

**MINISTÈRE D'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But- Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO



ANNEE UNIVERSITAIRE : 2010-2011

N°/P



FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

THESE

**ETUDE DES ITINERAIRES THERAPEUTIQUES ET PREFERENTIELS
DES USAGERS EN SANTE DE LA COMMUNE III DU DISTRICT DE BAMAKO
CAS DU CSCOM DE N'TOMIKOROBOUGOU**

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

Par : ***M. Toumani SIDIBE***

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président :

Pr Saharé FONGORO

Membre :

Dr Seydou DIARRA

Co-directeur:

Dr Ibrahim FALL

Directeur :

Pr Samba DIOP

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

Allah le tout puissant

Allah le tout miséricordieux, le très miséricordieux.

Ô Allah, Maître de l'autorité absolue. Tu donnes l'autorité à qui tu veux, et tu arraches l'autorité à qui tu veux ; et tu donnes la puissance à qui tu veux, et tu humilies qui tu veux. Le bien est en ta main et tu es omnipotent.

Tu fais pénétrer la nuit dans le jour, et tu fais pénétrer le jour dans la nuit, et tu fais sortir le vivant du mort, et fait sortir le mort du vivant. Et tu accordes attribution à qui tu veux, sans compter.

Ô Seigneur ! Aide- moi à évoquer le souvenir de ton nom, à T'exprimer ma gratitude et à parfaire l'adoration que je Te voue.

Ô seigneur guide nous sur le droit chemin, accorde nous le paradis, et préserve nous de l'enfer.

Ô seigneur prie sur le prophète MOHAMED (paix et salut sur lui), ses épouses sa descendance, et tous ceux qui suivra sa trace jusqu'au jour dernier.

A mon père Bary SIDIBE:

Cher père c'est grâce à toi aujourd'hui que j'ai appris la patience la sincérité la tolérance la dignité etc. cela me rappelle de ce verset coranique (celui qui se montre patient et pardonne c'est certainement là une marque de caractère). Tu m'a toujours conseiller de la patience, car d'après nos adages si tu vois un étranger venir, tu lui verras partir. Cet adage m'a semé de patience quelle qu'en soit les circonstances. Tu as été toujours un père idéal pour une bonne éducation. Je te serraï reconnaissant pour tous ceux que tu as faits à ma modeste personne depuis ma naissance. Cher père je prie le tout puissant de te maintenir en vie pour bénéficier les fruits de tes enfants. Dans le cas contraire je continuerai à prier pour toi jusqu'à mon dernier jour. Merci papa que le tout puissant nous accordes sa grâce et nous réunisses ensemble dans le paradis.

A ma mère Noutenin SANGARE :

Celle à qui je dois ma découverte d'ici bas ; hommage de respect, de reconnaissance et vœux de longévité maman. Chère mère, tu es la source de ma vie, pionnière de mon éducation, femme noire, femme africaine, femme forte, femme de cœur, toi qui m'a abrité dans trois ténèbres pendant neuf mois ; toi qui a acceptée de mourir pour sauver ma vie ; toi qui m'a porter au dos durant un bon moment ; toi qui s'éveillait, quand j'étais content ou malade, je suis fier d'être issu de toi. Chère mère c'est avec cette profession médicale que j'ai compris d'avantage à quels degrés les braves mamans peuvent perdre leurs vies en donnant naissance. Ce travail est le fruit de tous les efforts et sacrifices que tu as consenti. Puisse ce jour être pour toi non seulement une occasion de réjouissance, de fierté mais aussi le témoignage de toute mon affection et de mon attachement profond. Merci maman chérie ! Que Dieu te garde longtemps auprès de nous afin que tu puisses jouir des fruits mûrs qui germeront des graines que tu as semées et n'a cessé d'entretenir durant des années. Que l'avenir soit pour toi soulagement et satisfaction. Amen

A mes mamans de Balanfina: Sabou DIALLO, Sétou SIDIBE, Karia SIDIBE, Djatou SIDIBE, Fanta DIALLO, merci mes chères mamans pour vos encouragement incessible.

A mon Oncle Mamourou SIDIBE depuis Balanfina :

Merci pour ton éducation exceptionnel. Ce travail est le votre.

A mon père kalifa SIDIBE et famille :

Les mots me manquent pour vous remercier. Que le tout puissant vous accorde une foi de plus une longue vie. Sacher une chose que les bonnes œuvres ne sera jamais perdue. Recevez ici cher père ma profonde gratitude.

A feu Magnan TRAORE et famille à Koulouba :

Vous m'avez toujours démontré, par votre union, que le lien du sang est sacré. Je n'ai manqué de rien à vos côtés, et vous avez su répondre à mes besoins de

parent quand il fallait. C'est le jour de vous saluer énergiquement pour vos soutiens sans faille. Ce travail est aussi le vôtre. Puisse le bon Dieu me donner la force et la volonté de vous être reconnaissant. Que Dieu vous garde longtemps.

In Memorium

A la mémoire de mes parents décédés avant le terme de ce travail mon frère **Moussa SIDIBE**, ma grande sœur **Saran SIDIBE** et mon oncle **Manssa SIDIBE** tous décédé respectivement en 2002 ; 2008 et 2009. Que la volonté de Dieu soit accompli. Que le tout puissant vous accueille dans son paradis.

A la mémoire de mes grands pères et grandes mères paternels et maternels

REMERCIEMENT

A ma Patrie le Mali

Pour la formation reçue.

A mes enseignants du premier cycle de l'école fondamentale Sadioulou SIDIBE de Balanfina .

A mes enseignants du second cycle Bécoro SANGARE de Doussoudiana principalement a mon tuteur Kariba DIAKITE directeur du second cycle.

A mes professeurs du Lycée Kalilou Fofana de Bougouni.

A mes Professeurs de la FMPOS.

Mes oncles et tantes maternelles merci pour votre accueil.

Mes frères et sœurs : Yacouba, Yaya, Diakaridia, Dramane, Bakary, Kalifa, Bréhima, Soumaïla, Malado dite Mah, Maman, Sitan, et Mariam unissons nous car l'union fait la force.

Recevez ici mes frères et sœurs toutes ma profonde gratitude.

A ma famille à Balanfina.

Aux membres de l'ARWES (Association des Etudiants Ressortissants de Wassoulou et Sympathisants) **Dr Abou Diallo, Dr Kassim Sidibé, Dr Ousmane Sidibé, Dr Amadou N'famoussa Diakité, Dr Fatoumata A Sidibé dite ASSO, Mahamadou Sékou Diakité, Tiémoko Diakité.**

Aux membres de l'UERSB (Unions des Etudiants Ressortissants de Bougouni et Sympathisants.)

A l'association santé plus commune VI

Aux membres de l'AEERB (Association des Elèves et Etudiants Ressortissants de Balanfina et sympathisants).

A mes amies de Balanfina : Abdou Sidibé, Drissa Siaka Sidibé, Diakaridia Bagayoko magistrat, Diakaridia Satigui Sidibé, merci infiniment pour votre soutien.

A Aminata Sidibé dite Mimi, Nafissatou Dembélé, Aissata Sidibé,

Kadiatou Sidibé, Fatoumata Bengaly.

Aux aînés : Dr Souleymane Diallo DES Cardio , Dr Fall Ibrahim, Dr Fofana , Dr Dembélé Ibrahim, Dr Sangaré Alassane, Dr Traoré Massédou, Dr Baya, Dr Keïta Chaka, Dr Abdramane Traoré merci pour l'encadrement.

Aux personnelles et internes de l'ANIASCO et l'ASACOTOM.

A la Famille Magnan Traoré à Koulouba : Sira Cissé, Alima Konaté, Adama, Yacouba, Karamoko, Nani, Wah, Papou Que Dieu vous récompenses pour le soutien.

A mes camarades de la FMPOS : Nouhoum Lalama Traoré, Youssouf Keïta, Jule Sagala Daouda Sangaré, Yaya Sidibé, Pierre Daou, Maïmouna Traoré, Djénaba Togola.

Aux cadets : Moussa Fomba, Chata Traoré dite Dembélé, Noumakan Camara, Mariam Kané, Mme Traoré Awa Niélé Diarra, Soumaïla Kassoum Sidibé.

A mon groupe d'exercice : Ibrahim Nimaga, Nouhoum Lalama Traoré, Mohamed Traoré, Nanténin Kaba Diakité, Dr Abou Diallo, Toumani Sidibé.

A mon grin à Koulouba : Seydou Konaté dit Habib mar-one, Dogomani, Bourama koné, Nani, Madou Coulou, Siriki, Zoumana Samaké.

A Amadou Bekaye Sidibé à la Bibliothèque nationale merci pour ton soutien.

A toutes la 3^{ème} Promotion du Numéris Clausus.

A tous les pratiquants d'arcs- martiaux de la FMPOS, principalement à la salle kung- fu wuchu.

Aux personnelles de la clinique Sahel du Nioro du Sahel.

A tous ceux de près et de loin qui ont contribué à l'élaboration de ce document.

Hommmages aux membres du jury

A notre maître et Président du Jury

Professeur Saharé FONGORO

Maître de conférences en Néphrologie.

Praticien hospitalier au CHU du Point G

Chargé de cours de néphrologie à la FMPOS

Chevalier de l'ordre du mérite du Mali

Cher maître

Nous sommes honorés que vous ayez accepté malgré vos multiples occupations de présider ce jury. Votre immense expérience, votre esprit méthodique, vos qualités pédagogique font de vous un maître respecté et admirable. Votre sagesse, vos accueils toujours courtois et affectifs nous ont conquis.

Nous vous prions de bien vouloir, cher maître agréer l'expression de ma profonde gratitude.

A notre maître et Juge

Docteur Seydou DIARRA.

- Candidat Ph D 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,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre humanisme et votre modestie forcent respect et incitent l'admiration.

Veillez trouvez ici le témoignage de notre profonde gratitude.

A notre maître et co-directeur

Docteur Ibrahim FALL

Médecin généraliste

Membre du conseil national de l'ordre des médecins

Médecin directeur du CSCOM de N'tomikorobougou

Cher maître,

Le temps que nous avons eu à passer à vos coté nous a permis d'apprécier vos qualités humaines et votre amour pour le travail bien fait. Vos suggestions ont été très pertinentes pour l'amélioration qualitative de ce travail.

Veillez recevoir ici cher maître l'expression de ma profonde gratitude.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Samba DIOP

- Maître de conférences en anthropologie médicale
- Enseignant-chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique en santé au DER de santé publique de la FMPOS
- Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthique de SEREFO /VIH/SIDA/FMPOS
- Responsable du cours <<Anthropologie de la lutte contre la cécité : aspects sociaux et éthique >>, Centre hospitalier universitaire de l'institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique
- Responsable du cours <<Sciences et éthique>> du DEA d'anthropologie, Institut supérieur pour la formation à la recherche appliquée (ISFRA), Université de Bamako
- Responsable du cours << Culture et éthique>> du centre d'enseignement virtuel en Afrique, Ecole nationale des ingénieurs (ENI), Université de Bamako.

Cher maitre,

L'occasion nous est offerte de vous remercier de votre spontanéité, votre générosité, votre modestie, et votre rigueur dans un désir permanent de perfectionnement en tout travail scientifique que nous devons accomplir, car vous êtes vous-même un exemple qui fait de vous un professeur émérite. Nous sommes reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail. Plus qu'un honneur, cela à été pour nous un plaisir de vous côtoyer. Votre immense savoir multidisciplinaire nous impose beaucoup de respect et une profonde admiration au vue de vos qualités humaines et d'enseignant. Merci pour toutes les entrevues chaleureuses, merci pour toutes vos critiques, merci pour votre disponibilité au quotidien. Puisse votre assiduité au travail bien fait nous servir de modèle.

SIGLES ETABREVIATIONS

AS : Aide soignant

ASACO : Association de santé communautaire

AG : Assemblée générale

AT Accoucheuse traditionnelle

CA : Conseil d'administration

CAM : Convention d'assistance mutuelle

CG : Conseil de gestion

CROCEP : Comité régional d'organisation de conception et d'évaluation des programmes

CS : Centre de santé

CSA : Centre de santé d'arrondissement

CSAR : Centre de santé d'arrondissement revitalisé

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSREF : Centre de santé de référence

DCI : Dénomination commune internationale

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

DNSP : Direction nationale de la santé publique

EDS Enquête démographique et de santé

FELASCOM : Fédération locale des associations de santé communautaire

FENASCOM : Fédération nationale des associations de santé communautaire

IB : Initiative de Bamako

MS : Ministère de la santé

MSSPA : Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées

ONG Organisation non gouvernementale

PDDSS : Plan décennal de développement socio- sanitaire

PMA : Paquet minimum d'activités

PNDS Programme national de développement sanitaire

PPTE : Pays pauvres très endettés

PRODESS : Programme de développement socio sanitaire

PSPHR : Projet santé population et hydraulique rural

PVRH : Programme de valorisation des ressources humaines

Sommaire

Dédicaces

Remerciements

Abréviations

Introduction	1
I. Enoncé du problème	3
1. Situation de médecine traditionnelle dans le monde.....	3
2. Recours aux soins et itinéraires thérapeutiques.....	5
3. Revue de la littérature.....	7
4. Généralité sur le Mali.....	16
5. Historique de la santé communautaire.....	25
6. Rappels sur les associations de santé communautaire.....	27
II. Impact socioéconomique	35
III. Organisation du système de santé au Mali	36
IV. Fréquentation des structures sanitaires	38
1. Facteurs favorisant la fréquentation.....	38
2. Facteurs influençant négativement sur la fréquentation des services de santé.....	40
V. Dépense de santé	42
VI. Cadre théorique	44
1. Cadre conceptuel.....	44
2. Hypothèses.....	48
3. Objectifs.....	49
3.1 Objectif général.....	49
3.2 Objectifs spécifiques.....	49
4. Justification.....	49
VII. Démarche méthodologique	50
1. Type d'étude.....	50
2. Cadre et lieu d'étude.....	50
3. Population d'étude.....	52
4. Période d'étude.....	52
5. Echantillonnage.....	52
5.1 Critères d'inclusions.....	53
5.2 Critères de non inclusions.....	53
6. Technique et instruments de collecte des données.....	53
7. Traitement et analyse des données.....	53
8. Contraintes et limites de l'étude.....	53
9. Aspects éthiques.....	54
VIII. Résultats	55

IX. Commentaires et discussion.....	75
X. Conclusion et Recommandations.....	79
XI. Annexes	

Introduction :

La vocation des soins de santé primaires (SSP) est de contribuer à maîtriser les principaux problèmes de santé de la communauté tout en réduisant les écarts existants entre les pays, les différentes régions d'un même pays et les différentes couches sociales (Organisation Mondiale de la Santé 1987). Les politiques sanitaires nationales devraient permettre une allocation des ressources de telle manière que toutes les régions aient le même niveau d'accès aux soins et services. De même, les soins *nanties*, en particulier les indigents, devraient pouvoir jouir des soins et services en cas de besoins.

