ils dignes de confiance ?)

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\Ni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains) |
| 3. Tuma d\w (souvent) | 6. N'ma d\N (Aucune idée) |

I ye fiyqn jimqn de ye u ka kow la (quelles reproches les faites vous ?)

.....

...

II. **Furakqliw** (soins) :

Aw ka kqnqyaso k\N\ furakqliw bq cogo di ? (comment trouvez-vous les soins que vous recevez) ?

U kaxi kosqbq (ce sont des soins de choix) ?

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\Ni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains) |
| 3. Tuma d\w (souvent) | 6. N'ma d\N (Aucune idée) |

Furaw s\ng\N ka n\g (ces soins sont-ils d'un coût abordable) ?

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\Ni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains) |
| 3. Tuma d\w (souvent) | 6. N'ma d\N (Aucune idée) |

U ka furakqliw ni aw taa bolo bq bqN wa (est-ce que le système de santé vous convient)?

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\Ni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains) |
| 3. Tuma d\w (souvent) | 6. N'ma d\N (Aucune idée) |

Furakqli nafama bq kq wa (trouvez-vous les soins bénéfiques) ?

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\Ni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains) |
| 3. Tuma d\w (souvent) | 6. N'ma d\N (Aucune idée) |

Furakeliw ye sigidam\g\w ka kqnqya sabati wa (le centre a-t-il répondu à vos besoin en santé) ?

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\Ni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains) |
| 3. Tuma d\w (souvent) | 6. N'ma d\N (Aucune idée) |

Wari bq minq aw la ka tqmq a dan kan wa (payez-vous souvent plus que du) ?

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\Ni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains) |
| 3. Tuma d\w (souvent) | 6. N'ma d\N (Aucune idée) |

A'ka minaw (fura wala fqN wqrq) bq tunu kqnqyaso k\N\ waati d\w la wa ?
(arrive-t-il qu'on vous vole ou que vous perdiez vos biens au sein du centre)

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\Ni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains) |
| 3. Tuma d\w (souvent) | 6. N'ma d\N (Aucune idée) |

U ka furakqliw ye aw wasa wa (êtes-vous satisfaits des soins prodigués) ?

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Awλ (oui)..... | 4. D\\ni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\\w (certains) |
| 3. Tuma d\\w (souvent) | 6. N'ma d\\n (Aucune idée) |

III. **Kqngyasotaqa** : (fréquentation)

I bq na to ka taa kqngyaso la waati o waati n'i mago b'u la wa (allez-vous continuer à fréquenter le centre chaque fois que besoin est) ?

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Awλ (oui)..... | 4. D\\ni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\\w (certains) |
| 3. Tuma d\\w (souvent) | 6. N'ma d\\n (Aucune idée) |

Aw ka laxini ye mun ye ka xqsin jamanaxqmaw ma? (quelles sont vos doléances envers les autorités) ?

I ni ce (merci).

4.2 XININKALIKQSQBQN KA XQSIN DIGITIRIW MA

(QUESTIONNAIRE POUR PERSONNEL DE SANTE)

Jlyrl (N° d'ordre): **Si hakq** (âge) :..... **Sigiyrl**
(résidence) :..... **Baarakqyrl** (lieu de travail):
I ye jnni ye ? (titre) **D\glt\rl** (médecin) : **'Infirmier'** : **'Sage-femme'** :
..... **D\glt\rl dqmqbaga** (aide soignant) : **Dlwqrqw**
(autres) :.....

I. Kqngyaso (les structures du centre):

Aw ka kqngyaso bq cogo di ? (comment trouvez-vous les structures de votre centre de santé ?)

A kaxi (propice):

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Awl (oui)..... | 4. D\lni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. Dlw (certains) |
| 3. Tuma dlw (souvent) | 6. N'ma dln (Aucune idée) |

A krlva (vétuste):

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Awl (oui)..... | 4. D\lni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. Dlw (certains) |
| 3. Tuma dlw (souvent) | 6. N'ma dln (Aucune idée) |

A nglven do (insalubre) :

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Awl (oui)..... | 4. D\lni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. Dlw (certains) |
| 3. Tuma dlw (souvent) | 6. N'ma dln (Aucune idée) |

Jama bq caya kojugu: wa (desbordé)?