Mais, pendant la décennie qui a suivi la conférence internationale d'Alma-Ata en 1978 sur les soins de santé primaires (SSP), la majorité des pays en *voie de* développement ont connu d'énormes difficultés d'ordre géographique, social, environnemental et économique (sécheresses fréquentes, faibles revenus économiques, surpopulation, chute des coûts des produits à l'exportation) qui ont eu des effets négatifs sur la mise en œuvre des SSP.

L'initiative de Bamako fut alors adoptée en 1987 par le comité régional de l'OMS pour l'Afrique comme une nouvelle stratégie devant contribuer à l'accélération de la mise en œuvre des soins de santé primaires (OMS 1988).

Il s'agissait à travers l'initiative de Bamako (IB), de faciliter l'accessibilité universelle aux SSP.

Certains des objectifs essentiels qui s'en dégagent, mettaient l'accent sur le renforcement du financement et de la gestion des activités de SSP au niveau local, en utilisant le système de financement par l'utilisateur et le recouvrement de coûts, fondé sur la vente des médicaments essentiels (OMS 1988).

L'évaluation de la mise en œuvre de l'IB a montré une amélioration générale de l'accessibilité financière de la majorité de la population aux soins et service de santé.

Elle avait comme objectif de faciliter l'accessibilité géographique et financière des populations aux SSP de base tout en garantissant la qualité de ces soins en vue d'une réduction de la mortalité materno-infantile.

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'IB, des dispositions devraient être prises pour éviter les exclusions, en prenant notamment des mesures permettant aux populations les plus démunies de bénéficier des SSP.

Ces dispositions devraient permettre entre autre de réduire voire éliminer l'écart entre les indigents et les non indigents en matière d'utilisation des services de santé.

Les itinéraires thérapeutiques ne devraient plus dépendre de leur capacité économique, mais plutôt de leur volonté.

I. Enoncé du problème :

La santé ne peut vraiment progresser que si l'on renforce les systèmes de santé en le fondant sur les soins de santé primaires. Dans la plupart des pays, les progrès sur la voie des objectifs du Millénaire pour le développement, énoncés par les Nations Unies, et des autres priorités sanitaires nationales seront forcément limités si l'on ne permet pas aux systèmes de santé de s'adapter à une situation sanitaire de plus en plus complexe. Ces systèmes doivent intégrer, à tous les niveaux, la promotion sanitaire et la prévention des maladies avec le traitement des maladies aiguës et les soins chroniques pour dispenser à l'ensemble de la population des services de qualité, à la fois équitables et efficaces.

1- SITUATION DE MEDECINE TRADITIONNELLE DANS LE MONDE

[35] :

Pendant la dernière décennie, le recours à la médecine traditionnelle a connu un regain d'attention et d'intérêt dans le monde. En Chine, 40 % environ de l'ensemble des soins de santé relèvent de la médecine traditionnelle. Au Chili et en Colombie, 71 % et 40 % de la population, respectivement, ont recours à la médecine traditionnelle et, en Inde, 65% de la population rurale y font appel au niveau des soins de santé primaires. Dans les pays développés, les médecines traditionnelles, complémentaires et parallèles connaissent un succès croissant. Ainsi, le pourcentage de la population ayant eu recours à ces médecines au moins une fois est de 48 % en Australie, 31 % en Belgique, 70 % au Canada, 49 % en France et 42% aux Etats-Unis d'Amérique.

Les médecines traditionnelles, complémentaires et parallèles (ci-après « médecine traditionnelle ») sont couramment utilisées pour traiter ou prévenir les maladies chroniques et pour améliorer la qualité de la vie. Certains éléments indiquent que la médecine traditionnelle est prometteuse.

La médecine traditionnelle a également été appliquée au traitement de maladies très graves comme le paludisme grave. Au Ghana, au Mali, au Nigeria et en Zambie, les plantes médicinales sont des médicaments du traitement de première intention pour plus de 60 % des enfants atteints de forte fièvre. Des études menées en Afrique et en Amérique du Nord ont montré que 75 % des personnes vivant avec le VIH/SIDA ont recours à la médecine traditionnelle, exclusivement ou en complément d'autres médecines, pour plusieurs symptômes ou maladies.

Nombreux sont ceux qui ont recours à la médecine traditionnelle dans le cadre d'une auto prise en charge, car une conception erronée et largement répandue fait de « naturel » le synonyme de « sans danger ». Les gens ne savent peut-être pas quels sont les effets secondaires éventuels des plantes médicinales ni comment et quand elles peuvent être utilisées en toute sécurité. Dans la plupart des pays, il n'existe aucun système de contrôle de l'innocuité ; lorsqu'il existe, ce système exclut les plantes médicinales. A cause de l'absence de contrôle de qualité et du manque d'information des consommateurs, des cas d'utilisation erronée de préparations à base de plantes ont été signalés. Ainsi, en Belgique, plus de 50 personnes ont été atteintes d'insuffisance rénale en 1996 après avoir ingéré une préparation à base de plantes contenant *Aristolochia fangchi* (une plante toxique) au lieu de *Stephania tetrandra* ou *Magnolia officinalis*. [35]

Bien que l'on ait recours depuis longtemps à la médecine traditionnelle, il existe peu de preuves systématiques de son innocuité et de son efficacité. L'évolution de la médecine traditionnelle a été influencée par le contexte culturel et historique, ce qui rend difficile une évaluation systématique puisqu'il faut prendre en compte des facteurs tels que la philosophie et la théorie qui sous-tendent son utilisation.

Par là même, l'absence d'évaluation a freiné la mise en place d'une réglementation et d'une législation.

En outre, il y a peu de coopération et de partage de l'information entre pays concernant la réglementation des produits à base de plantes sur le marché.

La médecine traditionnelle est facilement accessible et son coût est abordable dans les pays à faible revenu, mais, avec la mondialisation croissante, les détenteurs du savoir s'inquiètent de l'érosion des cultures et modes de vie traditionnels du fait de pressions extérieures, notamment de la perte de leur savoir et de la réticence des plus jeunes à perpétuer les pratiques traditionnelles. Le détournement des ressources naturelles, la préservation de la biodiversité et la protection des ressources phytothérapeutiques pour le développement durable de la médecine traditionnelle constituent d'autres sujets de préoccupation.

L'utilisation de la médecine traditionnelle se heurte à un obstacle principal : l'absence de système de qualification et de délivrance de l'autorisation d'exercer. Il est donc difficile pour les autorités nationales et les consommateurs de savoir qui sont les prestataires qualifiés. Les réseaux organisés de tradipraticiens manquent également. [35]

2- RECOURS AUX SOINS ET ITINERAIRES THERAPEUTIQUES

Plusieurs études ont été faites sur les recours aux soins et itinéraires thérapeutiques, mais nous nous limiterons à la revue de quelques études au Mali et dans certains pays africains.

Plusieurs études faites en 1991 par TRAORE, S [31], DIARRA, T. et DIAKITE D.[21] DIARRA,T [18] respectivement sur le recours aux soins et leurs déterminations, sur la consommation médicale et sur les représentations et itinéraires thérapeutiques ont montré que 54 à 55% des personnes enquêtées avaient eu recours à l'automédication, 36% à la médecine moderne, 3% à la médecine traditionnelle lors de leur premiers recours aux soins.

Par contre en seconde étape le taux de recours à l'automédication diminuait au profit des autres, celui de recours à la médecine traditionnelle augmentait de 3 à 12% et celui de la médecine moderne augmentait de 36 à 39%.

Lorsqu'on enquête auprès de la population pour décrire l'itinéraire thérapeutique des personnes ayant eu un épisode morbide, il en ressort :

- Que la principale cause de morbidité déclarée se classe dans la rubrique fièvres et paludisme (entre 34 et 40 % des cas) ;
- Que les ruraux déclarent moins d'épisodes morbides (0,5 à 0,7 épisode morbide en moyenne par an) que les urbains (1épisode morbide par an) ;
- Que le recours aux soins modernes (toutes structures confondues) concerne entre 45 % à 55 % des plaintes, l'automédication (à base de traitement traditionnel ou moderne), plus de 40 % et le recours aux thérapeutes traditionnels, plus variable selon les régions, entre 3 % et 23 % ;
- Que le recours à tel ou tel type de soins n'est pas exclusif : on passe alternativement d'une structure moderne à une structure traditionnelle, si la médecine moderne (ou traditionnelle) ne parvient pas rapidement à un résultat, on ira dans l'autre secteur, quitte à faire des allers-retours;
- Que les pauvres d'un côté, les femmes de l'autre, ont plus recours à l'automédication que les riches et les hommes.

D'après les études menées sur la demande de soins, la qualité des soins et de l'accueil est un élément important dans le choix thérapeutique des ménages, mais aussi dans l'assiduité du groupe ciblé (les femmes et les enfants) aux activités qui leur sont proposées.

J. VAUGELADE [33] dans son étude sur la consommation médicale et les itinéraires thérapeutiques en milieu rural au BURKINA FASO a montré que dans les milieux ruraux où existait un centre de santé primaire (CSP) 42% des malades avaient eu recours à la médecine traditionnelle et 37% à la médecine moderne. Par contre dans la zone où existait un dispensaire le taux de recours était de 35% pour la médecine traditionnelle et 44% pour la médecine moderne. L'étude faite par P. COPPO et A. KEITA [43] à Bandiagara va dans le même sens.

3- Revue de la littérature :

Les politiques de santé des pays africains au sud du Sahara ont connu de nombreuses réformes depuis trois décennies dont entre autres l'apparition d'un secteur privé communautaire à but non lucratif mais également privé à but lucratif (médecine, pharmacie, laboratoire, cabinets dentaires dès les années 1985 au Mali et dans les cinq années qui ont suivi au Burkina Faso, Sénégal et au Niger [9]. En même temps la plupart des politiques nationales de santé accompagnées par les partenaires au développement ont considérablement renforcé l'offre publique de soin de premier niveau [9]. Mais en dépit de cet accroissement substantiel de l'offre des soins, les taux d'utilisation des structures de soins sont restés faibles dans l'ensemble de ces pays et oscille en 2003 entre 0,10 et 0,30 contacts par personne et par an [9].

3.1- Déterminants de l'utilisation des services de santé dans les pays en développement :

Les déterminants de l'utilisation des structures de premier niveau peuvent se classer en trois grands groupes, les déterminants financiers (recouvrement des coûts, paiement direct des soins, niveau de revenu des ménages, prix et coût des soins, coût du transport, couverture maladie), les déterminants liés à la qualité des soins (qualité structurelle, disponibilité en médicament, processus de soins, relation soignant / soigné, qualité perçue, satisfaction des usagers) et les déterminants socioculturels [9].

Les autres déterminants sont plus spécifiques et dépendants de l'environnement (accès géographique, état de santé des patients), des caractéristiques des individus (âge, genre, instruction) et des cultures et pratiques (perception de la maladie et de sa gravité) [9].

Dans une étude réalisée en 2005 par Mushagalusa SALONGO [30] sur les déterminants socio-économiques de l'utilisation des services, il ressort que l'utilisation des services de santé est un évènement dichotomique, soit l'individu

utilise soit il n'utilise pas. La demande des soins de l'individu est donc mesurée par la probabilité d'accéder aux services de santé s'il est malade. Ainsi deux individus ayant des caractéristiques socio-économiques différentes auront des probabilités inégales d'accéder aux soins.

Selon leurs observations, une étude sur les caractéristiques de la population libanaise ne bénéficiant d'aucune couverture médicale [24] a révélé que l'accès aux soins de santé existe quand il y a utilisation des services de santé et dans ce contexte il prend la forme d'un « accès réalisé ». Dans le cas contraire, quand il n'y a pas utilisation des services de santé ou quand cette utilisation est limitée face à un besoin, cet accès devient un « accès potentiel » et plusieurs obstacles sont présumés (Northam, 1996) [24]: il existe des obstacles qui sont d'abord d'ordre géographique quand il est nécessaire de parcourir de grandes distances pour accéder aux soins, d'autres sont d'ordre financier et se retrouvent surtout dans les pays où il n'existe pas de système d'assurance maladie couvrant l'ensemble de la population tels qu'aux Etats-Unis. Certains obstacles d'ordre temporel se trouvent dans les pays comme la Grande Bretagne où existent de longues listes d'attente pour des opérations courantes [24].

Il existe d'autres obstacles à l'accès aux soins de santé qui sont d'ordre social et culturel : social parce que les catégories favorisées peuvent plus facilement accéder à des équipements de haut niveau en raison de leur réseau de relation ou de leur information et de leur culture, car des croyances ou des modes de représentation liés à l'appartenance culturelle peuvent créer des barrières pour l'accès aux soins [24]. Ceci est particulièrement vrai pour les pays en voie de développement, mais aussi pour des pays où existent des minorités ethniques (Lucas Gabrielli, Nabet et Tomeler 2001) [24].

D'après Kroeger (1983) qui a compilé plusieurs études réalisées dans les pays en voie de développement selon une étude réalisée en 2000 par SISSOKO H. sur les aspects liés à l'utilisation des accoucheuses traditionnelles [32], il ressort les

Principaux déterminants de l'utilisation des services de santé dans ces pays et les regroupe de la façon suivante :

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

3.2. Modèle d'utilisation des services de santé :

Le modèle de comportement de l'utilisation des services de santé (Andersen 2001) [32], constitue le cadre de référence de cette étude. Le modèle suggérait que l'utilisation des services de santé est fonction de la prédisposition des personnes à utiliser ces services, des éléments qui facilitent ou entravent cette utilisation et des besoins des personnes à recourir aux soins. L'unité de mesure était la famille.

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

- l'émergence du besoin de santé,
- l'expression du besoin de service et le choix d'un prestataire et
- la concrétisation de ce besoin qui se traduira par des comportements d'utilisation et de non utilisation. [32].

Cependant, l'élément principal du modèle, reste le comportement des individus en particulier au niveau de leur utilisation des services de santé et des résultats qui en découlent en termes d'état de santé et de satisfaction des services [24].

Le modèle comporte donc quatre variables : les caractéristiques contextuelles, les caractéristiques individuelles, le comportement de santé et les résultats de santé [24].

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

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

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

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

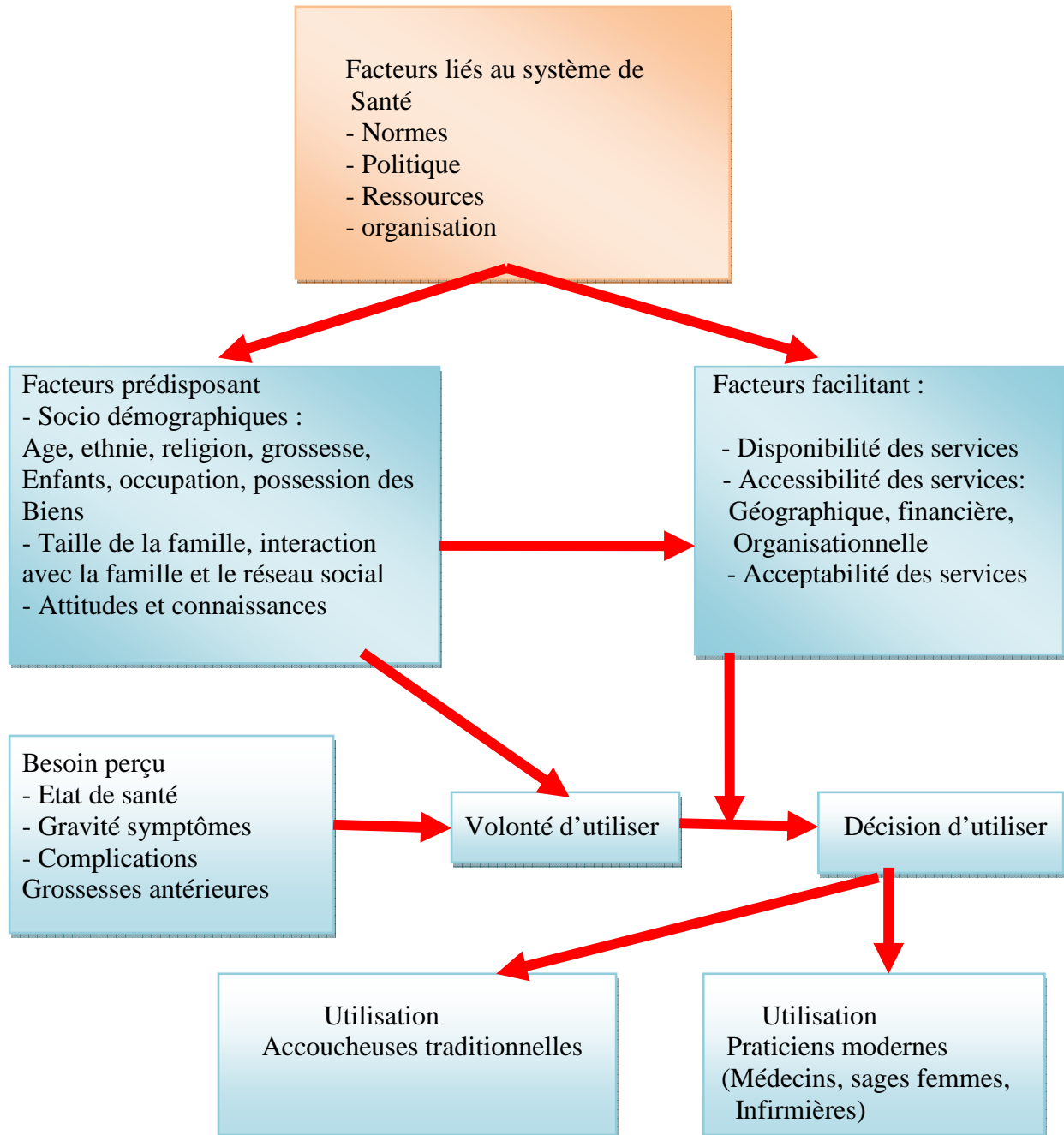


SCHÉMA I : CADRE CONCEPTUEL DU SYSTÈME DE SOIN D'APRÈS LE MODÈLE DE POOLE ET CARLTON (1986).

3.3. Déterminants liés à la qualité des soins :

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

3.3.1- Selon l'école Américaine :

La qualité des soins recouvre cinq composantes :

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

3.3.2-Selon l'OMS :

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

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

En outre, la qualité ne peut être considérée en dehors de son contexte, c'est une propriété plus relative qu'absolue, et son optimum est contraint par le contexte

socio - économique, le niveau de ressources, les intrants technologiques et bien entendu les valeurs culturelles du milieu. [20]

Pour Donabedian (Donabedian, 1992), la qualité englobe tous ces aspects. Il en classe les attributs en six (6) grandes catégories : l'efficacité, l'efficience, le caractère optimal, l'acceptabilité, la légitimité, et l'équité.

La 1ère catégorie (efficacité) renvoie au résultat en termes de santé.

L'efficience et le caractère optimal sont proches et nuancent la notion de résultat pour intégrer des contraintes, entre autres financières. La quatrième catégorie (l'acceptabilité) permet de prendre en compte l'environnement technique et social et aussi les caractéristiques de la personne concernée par l'intervention ou l'acte. Finalement, les notions de légitimité et d'équité se rapportent à des préférences et des valeurs sociales [20].

3.3.3. Attributs et dimension de la qualité : [20]

TABLEAU 1 : ATTRIBUTS ET DIMENSIONS DE LA QUALITÉ DES SOINS :

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

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

Cette recherche illustre le fait que la qualité perçue par les usagers recouvre un spectre très large de représentations. Bien entendu, les ressources (médicaments, médecins, locaux) y occupent une place importante mais d'autres attributs comme la compétence du personnel ou les relations entre les patients et les professionnels sont également présents [20]. A ce sujet, il est utile de noter la

diversité des qualités attendues des professionnels de la santé et la précision avec laquelle elles sont énoncées (accueil, considération, compassion, etc.).

TABLEAU 2 : DETERMINANTS DE L'ACCÈS FOCALISÉS SUR LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ (D'APRÈS PENCHANSKY / THOMAS, 1981) :

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

1.4. Généralités sur le Mali : [27,35].

Le Mali est un vaste pays continental de l'Afrique de l'Ouest situé dans la zone soudano- sahélienne couvrant une superficie de 1 241 238 km². Il est limité au nord par l'Algérie, à l'est par le Niger et le Burkina Faso, à l'ouest par le Sénégal et Mauritanie, au sud par la Guinée, la Côte d'Ivoire et le Burkina Faso. Le Mali est traversée par les deux plus grands fleuves de l'Afrique de l'Ouest : le Niger et le Sénégal. Des barrages ont été construits sur ces fleuves notamment ceux de Manantali, Selingué, Markala et d'autres petits barrages surtout au plateau dogon.

4.1. Situation administrative et sociodémographique :

Le Mali est divisée en 8 régions économiques et administratives (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou, Kidal) et le District de Bamako qui a rang de région (voir carte 1) ; 55 cercles (actuellement préfectures) ; 285 arrondissements (sous préfectures) ; 701 communes dont 37 urbaines et 664 rurales.

Trois principales zones climatiques :

- les zones soudaniennes nord et sud avec en moyenne 1500 mm de pluie par an;
- la zone sahélienne avec 200 à 800 mm de pluie par an ;
- la zone saharienne avec moins de 200 mm de pluie par an. Selon le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH), d'avril 1998, le Mali avait une population résidente de 9 810 912 habitants dont 50,5% de Femmes contre 49,5 % d'hommes. Avec un taux d'accroissement annuel de 2,2%, la population résidente estimée en 2006 à 11 616 052 d'habitants atteindra 12 689 595 en 2007 et 19 153 000 habitants en 2025 [4]. La population malienne est à 73,2% rurale, malgré une forte mobilité liée à l'exode rural. Elle se caractérise par sa jeunesse.

En effet, 55,2% de la population a moins de 19 ans et 17 % moins de 5 ans dont 14 % âgé de 12 à 59 mois. Les femmes en âge de procréer représentent 22,6 % de la population générale.

Le Mali figure parmi les pays à forte croissance démographique. La densité de la population est faible (7,7 habitants par Km²), mais reste inégalement répartie.

TABLEAU 3 : RÉPARTITION DE LA POPULATION PAR RÉGION ET PAR SEXE EN 1998.

REGION	POPULATION EN 1998			Taux d'accroissement	Population Totale 2007
	Hommes	Femmes	Total		
Kayes	671 678	702 638	1 374 316	2,3%	1 777 563
Koulikoro	778 332	792 175	1570 507	2,5%	2 031 320
Sikasso	880 108	902 049	1782 157	2,8%	2 305 071
Ségou	831 386	843 972	1 675 358	2,1%	2 166 935
Mopti	730 771	747 734	1 478 505	1,3%	1 912 323
Tombouctou	232 978	243 815	476 793	0,3%	616 692
Gao	193 517	201 077	394 594	1,2%	510 374
Kidal	22 285	20 101	42 386	2,2%	54 823
Bamako	514 967	501 329	1 016 296	4,0%	1 314 494
ENSEMBLE	4 856 022	4 954 890	9 810 912	2,2%	12 689 595
%	49,50%	50,50%	100%		100%

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

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

Le taux de natalité est estimé à 46,1 pour mille ; celui de la mortalité générale est de 15,2 pour mille et l'espérance de vie à la naissance est de 61,6 ans [35]

Les mariages précoces sont fréquents avec un âge médian à 16 ans pour les filles et 25 ans pour les garçons. Près de 50% de la population sont âgés de moins de 15 ans et plus de 45% sont de 15 à 49ans.

Le taux brut de scolarisation dans l'enseignement de base reste encore avec 40,9% (année 1997-1998). Il est particulièrement plus bas chez les filles que chez les garçons avec respectivement 33,3% et 47,1%. Les scolaires entre 5 à 19 ans constituent 37% de la population. Le taux d'alphabétisation des adultes au niveau national reste faible. Il était de 26% en 1997 avec des fortes disparités d'une part entre les hommes et femmes et d'autre part entre zones urbaines et zones rurales.

Le Mali est un pays pauvre. Seulement 49% de la population et 50% de la population urbaine ont accès à l'eau potable. L'économie repose essentiellement sur l'agriculture l'élevage et la pêche.

TABLEAU 4 : ÉVOLUTION DE LA POPULATION MALIENNE EN MILLIER D'HABITANTS.

	1995	2005	2015	2022	2025
Population totale	9 012	11 366	14 896	17 500	19 153
Population rurale	6 611	7 581	8 834	9 412	9 785
Population urbaine	2 351	4 162	6 779	8 062	9 368

Source : Prospectives Mali 2025.

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

Depuis 1992 le régime constitutionnel malien a opté pour la décentralisation, c'est à dire la décentralisation et la responsabilité des communautés dans la gestion des affaires publiques. Les responsabilités de chaque niveau administratif sont clairement définies et, le plan de développement économique et social ainsi que les plans sectoriels sont élaborés dans le respect des attributions respectives des régions, districts, cercles et communes.

4.2. Situation sanitaire :

4.2.1. Historique :

Dès le début des années 1970, les problèmes financiers de l'Etat malien ont fait qu'il ne pouvait plus assurer correctement le fonctionnement des formations sanitaires publiques. Parallèlement, les besoins de santé des populations ne cessaient de croître d'année en année. [3]. Dès lors, le principe de la gratuité des soins était remis en cause. Le début des années 1980 a vu les moyens consacrés par l'Etat à la santé s'amenuiser et leur mauvaise gestion a conduit à une baisse progressive de la qualité des prestations dans les structures sanitaires publiques [3]. Par exemple, de 1970 à 1988, la part du budget de l'Etat consacré à la santé

passait de 9% à 4% du budget total; de 1983 à 1987, les investissements dans le secteur santé passaient de 52% à 9% du budget alloué à la santé (MSPAS, 1989).

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

En effet, plus qu'une simple exigence d'autonomie ou de participation communautaire, il s'agit en réalité de répondre à une nécessité économique, vue l'incapacité des structures publiques d'assurer aux populations un niveau de soins décent, à cause de ressources insuffisantes et de mauvaise gestion [3].

Le 15 décembre 1990, fut adoptée une déclaration de politique nationale de population avec pour objectif fondamental l'amélioration des conditions de vie de population à travers l'éducation, la santé, le logement, l'alimentation, la nutrition [28].

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

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

4.2.2. Organisation de la gestion des soins :

Le Mali est partie prenante dans toutes les stratégies adoptées par la région africaine en matière de santé, notamment la stratégie de lutte contre les endémies majeures qui sévissent dans le monde et particulièrement dans la sous-région, la stratégie de la région africaine en matière de santé de la reproduction et celle relative à la santé des adolescents.

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

Tirant les leçons de ces différentes expériences, la 37^{ème} réunion de l'Organisation mondiale de la santé, tenue à Bamako en septembre 1987 adopte

une nouvelle stratégie de revitalisation des soins de santé primaires, appelée « Initiative de Bamako »

C'est ainsi qu'en décembre 1990 [28], a été élaboré la déclaration de politique sectorielle de santé et population dont le but est « d'améliorer le niveau de santé de la population et plus particulièrement celui des femmes et des enfants.

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

En 1996, le département de la santé a lancé l'élaboration d'un plan décennal de développement sanitaire et social en adoptant une approche dite « approche programme ». Celle-ci consiste en une vision globale et intégrée du développement sanitaire et social de type participatif.

Ainsi, en juin 1998, le gouvernement malien a adopté le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) allant de 1998 à 2007 et le premier programme quinquennal de ce plan à savoir le Programme de Développement Sanitaire et Social (1998-2002). Ce programme quinquennal a pour but essentiel d'atténuer la dégradation persistante de l'état de santé de la population malienne, malgré les efforts importants déployés par l'état malien avec l'appui de ses partenaires. Les objectifs spécifiques visés sont :

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

- la participation communautaire.

4.2.3. Indicateurs de santé :

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

- Taux de couverture sanitaire : 30 à 40% dans un rayon de 5 et 15 km [35],
- Taux de mortalité infantile : 113 pour mille [27],
- Taux de mortalité infanto-juvénile : 229 pour mille [27],
- Taux de mortalité maternelle : 582/100000 naissances vivantes [27],
- Taux brut de mortalité : 45,1 pour mille [35],
- Taux de couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois [26] :
 - o BCG : 73% ;
 - o DTCP1 :76% ;
 - o DTCP3 : 52%
 - o Rougeole : 53%.
- Nombre de cas de VIH/SIDA à la date du 31 Mars 2001 : 6639 [26],
- Nombre de cas de vers de Guinée [26] :
 - . 1999 : 410 cas
 - .2000 : 290 cas
 - . 2001 : 46 cas
- 30% des enfants de moins de 3 ans souffrent de malnutrition chronique
- 25% des enfants de moins de 3 ans souffrent d'épisodes de diarrhées

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

Respiratoires aiguës (10,0%), la rougeole (10,0%), la malnutrition (8,9%), les hémoglobinoses (8,9%), le tétanos (2,6%).