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| 1. Awl (oui)..... | 4. D\lni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. Dlw (certains) |
| 3. Tuma dlw (souvent)..... | 6. N'ma dln (Aucune idée) |

Sigiyrl bq dqsq wa (ya t-il un manque de siège à l'attente)?

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| 1. Awl (oui)..... | 4. D\lni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. Dlw (certains) |
| 3. Tuma dlw (souvent)... | 6. N'ma dln (Aucune idée) |

Baarakqminan dqsq (ya t-il un manque d'équipement médical) ? :

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Awl (oui)..... | 4. D\lni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. Dlw (certains) |
| 3. Tuma dlw (souvent).... | 6. N'ma dln (Aucune idée)..... |

Furaw bq dqsq waati dlw la (ya t-il souvent des ruptures de médicament) :

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------------|
| 1. Awl (oui)..... | 4. D\lni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. Dlw (certains) |
| 3. Tuma dlw (souvent)..... | 6. N'ma dln (Aucune idée) |

II. Baarakqcogo (conditions de travail):

Aw ka baarakqcogo bq di ?

U kaxi (bonnes):

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Awl (oui)..... | 4. D\lni (un peu)..... |
| 2. Ayi (non):..... | 5. Dlw (certains)..... |
| 3. Tuma dlw (souvent)..... | 6. N'ma dln (Aucune idée)..... |

U maxi (mauvaises):

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\Ni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains)..... |
| 3. Tuma d\w (souvent)..... | 6. N'ma d\N (Aucune idée)..... |

A ka fisa (passable):

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\Ni (un peu)..... |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains)..... |
| 3. Tuma d\w (souvent)..... | 6. N'ma d\N (Aucune idée)..... |

Aw wasara wa (êtes-vous satisfaits de vos conditions de travail)?

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\Ni (un peu)..... |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains)..... |
| 3. Tuma d\w (souvent)..... | 6. N'ma d\N (Aucune idée)..... |

IV. Kumaxlv\Nya d\gl\rlw ni banabaatlw wala dugudenw cq

(communication soignant-soigné et soignant-communauté):

Aw ni banabaatlw bq xlv\N famuya wa (ya t-il un malentendu entre vous et vos patients)?

- | | |
|------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\Ni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains) |
| 3. Tuma d\w (souvent) | 6. N'ma d\N (Aucune idée)..... |

Ni ayi munna:.....

Waati ni waati aw bq to ka wale d\w kq ka dugudenw kunnafoni walima k'u lafamuya kqnyakow kan wa ? (faites-vous souvent des sensibilisations et des informations auprès de la communauté) ?

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\Ni (un peu)..... |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains)..... |
| 3. Tuma d\w (souvent)..... | 6. N'ma d\N (Aucune idée)..... |

Ni Ayi munna (si non pourquoi) ?.....

.....

Ni aw\ jimqn ni jimqn (si non pourquoi)?.....

Aw ka laxini ye mun ye ka xqsin dugudenw ma? (quelles reproches faites-vous à la communauté)?.....

Aw ka kqnyaso bq sqgqsqgqliklaw kunbqn, minnu bq xqxininikq kqnyakowkan wa ? (Acceptez-vous souvent des missions d'enquête) ?

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\Ni (un peu) |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains)..... |
| 3. Tuma d\w (souvent)..... | 6. N'ma d\N (Aucune idée)..... |

Waati ni waati m\glw bq yen minnu bq aw dqmq aw ka baaraw la wa ?

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Aw\ (oui)..... | 4. D\Ni (un peu)..... |
| 2. Ayi (non):..... | 5. D\w (certains)..... |
| 3. Tuma d\w (souvent)..... | 6. N'ma d\N (Aucune idée)..... |

Aw ye fiyqn t\N xqm\glw m\glw ma walisa kqnyaya ka sabati sigida k\N (quelles reproches faites-vous aux membres (bureau) de l'association) ?.....