L'organisation du système de santé comprend trois niveaux :

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

En matière de soins curatifs, le Mali disposait en 2001 de [35] :

- 3 hôpitaux nationaux de 3ème référence ;
- 1 centre national d'odontostomatologie ;
- 1 institut d'ophtalmologie tropical •
- 6 hôpitaux de 2ème référence ;
- 57 centres de santé de 1ère référence
- 759 CSCOM réalisés (CROCEP, 2007)
- 434 structures privées y compris pharmacies et laboratoires

De gros efforts ont été déployés pour le développement des ressources humaines. En dépit de tous les efforts en matière de recrutement, les ratios personnel/population reste très en deçà des normes de l'OMS. Le

Ratio nombre d'habitants par catégorie de personnel en 2001 est résumé dans le tableau ci dessous :

TABLEAU 5 : RATIO DE COUVERTURE EN PERSONNEL DE SANTÉ SELON LA QUALIFICATION AU MALI EN 2001 :

Catégories	Effectifs	Ratios	Normes OMS
Médecins toutes spécialisés)	719	14 612	10 000
Infirmiers d'états	579	18 145	5000
Infirmiers de santé	751	13 989	5000
Sages femmes	490	21 440	5000
Infirmières obstétriciennes	169	62 163	5000

Source : Rapport Direction Nationale de la Santé (2001)

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

5- Historique de la santé communautaire :

Avant 1960 les soins de santé étaient gratuits et le secteur privé interdit.

En réalité la médecine curative était surtout accessible aux militaires, aux fonctionnaires ainsi qu'à leurs familles, aux étudiants et aux élèves. La prévention était surtout faite par des équipes mobiles (Service d'hygiène mobiles et de prophylaxie) qui étaient certes bien équipées et motivées.

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

En effet, la politique de santé s'est officiellement articulée autour des soins de santé primaires, puis de l'Initiative de Bamako ». La stratégie des soins de santé

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

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

Mais la première initiative de gestion et de participation des communautés dans la définition et la gestion de leur système de santé remonte à la naissance de la première association de santé communautaire au Mali qui a vu le jour dans le quartier de Banconi le 1er juillet 1988 sous le nom d'association de santé communautaire de Banconi (ASACOBA) : une année après l'adoption de la stratégie dite Initiative de Bamako. En réalité le processus de l'approche communautaire devant consacré la naissance de l'ASACOBA est antérieur à l'initiative de Bamako puisqu'il remonte à 1986 à travers la publication par les sciences sociales de l'INRSP sous la direction du Pr Claude PAIRAULT et du Dr Tieman DIARRA » [14]. Cette recherche sociale dans le quartier de Banconi avait conclu au besoin ressenti par les populations du quartier de Banconi de disposer de leur propre structure de soins, puisque l'Etat n'en a pas mis à leur portée. Elle a créé le premier centre de santé communautaire à Banconi en mars 1989; et les résultats jugés satisfaisants après une année d'activité ont favorisé le développement de ce nouveau type de formation sanitaire ayant conduit ainsi à sa généralisation à travers tout le pays, puis dans les autres pays africains.

6- Rappel sur les associations de santé communautaire :

6.1. Quelques définitions :

6.1.1. La Santé communautaire :

Selon ROCHON (Canada), elle est l'art et la science d'améliorer l'état de santé de la population, de prévenir la maladie et de promouvoir l'efficacité des services de santé par la coordination des efforts communautaires [1]. Le système de santé communautaire comprend deux entités distinctes, mais inter liées :

6.1.2. L'ASACO : l'Association de santé communautaire ou ASACO peut être définie comme une organisation de la société civile dans laquelle la population d'une aire de santé donnée s'organise pour prendre en main la gestion de ses propres problèmes de santé [1]. Cette structuration est prévue par l'ordonnance N° 59-41/PCG sur les associations au Mali qui vient d'être abrogée et remplacée par la loi N° 04-038/AN-RM sur les associations en république du Mali.

6.1.3. Le CSCOM : Le centre de santé communautaire ou CSCOM est une formation sanitaire de premier niveau, crée sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée au sein d'une ASACO pour répondre de façon efficace à ses problèmes de santé. Cette définition nous amène à la notion d'aire de santé [1].

6.1.4. L'aire de santé :

L'aire de santé est la zone couverte par un CSCOM ou CSAR. Le découpage d'un cercle en aire de santé est ce qu'on appelle la carte sanitaire du cercle. [1]

L'aire de santé est déterminée sur la base d'une population comprise entre 5000 et 10000 habitants vivant dans un rayon de 15 km autour d'un CSCOM/CSAR et ayant en commun des affinités d'ordre socio anthropologiques. Ces critères ont pour but de permettre aux CSCOM/CSAR [1] :

- Une fréquentation suffisante pour le rendre viable financièrement,
- Une accessibilité géographique dans un environnement ou les moyens de transport font généralement défaut. [1].

6.2. Le Paquet minimum d'activité (PMA):

Le PMA correspond à l'offre d'activités intégrées de soins de santé : il comporte des activités préventives, curatives, et promotionnelles. Il s'agit entre autres de traitement des maladies courantes, consultations prénatales et postnatales avec accouchement et vaccination [17]. Il s'agit d'un minimum d'offre de soins (plancher) que devrait normalement offrir un centre de santé communautaire et ne constitue nullement un plafond, mais bien au contraire.

6.3. Structure et organe de gestion de la santé communautaire :

L'Assemblée générale (AG) est l'instance suprême de prise de décision de l'ASACO. Elle est normalement composée de l'ensemble des adhérents de l'ASACO qui sont constitués par les représentants de l'ensemble des villages constituant l'aire de santé. L'assemblée générale met en place les organes de gestion de l'ASACO qui auront la charge de la gestion du centre de santé communautaire. Il s'agit du **conseil d'administration (CA)** qui compte habituellement entre 15 à 20 membres et le **comité de gestion (CG)** plus restreint limité le plus souvent à 5 à 7 membres. L'autorisation de création de l'ASACO émane de l'administration territoriale dont les pouvoirs sont actuellement transférés aux collectivités décentralisées à travers les maires d'après le décret N°02-314/P-RM du 4 juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales. Le comité de gestion est l'organe d'exécution du conseil d'administration. Il comprend habituellement : un président, un secrétaire administratif, un trésorier, un commissaire au compte. Il gère le centre de santé au quotidien en collaboration avec le chef du centre. Il rend compte directement au conseil d'administration. Le processus de mise en place de l'ASACO est synthétisé ci-dessous :

Population générale des villages ou

Personnes

**Quartiers / secteurs
Constituant l'aire de santé de l'ASACO**

ressources

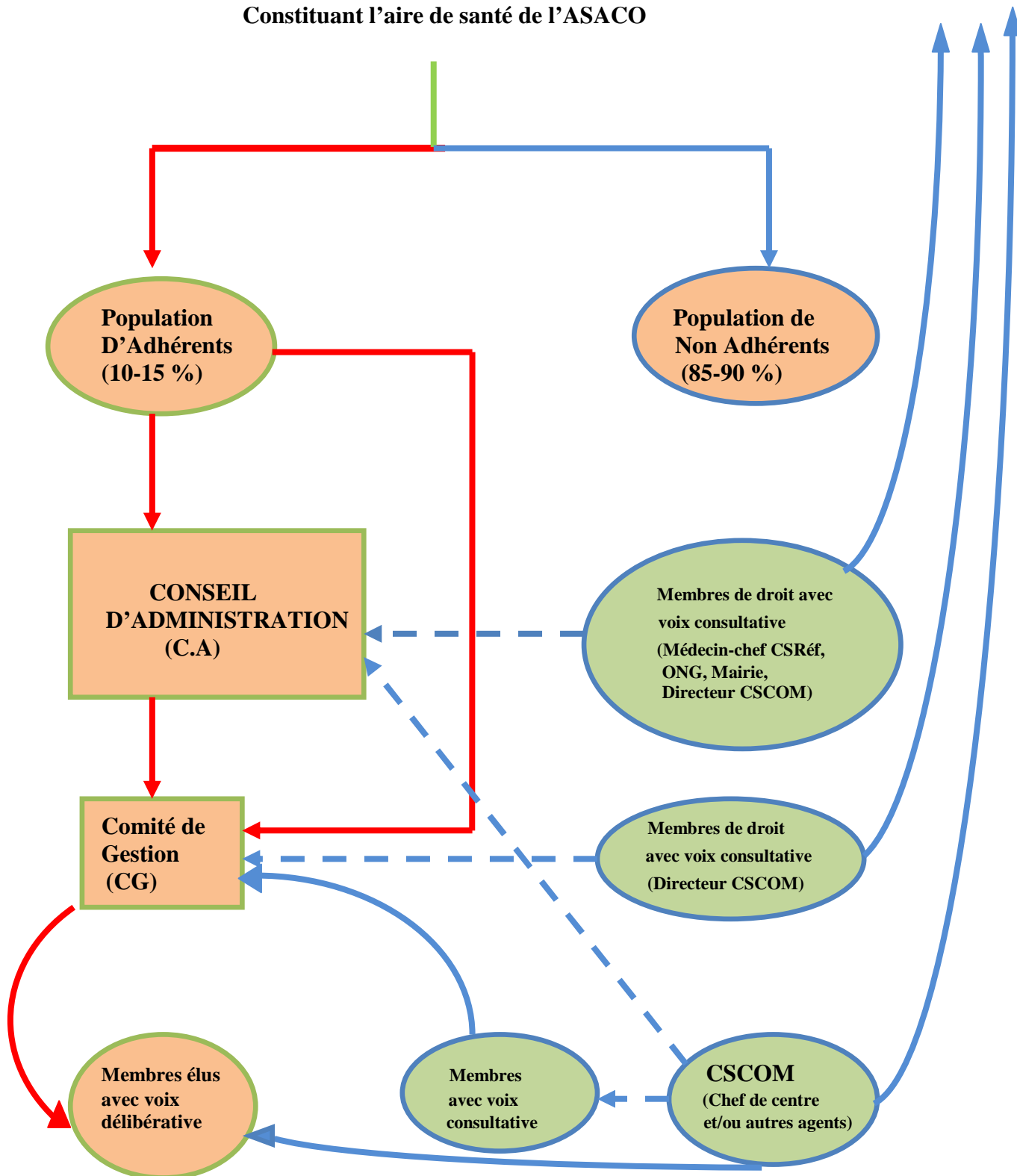


SCHÉMA I : MODALITÉS DE MISE EN PLACE DES STRUCTURES DE GESTION DE L'ASACO (D'après AG IKNANE A., CAMARA I, Module de formation des ASACO/CSCOMs, Plan-Mali, Dec 2003)

6.4. Processus de mise en place du centre de santé communautaire :

Après le processus de création de l'association de santé communautaire pour les populations de l'aire de santé, le bureau mis en place à travers son conseil d'administration s'atèle aux modalités de création du centre de santé communautaire. Lorsqu'il n'y a pas de structure de soins déjà en place (cas du centre de santé d'arrondissement à revitaliser), les membres des organes de gestion entreprennent les démarches nécessaires à la création de leur CSCOM.

L'élaboration d'une étude de faisabilité prenant en compte les prévisions de ressources mobilisées et mobilisables et les charges constitue le préalable à la création du CSCOM. Une approche communautaire qui dégage la participation communautaire dans la création du CSCOM est réalisée. La détermination et la mobilisation de la quote- part communautaire dans la réalisation du génie civile est une étape importante dans la construction du CSCOM.

Une négociation est entreprise entre l'ASACO à travers ces organes de gestion et l'Etat à travers le maire de la commune dont relève l'aire de santé. Cette négociation définit les engagements réciproques des deux parties prenantes à travers la signature d'une convention d'assistance mutuelle (CAM). Cet acte de reconnaissance du CSCOM se traduira par la délivrance par les autorités sanitaires d'un agrément qui permettra à l'ASACO de mettre en place un CSCOM dont le fonctionnement garantira à la population couverte l'offre d'un paquet minimum d'activités (PMA).

Le cadre de cette convention assistance mutuelle est définie par l'arrêté interministériel n **94-5092/MSSPA- MATS- MF** du 21 Avril 1994 modifié par l'arrêté interministériel n **95-1262/MSSPA- MATS- MF** du 13 juin

1995 fixant les conditions de création des CSCOM et les modalités de gestion des services socio sanitaires de cercle, de commune, des CSCOM.

Cette disposition législative dispose que le président d'une ASACO peut signer une CAM avec le médecin-chef du centre de santé de référence en lieu et place

du gouverneur. Depuis 2002, le décret N°02-314/P-RM du 4 juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales des niveaux commune et cercle en matière de santé délègue la signature de la CAM au maire en lieu et place du Médecin-chef et stipule en ses articles 3 et 10 ce qui suit :

Article 3 « le CSCOM est une formation sanitaire de premier niveau, crée sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée au sein d'une ASACO pour répondre de façon efficace à ses problèmes de santé »

Article 10 « l'ASACO doit signer une convention avec le ministère de la santé publique qui peut déléguer ce pouvoir à l'autorité administrative du lieu d'implantation du CSCOM. Cette convention détermine de façon précise les engagements réciproques de l'Etat et de l'ASACO. Elle détermine de façon précise les domaines de compétence du CSCOM par rapport au centre de santé de référence ». L'ASACO peut être donc définie comme la structure dans laquelle la population d'une aire de santé donnée s'organise pour prendre en main la gestion de ses propres problèmes de santé.

Les engagements de cette convention d'assistance mutuelle sont les suivants :[1]

- Pour l'ASACO:

Assurer à la place de l'Etat, un service public minimum le paquet minimum d'activité ;

Participer au coût de construction réhabilitation du CSCOM à 10% ; Assurer les dépenses de fonctionnement du CSCOM, l'entretien de l'infrastructure ;

Fournir au service socio sanitaire des rapports sur la gestion et les activités du centre ainsi que les statistiques sanitaires ;

Déclarer officiellement le personnel ;

Assurer le renouvellement démocratique du bureau de l'ASACO ;

Tenir régulièrement le conseil de gestion de l'aire de santé et participer aux conseils de gestion du service socio sanitaire de cercle et de commune.

- Pour l'Etat :

Assurer la disponibilité d'un plateau technique de référence et de médicaments essentiels en DCI (dénomination commune internationale) ;

Contribuer au financement de la construction de réhabilitation du CSCOM à 90% ;

Equiper ou compléter l'équipement ;

Renouveler le gros matériel médical ;

Mettre en place le stock initial de médicaments essentiels en DCI ;

Assurer la formation initiale en gestion du personnel du CSCOM et des membres du bureau de l'ASACO ;

Assurer la formation technique du personnel

Assurer l'approvisionnement en vaccins et médicaments spécifiques pour le PMA (paquet minimum d'activités) ;

Exercer une supervision technique périodique du CSCOM.

6.5. Création et modalités de gestion d'un centre de santé communautaire:

Les conditions de création et de gestion des CSCOM sont fixées par l'arrêté interministériel N^o 94 – 5092 / MSSPA – MATS – MF du 21 avril modifié, en des endroits par l'arrêté interministériel N^o 95 – 1262 /

MSSPA – MATS – MFC du 13 juin.

Le premier texte, qui demeure le texte de base, comporte 5 chapitres dont deux concernent directement les CSCOM : les chapitres 1 et 3. [1]

Ces chapitres posent les principes de création, de fonctionnement et de financement d'un centre de santé communautaire (CSCOM) défini comme une formation sanitaire de premier niveau créée sur la base de l'engagement d'une population organisée en association de santé communautaire pour répondre de façon efficace et efficiente à ses problèmes de santé (**article3**).

AIRE DE SANTE

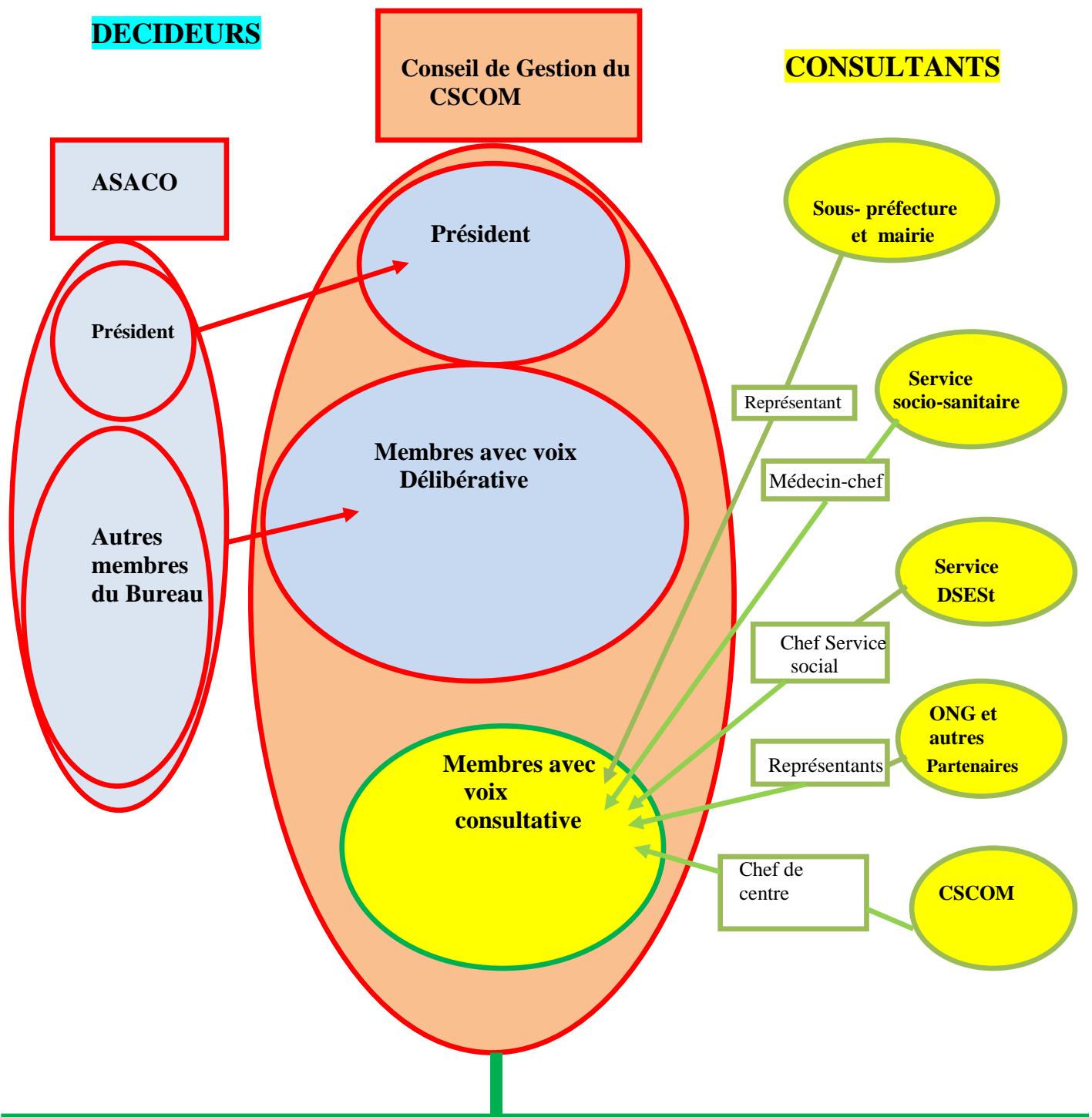


SCHÉMA II : STRUCTURE DE GESTION DE L'AIRES DE SANTÉ DU CSCOM.

(D'après AG IKNANE A et al, La santé communautaire au mali : Aspects juridiques réglementaires et économie politique, Editions Jamana, Mai2000).

6.6. Forme d'organisation de la santé communautaire au Mali :

Le CSCOM fonctionne selon les principes d'une gestion autonome à partir des ressources disponibles et mobilisables suivant les directives et sous le contrôle des organes de gestion mis en place par cette population [4].

Plusieurs expériences communautaires de prise en charge de la santé des populations ont vu le jour, çà et là dans le monde. [4]. (Cas de Pikine au Sénégal et de la cité soleil à Haïti) ; mais l'expérience malienne est unique dans son genre, elle est originale car, contrairement à toutes les expériences précédentes, il s'agit de la mise en place d'un centre de santé entièrement géré par les populations, avec un personnel contractuel, payé selon le système de recouvrement des coûts générés par le centre de santé. La forme d'organisation de la santé communautaire au Mali repose sur une participation active et volontaire d'une communauté organisée en association et dont le mode de choix des instances dirigeantes se fait démocratiquement. [4]. Une assemblée générale est convoquée pour mettre en place un comité de gestion qui se chargera de désigner, le plus souvent en dehors de ses membres, le comité de gestion. Il aura pour tâche de gérer la vie quotidienne du centre. Il rend compte régulièrement de ses activités au conseil d'administration qui représente le plus souvent toutes les sensibilités locales (chefs coutumiers, jeunes médecins, femmes). Après l'expérience de Banconi (ASACOB) qui fut une véritable réussite, des communautés organisées en association créent à leur tour des centres de santé communautaires pour offrir des soins de qualité à leurs populations respectives [4]. Dans cet élan d'enthousiasme, sont tour à tour nées sous l'impulsion de jeunes médecins en quête d'emploi, ce qu'il convient d'appeler désormais les ASACO ou association de santé communautaire.

Au plan réglementaire, les ASACO ont adapté des statuts et règlement intérieur préparés par la première ASACO, adaptés en fonction des réalités locales de chaque ASACO.

L'évolution nettement favorable de l'offre de soins de santé s'est soldée par une extension de la couverture sanitaire en termes de nombre de CSCOM. Si le Mali comptait en 2005 près de 729 CSCOM, il compte aujourd'hui près de 750 dont le nombre continue d'évoluer régulièrement, malgré cela, l'offre de service de qualité en termes de satisfaction des besoins des patients reste limitée.

(CROCEP 2007)

II- IMPACT SOCIO-ECONOMIQUE :

Le recours à plusieurs choix thérapeutiques constitue un déterminant de diminution des ressources.

Cependant les dépenses de santé se définissent comme l'ensemble des dépenses consacrées aux frais de transport pour raison médicale, à l'achat des médicaments, aux frais d'hospitalisation et aux frais de consultations et soins.

Selon EDSIV la dépense totale moyenne pour les malades qui ont fréquentées une formation sanitaire pour 1^{er} et 2^{ème} recours diffère selon le milieu de résidence : 17.711fcfa contre 28.286fcfa respectivement en milieu rural et urbain ou même selon les régions 25.965fcfa contre à Koulikoro contre 12.417fcfa à Kayes.

Dans les milieux défavorisés, cette proportion reste la plus faible (12.223fcfa en milieu le plus pauvre contre 26.728fcfa en milieu le plus riche). [34]

La pauvreté et la médiocrité des perspectives économiques sont souvent des variables fondamentales dans la décision de choix du service. Ce constat témoigne que les ménages les plus défavorisés, renoncent à recourir aux services de soins de santé et font recourir à d'autre choix, ce qui aggrave leurs problèmes de santé.

III- ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE AU MALI [29] :

La politique sectorielle de santé et de population fut adoptée en 1990 par le Mali.

Elle est conforme d'une part aux grands principes de l'OMS dont il est membre, et d'autre part à ses réalités socio-économiques et culturelles.

Elle vise à améliorer l'état de santé des populations à travers l'extension de la couverture sanitaire tout en rendant le système de santé viable et performant.

Elle est fondée sur le principe d'universalité qui fait de la santé un droit fondamental de tout malien et de l'action sociale une œuvre de solidarité de l'Etat envers les collectivités et l'individu.

Elle s'exécute à travers l'organisation actuelle du système de santé à trois niveaux :

- ✓ Le niveau central qui joue un rôle de conception, de prise de décision politique, d'appui stratégique, de mobilisation des ressources, et d'évaluation,
- ✓ Le niveau intermédiaire ou régional qui joue un rôle d'appui au niveau périphérique,
- ✓ Le niveau périphérique ou niveau opérationnel qui joue un rôle de planification, de programmation et d'exécution des opérations à travers le plan décennal sanitaire et social du cercle (PDSSC)

Les structures :

Il existe au Mali :

- ✓ Trois établissements publics hospitaliers de troisième référence à vocation générale sont : l'hôpital du Point « G », l'hôpital Gabriel Touré et l'hôpital de Kati
- ✓ Deux établissements publics hospitaliers spécialisés de troisième référence sont : l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique (IOTA) et le Centre National d'Odontostomatologie (CNOS)
- ✓ Un institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP),
- ✓ Un laboratoire National de Santé (LNS),

- ✓ Un Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS),
- ✓ Un Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM)
- ✓ Un centre de recherche et de formation sur le paludisme au sein de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.
- ✓ Huit établissements publics hospitaliers au niveau régional qui sont les structures de santé de deuxième référence (Hôpital Fousseyni Daou de Kayes ; Hôpital de Sikasso ; Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou ; Hôpital Sominé Dolo de Mopti ; Hôpital de Tombouctou ; Hôpital de Gao ; Hôpital de Kati ; Hôpital du Mali à Yirimadio).
- ✓ 58 centres de santé de première référence
- ✓ 1054 centres de santé communautaires (CSCOM),
- ✓ 434 structures privées y compris les pharmacies et les laboratoires.

Un paquet minimum d'activités est défini par niveau pour satisfaire les besoins de santé des populations et l'extension de la couverture sanitaire était en 2001 de 41% dans un rayon inférieur ou égal à 5 km et de 66% à 15 km.

La priorité de l'action sanitaire, réservée au milieu rural et péri-urbain, est dominée par la prévention des maladies, la promotion socio sanitaire et le bien-être de la famille.

Malgré cette priorité et la présence de toutes les structures suscitées, les indicateurs ci-dessous issus de l'EDS III sont faibles :

- ✓ L'espérance de vie à la naissance est estimée à 61,6 ans,
- ✓ Le taux de mortalité infantile est de 113 pour 1000,
- ✓ Le taux de mortalité infanto juvénile est de 229 pour 1000,
- ✓ Le taux de la mortalité maternelle est de 577 pour 100000 naissances vivantes, le taux de couverture vaccinale est de 61% chez les enfants de 0 à 11 mois complètement vaccinés.

Source : Ministère du Plan

IV- FREQUENTATION DES STRUCTURES SANITAIRES :

Si on sait que l'offre de soins n'est pas de loin le seul déterminant de l'état de santé d'une population (les facteurs biologiques, l'environnement, le développement économique, le comportement socio culturel, l'éducation en sont d'autres importants), l'objectif explicite du système de soins est de maintenir, voire d'améliorer, l'état de santé de la population.

1- FACTEURS FAVORISANT LA FREQUENTATION:

L'accessibilité est un phénomène très complexe ne se limitant pas seulement aux barrières financières et géographiques.

Dans les pays en voie de développement l'interaction entre les variables dans l'utilisation des services de santé est plus complexe que dans les pays développés du fait de l'existence de systèmes médicaux pluralistes et d'alternatives thérapeutiques diversifiées.

Pour FIELDER [23] l'accès aux soins médicaux doit être analysé comme une interaction de deux jeux caractéristiques : celles d'un individu ou de sa famille qui fait la demande et les caractéristiques relatives au système de soins. Toutes les deux sont influencées par les politiques de santé. Les dimensions de l'accessibilité sont vues comme des facteurs caractérisant la satisfaction du patient et s'interposent entre les deux jeux de facteurs et l'utilisation des soins de santé.

La politique sectorielle de santé au Mali s'est fixée comme objectif de réduire la mortalité et la morbidité des mères et des enfants, en cherchant à assurer à la population l'accessibilité géographique et financière à des services de qualité. Pour ce faire, des outils ont été mis en place dont un découpage sanitaire du pays et le renforcement des liens entre les structures (communautaires) de premier niveau et les structures (publiques) de second niveau.

Comparé aux systèmes de santé des pays environnants, le système de santé malien présente une grande particularité. Tout d'abord, si les services de santé

de second niveau (niveau des districts) et de troisièmes niveaux (niveau régional et national) sont essentiellement publics, ceux du premier niveau (villages) sont de type privé communautaire à but non lucratif. Le secteur confessionnel et privé libéral est peu développé. Ensuite, bien que les services de premier niveau relèvent du secteur privé communautaire, l'Etat est omniprésent et intervient tant dans la création des aires de santé, que dans la programmation des activités des centres qu'il planifie sans laisser beaucoup de manœuvres aux communautés.

A la base, se trouve le CSCOM, qui, en zone rurale, dessert plusieurs localités distantes de 0 à 15 km, au plus, couvrant une aire de santé dont la population totale est théoriquement comprise entre 5000 habitants et 15000 habitants. A Bamako, les aires de santé sont les communes. Pour assurer la continuité des soins de qualité, chaque centre de santé de premier niveau est en relation avec le centre de référence auquel il est rattaché et vers lequel il référera les cas qui dépassent sa compétence (évacuations).

A cette fin, chaque CSCOM devrait être équipé d'un réseau autonome de communication (RAC) pour avertir, en cas d'évacuation, le centre de santé de référence qui envoie son ambulance. Par ailleurs, pour alléger le coût des évacuations à la charge des usagers, deux systèmes ont été mis en place et consistent :

- Au versement, par les ASACO, d'une cotisation mensuelle au centre de santé de référence pour la constitution de kit d'urgence ;
- Au partage des coûts sur une base théorique de 40 % à la charge des patients, 30% des ASACO et 30% du centre de référence.

Les centres privés (confessionnels ou non) de premier niveau sont pour l'instant en dehors de ce schéma.

2- FACTEURS INFUENÇANT NEGATIVEMENT SUR LA FREQUENTATION DES SERVICES DE SANTE :

L'utilisation des services de santé de premier niveau en Afrique reste très faible malgré les efforts importants qui ont été consacrés, depuis plus d'une décennie, pour renforcer l'offre de soins.

Malgré l'accroissement important de l'offre de ce type de soins (le nombre de centres de santé est passé d'environ 340 en 1998 à plus de 800 en 2003 au Mali), et donc l'amélioration de l'accessibilité géographique aux soins, l'utilisation des structures est restée faible et est inférieure à 0,25 contact par habitant et par an.