Aw ka laxini ye jimew ye ka xqsin jamanaxqmanw ma walisa kqnyaya ka sabati sigida k\N (quelles sont vos doléances) ?

I ni ce (merci).

J. FICHE SIGNALETIQUE ET RESUME :

NOM : Kodio

PRENOM : Isac

TELEPHONE: (00223) 66 91 77 52. & (00223) 78 69 01 72.

E-MAIL : issaka_kd@yahoo.fr

PAYS D'ORIGINE : Mali

TITRE DE LA THESE : Représentations sociales des patients sur les soins dans la commune rurale de Baguineda.

ANNEE : 2009 - 2010

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako (Mali)

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.

SECTEURS D'INTERET: Anthropologie Médicale et éthique.

Résumé :

C'est dans le cadre d'une étude des représentations sociales des patients sur les soins dans la commune rurale de Baguineda, c'est-à-dire les perceptions et les aspirations qu'ont les habitants de cette commune sur les soins et les professionnels qui prodiguent ces soins que nous avons réalisée cette étude transversale pour caricaturer les différentes représentations sociales des centres de santé de cette partie du monde chez ses clients bien entendu les patients.

- Notre objectif général a été :

D'étudier les représentations sociales des patients sur les soins de santé des centres de santé de la commune de Baguineda.

-Nos objectifs spécifiques ont été :

- ❖ Evaluer l'opinion des patients sur les prestations sanitaires
- ❖ Evaluer l'opinion des praticiens sur leurs conditions et attentes
- ❖ Etudier les représentations des services de santé dans la population
- ❖ Evaluer le degré de satisfaction des patients à la sortie du centre de santé.

Durant cette étude qui s'est déroulée Novembre 2009 à Avril 2010 (6 mois) nous avons pu interroger 500 usagers de deux centres de santé de la commune de Baguineda à savoir le centre de santé communautaire de Baguineda-Camp et de Tanima.

Parmi ces 500 usagers 323 soit 64,6% furent des femmes et 177 soit 35,4% des hommes. La tranche d'âge la plus prononcée fut celle de [18-30] ; les extrêmes étaient 18 ans et 70 ans.

Les zones les plus représentées furent Baguineda et Soundougouba-Koura et les deux ethnies les plus nombreuses furent Bamanan et peulh.

L'analyse quantitative des opinions sur les différents aspects des pratiques de soins donnent des résultats favorables dans la quasi-totalité des cas.

D'abord l'opinion des patients sur l'accueil :

A Tanima, la majorité des usagers se plaignent de la vétusté et de l'étroitesse de leur centre ;

Et celui de Baguineda de son débordement les jours de vaccination.

Les autres aspects tels que l'hygiène, la salutation, le ton de la parole, respect de l'ordre d'arrivée, la gentillesse, le respect, l'efficacité du traitement, la compétence, la

fiabilité, la négligence, la coordination des soins, et le désintéressement dans le travail les opinions restent favorables à un taux supérieure ou égale à 75%.

Le coût, la convenance des prestations, la qualité des soins, l'absence de vol et de surestimation des actes sont de même, sujets d'opinion favorable (60%).

Le degré de satisfaction quant à lui nous avons 45,8% de satisfaits et 40,2% de peu satisfaits contre 12,6% de non satisfaits avec 96,6% de ceux qui veulent continuer à fréquenter le centre.

Qualitativement cette étude fait ressortir en plus des représentations sociales de la communauté sur les soins, les perceptions que se font les patients des soins, la qualité de l'interaction soignant-soigné, les connaissances et attitudes des individus face à la maladie, au soignant et à la thérapie donnée.

MOTS CLES : *Représentations sociales, Patients, Soins.*

Serment D'Hippocrate :

En présence des Maîtres de la Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate ; je promets et je jure 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, 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 reçu 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 condisciples si j'y manque.

Je le jure !