Il ressort de la littérature, tant sur l'Afrique qu'au Mali que le facteur financier, bien que présent, n'est pas, sauf pour la partie de la population la plus pauvre, le facteur bloquant l'utilisation de ces services. Ils sont avant tout l'absence de qualité, tant perçue, (tels la non disponibilité en médicaments à moindre coût, le mauvais accueil, l'attitude méprisante et condescendante du personnel soignant, les pratiques illicites et la malhonnêteté du personnel), qu'objective (telles la faible compétence du personnel de santé ou encore la non application des règles classiques de conduite thérapeutique). Un certain nombre d'études, notamment celles menées au Mali, ont en effet montré une élasticité prix négative, mais relativement modérée qui tend à disparaître lorsque la qualité perçue ou objective est introduite.

Ainsi, malgré un taux élevé d'analphabétisme et une assez grande asymétrie de l'information, les usagers réagissent, à leurs détriments, à une offre médiocre en se détournant du système en compensant par un recours à l'automédication, au secteur traditionnel ou encore au secteur privé à but lucratif lorsqu'ils en ont la possibilité. Et dans le même sens, d'autres études ont mis en évidence la volonté de la population à payer pour des soins de qualité. Les autres facteurs empêchant une forte utilisation des structures concernent la faible accessibilité géographique et le nomadisme de la population dans les zones désertiques à

Faible densité de population, la perception de la nature de la maladie, et plus spécifiquement pour les activités préventives, la faible circulation de l'information, le manque de sensibilisation (on ne fait pas recours si on n'est pas malade), le statut de la femme et de l'enfant dans la société. Un autre facteur, moins fréquent, est la mésentente entre les villages d'une même aire de santé qui conduit la population de certains villages à ne pas utiliser le CSCOM de l'aire de santé dont elle dépend.

Du côté *de l'offre des services*, plus spécifiquement au Mali, les facteurs limitant son fonctionnement sont en premier lieu la mauvaise entente entre le personnel des CSCOM et les membres des ASACO, qui ont pour mission de gérer les centres de santé et qui interfèrent à mauvais escient, la mésentente entre le personnel et l'absence d'autorité du responsable du centre de santé qui se trouvera incapable d'exiger de son personnel un comportement correct. La faible ou mauvaise capacité de gestion des ASACO, l'absence de motivation du personnel, liée à l'instabilité de leur statut, à leur faible rémunération et à leur absence de plan de carrière sont d'autres facteurs qui entravent le bon fonctionnement des structures.

La pauvreté, le niveau d'éducation et la familiarisation avec le système de santé ou une combinaison de ces facteurs agissent plus significativement sur l'utilisation des soins que les manifestations des différences culturelles entre les producteurs et utilisateurs des services.

Parmi les facteurs de non utilisation des soins prénataux, les facteurs émotionnels prennent une place prépondérante. Ces facteurs sont entre autres le déni, la dépression, la peur, le manque de support social et les problèmes familiaux.

La disponibilité des soins, les pratiques institutionnelles (horaires, temps d'attente, ordre de service, communication médecin/patient, accueil) et la localisation spatiale sont autant de facteurs qui constituent des barrières à l'utilisation des soins.

L'absence de communication entre le personnel de santé et le patient et/ou la mauvaise coordination des services peuvent aussi constituer une source de non utilisation.

V- DEPENSES DE SANTE : [31, 21, 22]

Plusieurs études ont été faites au Mali. En 1990 une étude sur les conditions de vie, les dépenses de santé, et les recours aux soins dans une population du quartier de Bankoni (Bamako) avait fait une répartition des dépenses en cinq rubriques : Consultation, Médicaments, Analyses de laboratoire, Transport et Hospitalisation. Le tableau si dessous illustre la structure des dépenses annuelles moyennes de santé par ménage dans le quartier de Bankoni

Tableau 6 : Répartition selon les dépenses annuelles à Bankoni [4] :

	Espèce	Nature	Total
Consultation moderne	270	16	286
Consultation traditionnelle	85	57	142
Médicaments modernes	4801	56	4857
Médicaments traditionnels	210	6	216
Hospitalisation	226	0	226
Analyses	234	0	234
Transport	325	0	225
total	6151	134	6285

La dépense annuelle de santé par ménage était de 6285F CFA soit 1047F CFA par personne dans le quartier de Bankoni. La taille moyenne d'un ménage était de six personnes. Cette étude a montré que les dépenses de santé étaient d'une importance négligeable par rapport à l'ensemble des dépenses de ménage : 1,16% des dépenses totales.

Différentes études réalisées vont dans le même sens. Ainsi la part des dépenses de santé dans le budget du ménage représentait seulement 4% du revenu dans les familles des travailleurs de l'enseignement et de la culture du district de Bamako, moins de 4% à DIOLA et DIDIENI ; à peine 5% à Kangaba.

Dès le début des années 1980, de nombreuses études vont alors chercher à évaluer l'effet de la tarification sur l'utilisation des services de santé. Durant près d'une décennie, une large controverse animera le débat : certaines études concluant à l'inélasticité de la demande de soins par rapport au prix (Mwabu 1986 ; Gertler et van der Gaag 1990), les autres démontrant exactement le contraire.

Selon YARO, F [44] la population était peut être psychologiquement mal préparée à dépenser directement pour sa santé, certains pensaient que les impôts, les taxes et les multiples cotisations que percevait le gouvernement devrait lui permettre de financer les dépenses de santé.

S. Coulibaly, dans une étude sur l'accessibilité financière aux centres socio sanitaires du cercle de Bougouni (CSSCB) a remarqué, qu'il existait une résistance au paiement direct des frais d'actes par les usagers ; en consultation par exemple que 59% des personnes enquêtées ont affirmé que le prix était très élevé (200F CFA). La même étude a montré que 34% de ceux qui prenaient, leurs soins au CSSCB manquaient de moyens financiers, 67% avaient eu à renoncer de voir le médecin ou l'infirmier par manque de moyens financiers pour payer les frais de consultation et des médicaments.

VI. Cadre théorique

1- Cadre conceptuel :

La santé, concept facilement prôné par les politiques fait appel le plus souvent à des notions très délicates : stratégies, formations, sensibilisations, évaluations.

Selon l'OMS elle est définie comme un état de santé complet de bien être physique, mental et social et pas seulement de l'absence de maladie ou d'infirmité.

L'évaluation constitue ainsi la clé de voute du succès de tout système de santé car elle permet de révéler les lacunes des plans de santé pendant leur mise en œuvre. Si l'adhésion ou la participation communautaire représente un des paramètres la plupart du temps utilisé au cours de l'évaluation, l'utilisation ou la population à des options sanitaires bien spécifiées en constitue un des principaux indicateurs. Ainsi, une utilisation rationnelle des services de santé peut entraîner une amélioration du bien-être et de la santé des populations. Dans certains des cas, lorsque cette utilisation est juxtaposée à des indicateurs de l'état de santé tels que les incidences des maladies, les couvertures des soins ; elle permet de préjuger sur la qualité des politiques et stratégies en matière de santé.

Au Mali par exemple, la sous utilisation des services de santé par les populations malgré la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako ajoutée au médiocre niveau de santé des populations (comme en témoignent les taux élevés de mortalités infantiles et infanto-juvéniles respectivement 113 et 229 pour mille naissances vivantes ; de mortalité maternelle 582 pour mille accouchements [2,5] constitue une preuve palpable de l'échec des politiques de santé dans le pays.

L'utilisation des services est un indicateur de résultat et en dehors de l'aspect politique, plusieurs autres éléments peuvent intervenir comme atout de motricité. Ce sont : la notion de maladie, l'information et la sensibilisation des populations, le vécu socioculturel, les facilités financières faites aux usagers, la réputation du centre de santé, et la qualité des soins offerts.

La notion de maladie : elle est diversement perçue selon qu'on soit professionnel sanitaire ou usagers de service. Le terme maladie va recouvrir divers dimensions ;

L'affection objective médicalement définie par la symptomatologie, la fonction atteinte, l'étiologie, la gravité et dont le diagnostic nécessitera au préalable des démarches médicales.

L'affection subjective : elle peut être ressentie sans être reconnue (dysfonctionnement ressenti, présomption de diagnostic qui n'est pas forcément le diagnostic objectif) ; ou peut être socialement reconnue(l'état du malade qui va conditionner et entraîner un ensemble d'attitudes et une prise en charge culturellement définie) ; ou encore elle peut procéder d'un évènement caractéristique à un stade donné du développement biologique comme par exemple dans les régions fortement infectées de schistosomiasis urinaires, de l'hématurie chez les garçons comme étant un simple signe de puberté[16].

L'information et la sensibilisation des populations : elle vise un changement dans le comportement des populations en rapport avec la fréquentation des services de santé. Son rôle sera d'éduquer la population à reconnaître de façon objective les signes de danger et les priorités de santé, ainsi que la nécessité de recourir aux structures de santé avant d'éventuels cas d'aggravation de leur état de santé. Exemple des indigènes qui selon des enquêtes menées préfèrent reléguer les soins de santé moderne au second plan ; en témoigne les propos recueillis d'une femme ; « si mes enfants tombent malades, je les emmène d'abord chez mon beau-père qui est guérisseur. En l'absence d'amélioration je les emmène au CSCOM ». Fin de citation.

Le vécu socioculturel : le type de maladie déterminera le type de service.

-les maladies attribuées à des facteurs surnaturels ou considérés très graves dépassant la nature humaine sont adressées soit aux guérisseurs soit à des charlatans.

-des enquêtes ont montrées que dans certaines localités, le besoin de se nourrir précède le besoin de santé.

-la fréquence de certains services peut être considéré comme honteuse : à Lesotho par exemple, la malnutrition est liée à la mauvaise conduite de la mère ; les services de grossesse sont difficiles à fréquenter pour les jeunes filles enceintes.

La réputation du centre de santé :

Le CSCOM de Banankabougou en commune VI de Bamako qui a à sa tête: des médecins, des étudiants stagiaires de la faculté de médecine des infirmiers offrant un service permanent, un personnel dynamique et la rigueur dans le travail affiche chaque année des performances à la haute : 0,49 consultation par enfant par an ; 0,48 consultation curative par personne par an ; 80% des taux d'accouchement [2].

Les facilités financières faites aux usagers : par des crédits, des mutualités, des possibilités d'emprunts, des paiements différés sont tous autant des facteurs favorisant le changement des populations démunis vis-à-vis des services de santé.

La qualité des soins :

Dans sa définition la plus basique, la qualité est reconnue comme étant la manière d'être de quelque chose [12]. La bonne qualité d'un acte fait donc référence dans sa forme la plus fondamentale au fait de « bien faire les choses qu'il faut faire » [6]. De nombreuses définitions de la qualité des soins ont été proposées sans avoir un caractère totalement systématique pour s'appliquer à toutes les situations [11].

Dans la perspective de la santé publique, la qualité est synonyme d'un maximum d'avantages sanitaires, d'un minimum de risques, et des soins pour le plus grand nombre possible de personne, en tenant compte des ressources disponibles [7]. Pour les usagers, elle dépend largement du contact avec les

prestataires prenant en compte des aspects tels le caractère privé de la visite, et en dernière analyse, le fait d'obtenir les services qu'ils souhaitent [13].

Du point de vue des prestataires, elle se réfère d'abord à la qualité clinique des soins à savoir des soins efficaces dispensés avec technique, sans risque, contribuant au bien être de l'individu, mais aussi et surtout en couvrant leurs besoins [8].

Aux yeux des décideurs et des bailleurs de fond, les autres éléments clés de la qualité concernent le cout, l'efficacité et les résultats pour la population prise dans son ensemble [10].

L'OMS recoupe les perspectives de tous ces groupes en la définissant comme « consistant à exécuter correctement (en fonction des normes) des interventions dont on sait qu'elles sont sans risques, d'un coût abordable pour la société en question et susceptibles d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, les invalidités et la malnutrition » [15].

Au vue de toutes ces remarques le constat est fait que depuis l'initiative de Bamako, beaucoup d'efforts ont été mis en œuvre pour répondre aux questions concernant la fréquentation des services de santé de niveau 1 au Mali dont les taux jusqu'à nos jours demeurent bas.

2- Description de la recherche

3- Hypothèses

-Certains usagers pensent que la médecine moderne est moins adaptée à la résolution des problèmes de santé caractérisés de mystique d'où le recours à la médecine traditionnelle.

-Le faible pouvoir d'achat et de niveau d'éducation constituent un obstacle à la fréquentation des centres de santé.

-Le coût du traitement en est aussi un obstacle à la fréquentation des centres de santé.

-Les personnes scolarisées ; les personnes ayant un certain statut social, professionnel ou particulier auraient plus tendance à utiliser la médecine moderne.

4. Objectifs

4.1. Objectif général

Etudier les itinéraires thérapeutiques préférentiels des usagers admis au centre de santé de N'tomikorobougou

4.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des usagers admis dans le centre de santé de N'tomikorobougou
- Déterminer les itinéraires thérapeutiques des usagers avant leur admission dans le centre de santé de N'tomikorobougou
- Identifier les obstacles de l'accessibilité des usagers aux centres de santé communautaire de N'tomikorobougou.
- Evaluer les résultats des différents recours thérapeutiques utilisés par les usagers.

5. Justification

Au Mali comme dans bon nombre pays d'Afrique, les efforts pour augmenter l'accessibilité géographique à travers la construction du centre de santé n'ont pas été suivis de la hausse espérée des taux d'utilisation.

Notre étude vise à mieux comprendre les logiques qui sous-tendent l'utilisation et la non utilisation des centres de santé communautaires au Mali a travers l'étude des itinéraires thérapeutiques.

VII. Démarche méthodologique :

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive transversale destinée à étudier les itinéraires thérapeutiques préférentiels des usagers en santé de la commune III du district de Bamako, Mali : cas du CSCOM de N'tomikorobougou.

2. Cadre et lieu d'étude

Centre de santé communautaire de N'tomikorobougou en commune III du District de Bamako.

2.1. Histoire du quartier

N'Tomikorobougou est l'un des vieux quartiers de la commune III. Situé entre la colline de Minkoungo au Nord et celle du Lido à l'Ouest et les remblais du chemin de fer au Sud. Il est situé en cul de sac et n'est enclavé que par la seule route butinée d'Est en Ouest de Darsalam.

Du point de vue population avec le dernier recensement général, N'Tomikorobougou est peuplé d'environ plus de 11651 habitants.

De part la dominance du dialecte Bambana dans le quartier, nous pouvons dire que la population est en majorité composée de Bambara, mais nous retrouvons presque toutes les ethnies qui constituent la population du Mali au Sud du Sahara en nombre non négligeable. Nous ne disposons pas de données exactes en chiffre.

La population du quartier est constituée de fonctionnaires, de commerçants et d'éleveurs, mais nous constatons un déploiement important de la population surtout féminine vers le secteur informel.

Ce secteur a été favorisé par l'existence d'un marché au centre du quartier.

Le quartier abrite un centre de santé communautaire, deux structures militaires (maternité camp de garde et maternité de la police) et une officine privée.

Au sein du quartier se trouve un camp militaire, l'école de police et le Groupement Mobile de Sécurité (G M S).

2.2 Histoire de l'ASACOTOM

L'ASACOTOM est une association née de la volonté d'une précédente association de jeunesse du quartier (MJD- N'Tom). Cette association (MJD- N'Tom) créée après les événements de mars 1990 avait mené avec une ONG Américaine des activités d'assainissement dans le quartier et avait dans son programme d'activité à moyen terme la création d'une structure sanitaire (maternité) dont certains documents étaient déposés au niveau du chef de quartier. Le hasard faisant bien les choses, l'équipe socio- sanitaire dirigée par Dr Marcel TRAORE est venu présenter dans un document la nouvelle politique sanitaire du ministère chargé de la santé. Après leur départ le Chef du quartier convia le MJD de rencontrer l'équipe sanitaire. Il y eut 3 rencontres et à l'issue de la 4^{ème} une assemblée générale fut convoquée pour créer une Association chargée de mettre en place le Centre de Santé communautaire.

C'est ainsi que le 12 Juin 1993 un bureau définitif fut élu par des membres du MJD pour diriger la nouvelle Association dénommée « ASACOTOM » avec à sa tête un doyen Mr. Panka Dembélé.

Le bureau s'est attelé diligemment à la constitution de tous les dossiers administratifs et techniques dans le plus bref délai.

Sa structure d'information et de sensibilisation était la radio privée et nationale, les crieurs publics, les avis imprimés et les cellules d'animation du MJD implantées dans les secteurs du quartier.

2.3. Le Centre de santé communautaire de N'tomikorobougou :

Le CSCOM de N'tomikorobougou est situé entre l'école de police et le Lycée Tabara Gueye près de la colline à côté du dépôt de transit des ordures.

Le bâtiment est composé de onze salles dont une pharmacie, un magasin, un laboratoire, deux salles de garde, un bureau de consultation curative, une salle de soins, un bureau pour la CPN, une salle d'accouchement, une suite de couche et une salle de perfusion.

Le personnel du CSCOM de N'tomikorobougou comprend : un médecin, une sage femme, une infirmière obstétricienne, trois matrones, un gardien, une gérante, une laborantine, un infirmier santé publique, une manœuvre pour le nettoyage et vingt relais.

Le médecin, la sage femme, l'infirmière obstétricienne et l'infirmier santé publique sont présent en charge par les collectivités et le reste est pris en charge par l'ASACO.

3. Population d'étude :

La population qui sera étudiée est constituée par les usagers admis au centre de santé communautaire de N'tomikorobougou résidents ou non dans le quartier.

4. Période d'étude :

Cette présente étude s'est déroulée du 23 Mars au 15 Juillet 2011.

5. Echantillonnage :

Nous avons utilisés un échantillonnage exhaustif en sélectionnant tous les usagers remplissant les critères d'inclusions ont été systématiquement prises dans l'étude. L'adhésion à l'étude était volontaire.

La taille de l'échantillon à été déterminé selon la formule suivante :

$$n = z^2 \frac{pq}{i^2}$$

n=taille de l'échantillon

i= la précision voulue (0,05)

p=proportion attendue dans la population (40%)

q=1-p

z=valeur dépendante du risque d'erreur a choix; (z=1.96 pour $\alpha=5\%$)

En considérant la proportion attendue dans la population à 40% en 2011 selon le médecin directeur du centre, le nombre de sujet nécessaire pour l'étude s'élève à 370.

5.1. Critères d'inclusion :

Etre malade, ayant subit un recours thérapeutique avant l'admission dans le centre de santé de N'tomikorobougou et acceptant de répondre à nos questionnaires.

5.2. Critères de non inclusion :

Etre malade n'acceptant pas de participer à notre étude.

Etre malade ne pouvant pas répondre aux questions à cause d'un déficit.

Etre malade ayant utilisé seulement le simple paracétamol comme antipyrétique avant son admission.

6. Technique et Instruments de collecte des données :

***Technique :**

Nous avons utilisé la technique de l'interview avec remplissage d'un questionnaire.

***Instrument et collecte des données :**

Un questionnaire préalablement élaboré à été utilisé comme instrument de collette des donnés. Ce questionnaire à été rempli par tous les patients inclus suivant leur consentement.

7. Traitement et analyse des données :

La saisie et le traitement des données a été faite sur les logiciels Word 2007 et Excel et l'analyse à été faite sur l'Epi info version 5.0.

8. Contraintes et limites de l'étude :

Certains usagers étaient réticent à répondre à nos questions au début de l'enquête.

Les enfants qui ne pouvaient pas s'expliquer étaient accompagnés par des accompagnateurs qui ne connaissaient pas leurs histoires.

9. Aspects Ethiques :

Nous avons clairement expliqué aux usagers les motivations et les objectifs de notre étude.

Leur consentement individuel a d'abord été obtenu avant que leur inclusion dans cette étude ne soit effective. Le respect de l'éthique et de la déontologie médicale faisaient partie intégrante de la présente étude.

Avant le commencement de l'étude une lettre d'information à été adressée aux autorités politiques et administratives de la commune III, et principalement au conseil d'administration du bureau de l'ASACOTOM.

.

VIII. Résultats

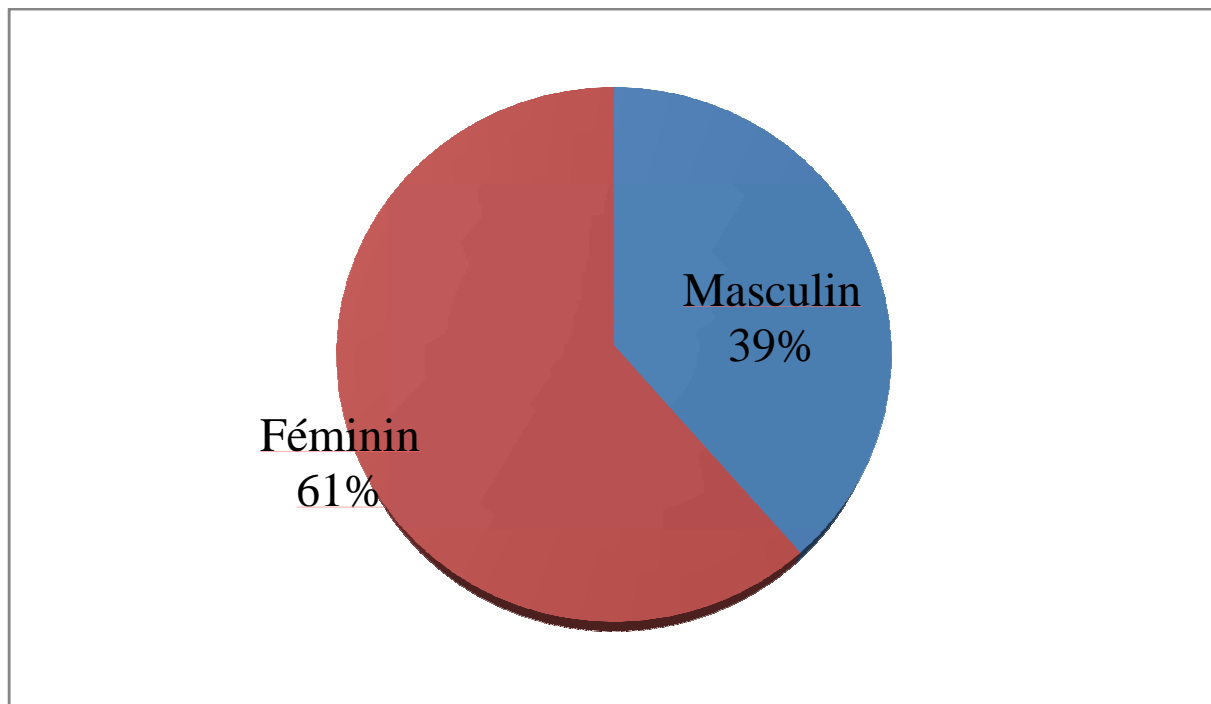


Figure1: Répartition des usagers selon le sexe.

Le sexe féminin était le plus représenté soit 61,4%.

Tableau 8 : Répartition des usagers selon l'âge.

Age	Fréquence	pourcentage
0 - 14ans	46	12,4%
15 - 29ans	185	50,0%
30 - 44ans	82	22,2%
45 - 59ans	41	11,1%
60ans ou plus	16	4.3%
Total	370	100%

La tranche d'âge la plus représentée était de 15 à 29ans soit 50,0%.

Tableau 9 : Répartition des usagers selon le statut matrimonial.

Statut Matrimonial	Fréquence	pourcentage
Célibataires	109	29,5%
Marié(es)	213	57,6%
Veufs/veuves	10	2,7%
Divorcé(es)	1	0.3%
Autres	37	10%
Total	370	100%

Autres : les usagers qui n'ont pas l'âge de se marier.

Les mariés (es) étaient les plus représentés soit 57,6%.

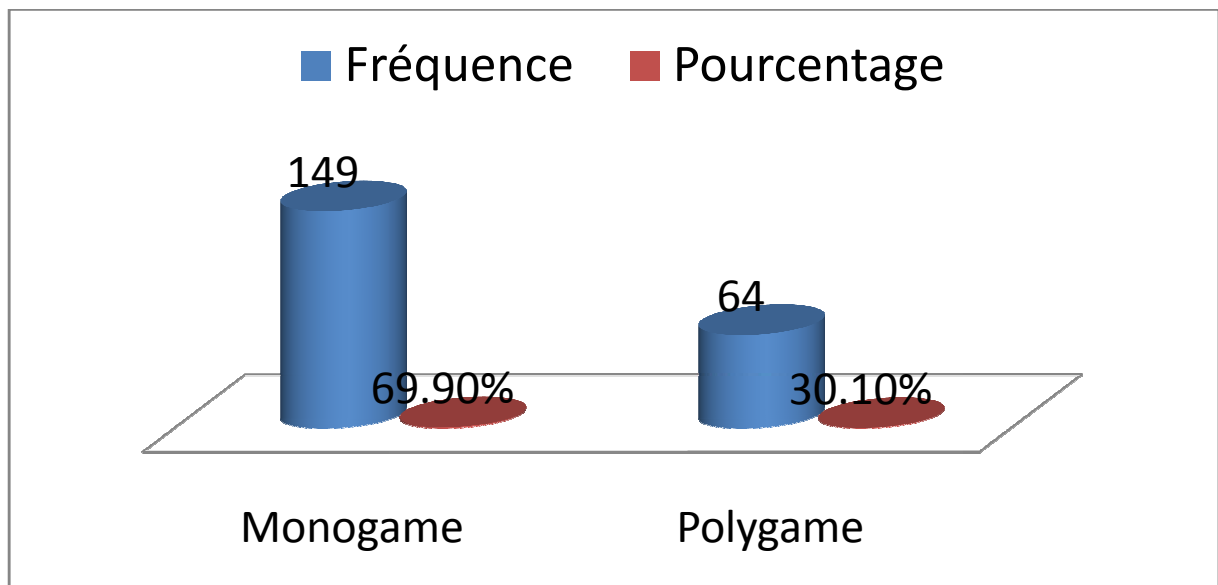


Figure2 : Répartition des usagers selon le régime matrimonial.

Le régime monogamique était majoritaire soit 69,9%.

Tableau 11 : Répartition des usagers selon la religion.

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Musulman/musulmane	352	95.1%
Chrétien/chrétienne	16	4,3%
Animistes	2	0,6 %
Total	370	100%

La religion musulmane était la plus représentée soit 95,1%.

Tableau 12 : Répartition des usagers selon l'ethnie.

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bambara	119	32,2%
Peulh	72	19.5%
Malinké	54	14,6%
Sarakolé	22	5,9%
Sénoufo	15	4,1%
Sonrhäï	15	4,1%
Minianka	13	3,5%
Autres	60	16,2%
Total	370	100%

Autres : Bella, Bobo, Bozo, Cherif, Dafing, Diorama, Dogon, Eve, Kakôlô, Maure, Mossy, Tamaseck, Wolof, groupement professionnel.

Les Bambaras étaient les plus représentées soit 32,2%.

Tableau 13 : Répartition des usagers selon la résidence.

Résidence	Fréquence	Pourcentage
N'tomikorobougou	272	73,5%
Badialan	29	7,8%
Koulouba	17	4,6%
Kati	6	1,6%
Nyomiyirambougou	6	1,6%
Sirakôrô- doufing	6	1,6%
Darsalam	5	1,4%
Autres	29	7,8%
Total	370	100%

Autres : Bolibana, Bozola, Djélibougou, Dravela, Faladiè, N'golonina, Hamdallaye, Hypodrôme, kalaban, Lassa, Médine, Missabougou, Samè, Sebenikôrô, Senou, Sikôrôni, Sôgônafing.

N'tomikorobougou était la plus représentée soit 73,5%.

Tableau 14 : Répartition des usagers selon la profession.

Activité menée	Fréquence	Pourcentage
Ménagère/Aide ménagère	150	40,5%
Elève/Étudiant	100	27,1%
Vendeur	13	3,5%
Commerçant	12	3,5%
Chauffeur	9	2,4%
Secrétaire	8	2,2%
Monitrice	8	2,2%
Cultivateur	6	1,6%
Porteur d'uniforme	5	1,4%
Electricien	3	0,8%
Contrôleur de finance	3	0,8%
Coiffeur	3	0,8%
Autres	50	13,5%
Total	370	100%

Autres : Animatrice, Artiste, Assistance de direction, Boucher, caissier, convoyeur, Documentaliste, Garagiste, Greffière, Hôtelière, Ingénieur, Laborantin, Maçon, Locateur, Manœuvre, marabout, Mécanicien, muezzin, Photographe, Transitaire, Ouvrier, etc....

Les ménagères/aides ménagères étaient les plus représentées soit 40,5%.

Tableau 15 : Répartition selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage
Premier cycle	45	12,2%
Second cycle	56	15,1%
Secondaire	45	12,2%
Supérieur	41	11,1%
Ecole Coranique	9	2,4%
Non scolarisé	90	24,3%
Diplomé	62	16,8%
Autres	22	5,9%
Total	370	100%

Autres : les usagers qui n'avaient pas l'âge scolaire.

Les non scolarisés étaient les plus représentés soit 24,3%.

Tableau 16 : Répartition des usagers selon les motifs de consultation.

Symptômes	Fréquence	Pourcentage
Fièvre	151	22,6%
Céphalées	134	20,1%
Douleur abdominale	58	8,7%
Vomissement	55	8,2%
Courbature	54	8,1%
Toux	27	4,1%
Diarrhée	24	3,6%
Vertiges	19	2,8%
Prurit	17	2,5%
Plaie	16	2,4%
Douleur thoracique	15	2,2%
Insomnie	10	1,5%
Douleur lombaire	8	1,2%
Leucorrhée	7	1,1%
Anorexie	6	0,9%
Frissons	3	0,4%
Brulure mictionnelle	2	0,3%
Autres	61	9,1%
Total	667	100%

Autres : Ballonnement abdominal, Dysphagie, Hématémèse, métrorragie etc....

La fièvre était la plus représentée soit 22,6%.

Tableau 17 : Répartition des usagers ayant eu recours à l'automédication en première intension.

Automédication	Fréquence	Pourcentage
Ne sait pas	76	30,0%
AINS	73	28,9%
Antibiotiques	45	17,9%
Antipaludéens	23	9,1%
Antalgiques	9	3,6%
Autres	27	10,7%
Total	253	100%

Autres : Antipaludéen + Antibiotique, Antipaludéen + Antalgique, Antibiotique + antalgique.

Les AINS étaient les plus utilisés soit 28,9%.

Tableau 18 : Opinion des usagers sur la provenance de ces produits.

	Fréquence	Pourcentage
Pharmacie (officine)	54	21,3%
Pharmacie par terre	199	78,7%
Total	253	100%

La pharmacie par terre était la provenance la plus représentée soit 78,7%.

Tableau 19 : Opinion des usagers pour la raison de leur choix sur l'automédication.

Raison du choix	Fréquence	Pourcentage
Semble efficace	172	68,0%
Habitude	26	10,3%
Pauvreté	38	15,0%
Accessibilité géographique	10	4,0%
Ignorance	3	1,2%
Négligence	2	0,8%
Pas de réponse	2	0,8%
Total	253	100%

L'opinion semble efficace était la raison la plus représentée soit 68,0%.

Tableau 20 : Opinion des usagers pour l'encouragement de leur choix sur l'automédication.

Encouragement	Fréquence	Pourcentage
Moi-même	157	62,1%
Parents	67	26,5%
Amis	26	10,3%
Patronne	3	1,2%
Total	253	100%

L'encouragement de leur choix était eux-mêmes soit 62,1%.

Tableau 21 : Opinion des usagers sur l'évolution de la maladie sur l'automédication.

Evolution	Fréquence	Pourcentage
Non favorable	238	94,1%
Aggravation	15	5,9%
Total	253	100%

L'évolution sous automédication n'était pas favorable dans 94,1%.

Tableau 22 : Répartition des usagers ayant recours au traitement traditionnel en première intension.

Traitement traditionnel	Fréquence	Pourcentage
Connaissance personnelle des plantes	69	36,5%
Guérisseur Traditionnel	100	52,9%
Marabout	20	10,6%
Total	189	100%

Les guérisseurs traditionnels étaient les plus représentés soit 52,9%.

Tableau 23 : Opinion des usagers sur la raison de leur choix sur le traitement traditionnel.

Raison du choix	Fréquence	Pourcentage
Accès facile	6	3,2%
Confiance	6	3,2%
Moins coûteux	46	24,3%
Pauvreté	80	42,3%
Semble efficace	42	22,2%
Préférence	9	4,8%
Total	189	100%

La pauvreté était la raison principale pour le choix du traitement traditionnel dans 42,3%.

Tableau 24 : Opinion des usagers pour l'encouragement de leur choix pour le traitement traditionnel.

Encouragement	Fréquence	Pourcentage
Amis	37	19,6%
Moi-même	99	52,4%
Parents	53	28,0%
Total	189	100%

L'encouragement sur le choix de la médecine traditionnelle était eux –mêmes soit 52,4%.

Tableau 25 : Opinion des usagers sur la durée de traitement traditionnel.

Durée du traitement	Fréquence	Pourcentage
Moins d'une Semaine	84	44,4%
Une à deux semaines	81	42,9%
Plus de deux semaines	24	12,7%
Total	189	100%

Le traitement traditionnel a durée moins d'une semaine dans 44,4%.

Tableau 26 : Opinion des usagers sur leur satisfaction pour le traitement traditionnel offert.

Satisfaction sous traitement traditionnel	Fréquence	Pourcentage
Non Satisfait	99	52,4%
Plus ou moins satisfait	90	47,6%
Totalement satisfait	0	0,0%
Total	189	100%

Les usagers étaient non satisfait dans 52,4%.

Tableau 27 : Répartition des usagers selon leurs recours thérapeutiques.

Recours thérapeutiques	Fréquence	Pourcentage
Automédication	253	57,2%
Traitement traditionnel	189	42,8%
Total	442	100%

Le recours à l'automédication était le plus représenté soit 57,2% suivi du traitement traditionnel soit 42,8%.

Tableau 28 : Répartition des usagers ayant recours à l'automédication et au traitement traditionnel.

Automédication et Traitement Traditionnel	Fréquence	Pourcentage
Oui	76	20,5%
Non	294	79,5%
Total	370	100%

Les usagers avaient avoir recourt à l'automédication et le traitement traditionnel dans 20,5% cas.

Tableau 29 : Répartition des usagers selon le moyen de déplacement utilisé.

Moyen de déplacement utilisé	Fréquence	Pourcentage
Moto	206	55,7%
Pied	141	38,1%
Taxi	14	3,8%
voiture	6	1,6%
vélo	3	0,8%
Total	370	100%

La moto était la plus utilisée dans 55,7% des cas.

Tableau 30 : Opinion des usagers sur l'emplacement du centre de santé.

Emplacement du centre	Fréquence	Pourcentage
Bon	152	41,1%
Mauvais	184	49,7%
Acceptable	34	9,2%
Total	370	100%

L'emplacement du centre était mauvais pour 49,7% des usagers.

Tableau 31 : Opinion des usagers pour la confidentialité de leur consultation.

Consultation confidentielle	Fréquence	Pourcentage
Non	6	1,6%
Oui	356	96,2%
Plus ou moins	8	2,2%
Total	370	100%

La consultation était confidentielle pour 96,2% des usagers.

Tableau 32 : Opinion des usagers sur leur liberté d'expression lors de la consultation.

Liberté d'expression	Fréquence	Pourcentage
Non	2	0,5%
Oui	365	98,6%
Plus ou moins	3	0,8%
Total	370	100%

Il y'avait une liberté d'expression pour 98,6% des usagers à la consultation.

Tableau 33 : Opinion des usagers sur la nature de traitement reçu au centre.

Traitement reçu	Fréquence	Pourcentage
Antibiotiques	124	33,5%
Antipaludéens	74	20,0%
Antibiotiques plus Antipaludéens	69	18,6%
AINS	13	3,5%
Antalgiques	13	3,5%
Déparasitant	30	8,1%
Ne sait pas	2	0,6%
Antihypertenseurs	2	0,6%
Autres	43	11,6%
total	370	100%

Autres : Antihistaminiques, Antidiabétiques, antifongiques, antitussifs, antituberculeux, permanganate, pansement.

Les antibiotiques étaient les plus utilisés dans 33,5% des cas.

Tableau 34 : Opinion des usagers sur la durée du traitement conventionnel.

Durée du traitement conventionnel	Fréquence	Pourcentage
Moins d'une semaine	233	63,0%
Une semaine à un mois	100	27,0%
Plus d'un mois	37	10,0%
Total	370	100%

La durée du traitement conventionnel était moins d'une semaine dans 63,0% des cas.

Tableau 35 : Opinion des usagers sur l'accueil des personnels soignants.

Accueil des personnels soignants	Fréquence	Pourcentage
Bon	352	95,1%
Acceptable	12	3,2%
Mauvais	6	1.6%
Total	370	100%

L'accueil était bon pour 95,1% des usagers.

Tableau 36 : Opinion des usagers sur des usagers sur leur satisfaction après le traitement conventionnel.

Satisfaction après le traitement conventionnel	Fréquence	Pourcentage
Non satisfait	3	0,8%
Oui satisfait	353	95,4%
Plus ou moins satisfait	14	3,8%
Total	370	100%

La grande majorité des usagers était satisfaite soit 95,4%.

IX. Commentaires et discussion :

1. Caractéristiques socio démographiques:

1.1. Age

Dans notre étude, la tranche d'âge la plus représentée a été celle de 15-29ans avec 50,0% des cas.

Mr SOUMANA, M [42] a rapporté une prédominance de la tranche d'âge entre 15-24ans.

1.2. Sexe

Le sexe féminin était le plus représenté avec 61,4% des cas soit 221 patientes sur 370.

SOGOBA [40] et KOTY, Z [39] ont également rapporté une prédominance féminine soit respectivement soit 53,3% et 59%.

1.3. L'ethnie

Les bambaras étaient les plus représentés soit 32,2% suivait les peulhs et les malinkés soit respectivement 19,5% et 14,6%.

MARIKO, O [41] et SOUMANA, M[42] ont obtenu également une prédominance des bambaras avec respectivement 41,1% et 30%.

1.4. La profession

La profession ménagère était la plus représentée avec 40,5%.

Ce résultat est similaire aux résultats de COULIBALY, L [19] et KOTY, Z [39] qui ont rapporté une prédominance des ménagères avec respectivement 32,6% et 35% des cas. Cela pouvait expliquer par la faible scolarisation des femmes comme disaient les ancêtres, la femme doit rester au foyer.

1.5. Statut matrimonial :

Dans notre étude, 57,6% des usagers étaient mariés.

Ce résultat est similaire aux résultats de COULIBALY et KOTY M qui ont trouvés dans leur étude respectivement 65,1% et 63,2%.

1.6. Le régime matrimonial.

Dans notre étude 69,9% des usagers étaient sous régime monogamique.

Ce résultat est contraire à ceux retrouvés par COULIBALY, L (19) et KOTY, M qui ont retrouvés respectivement 29% et 46,7% des enquêtés étaient sous régime polygamique.

1.7. Le niveau d'instruction :

Dans notre étude, les non scolarisés étaient les plus représentés soit 24,3%.

Les résultats de COULIBALY, L [19] et KOTY, M [39] vont dans le même sens qui a retrouvés respectivement 25,7% et 28,3%.

Ces résultats s'expliquent par le fait que le niveau d'instruction est bas dans la population générale au Mali

1.8. Résidence

N' Tomikorobougou était la résidence la plus représentée soit 73,5% suivi de Darsalam et Koulouba soit respectivement 7,8% et 4,6%.

Ces résultats s'expliquent par le fait que l'étude a été déroulée au CSCOM de N'tomikorobougou.

2. ITINERAIRE THERAPEUTIQUE ET PREFERENTIEL

Dans notre étude, 57,2% de la population étudiée avaient fait une automédication ;

42,8% des malades avaient fait un traitement traditionnel et 20,5% des usagers avaient déjà effectués un traitement traditionnel (toutes structures confondues) et une automédication à base des médicaments moderne quelle-que soit la provenance.

Le recours à tel ou tel type de soins n'est pas exclusif : on passe alternativement de l'automédication à une structure moderne en passant par le traitement traditionnel, et vis versa si le premier recours ne parvient pas rapidement à un résultat satisfaisant, on ira dans l'autre secteur. [36].

Le guérisseur promet toujours la guérison. Il a l'avantage sur la médecine moderne d'accorder plus de temps d'écoute [37].

Dans les études menées par Martine et Eric auprès des personnes ayant eu un épisode morbide, il ressort que le recours aux soins modernes (toutes structures confondues) concerne entre 45% à 55% des plaintes, l'automédication (à base de traitement traditionnel ou moderne), plus de 40% et le recours aux thérapeutes traditionnels, plus variable selon les régions, entre 3% et 23% [36].

Par contre les études menées par l'OMS en Afrique et en Amérique du Nord ont montré que 75% des personnes vivant avec le VIH/SIDA ont recours à la médecine traditionnelle, exclusivement ou en complément d'autres médecines, pour plusieurs symptômes ou maladies.

Par rapport au moyen de déplacement utilisé 55,7% des usagers sont venus à moto contrairement à l'étude faite par KANTA K [38] qui trouve que 90% des usagers étaient à pieds.

Cela peut expliquer l'écart économique entre le milieu urbain et le milieu rural. Par rapport à l'emplacement du centre 49,7% des usagers déclarent que l'emplacement du centre est mauvais. Par contre l'étude menée à Segué par KANTA K [38] trouve que 59,3% des usagers déclarent que l'emplacement était bon.

Cela peut être expliqué par le fait un dépôt de transit des ordures est contigu au mur du centre.

Par rapport à l'accueil 95,5% des usagers déclarent que l'accueil était bon.

Notre étude va dans le même sens que ceux retrouvé par KANTA K [38] soit 64,9% des cas.

Par rapport à la confidentialité des usagers lors de la consultation, 96,2% des usagers déclarent qu'ils ont été consultés avec beaucoup de confidentialité. Ce résultat est similaire à ceux retrouvé par KANTA K [38] soit 96% des cas.

Par rapport à la satisfaction des soins reçus 95,4% des usagers déclarent qu'ils sont très satisfaits des soins qu'ils ont reçus comparables à celui de l'étude de DONGMO R.L[17] et KANTA K [38] qui trouvent respectivement que 88,7% et 75% des usagers sont satisfaits.

X. Conclusion et Recommandations :

1- Conclusion

L'itinéraire thérapeutique des usagers avant les structures sanitaires est devenu depuis des années un problème majeur de santé et de développement socioéconomique à travers le monde en général et les pays en voie de développement en particulier.

Il ressort des résultats de notre étude que l'opinion semble efficace et la pauvreté étaient les principales raisons du choix respectivement pour l'automédication par les médicaments modernes et le traitement traditionnel tout confondu. Ceux qui nous permettent de noter que le choix du recours dépend du revenu de tout un chacun et la plupart de ces usagers ont pris l'initiative d'eux même de recourir à leur choix selon leur revenu.

Les usagers ayant recours à l'automédication moderne provenaient ces produits dans 78,7% au niveau des pharmacies par terre, contre 21,3% qui étaient achetés dans les Officines.

Malgré ce comportement par les usagers, 95,1% trouvent l'accueil bon, 96,2% opinent que la consultation a été confidentielle et 95,4% déclarent satisfaits pour les prestations offertes par la médecine conventionnelle.

Il ressort également de l'étude que 49,7% des usagers déclarent que l'emplacement du centre est mauvais dû au dépôt de transit d'ordures qui est contigu au centre de santé, facteur entravant l'utilisation des services de santé.

[Nous venons dans les structures sanitaires pour se faire soigner si ces centres ne sont plus propres, je préfère recourir au médicament dans les Officines que me piquer d'avantage dans un centre donc les mesures hygiéniques ne sont respectées comme disent les personnels sanitaires].

2- Recommandations :

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités politiques et administratives :

Appuyer la création d'une mutuelle de santé pour améliorer l'utilisation des services de santé, facteur d'amélioration de la qualité de l'offre de soins et de lutte contre la pauvreté.

Equiper le centre de santé communautaire en matériel de laboratoire pour renforcer la qualité diagnostique, facteur de renforcement de la qualité des soins.

Construire un bloc de maternité à part pour renforcer la qualité de l'offre de soins dans un contexte de confidentialité plus affirmé au niveau des CSCOM.

Recycler le personnel de santé à travers la formation continue et la formation en gestion administrative et financier.

Disposer au centre de santé communautaire le plateau technique pour l'amélioration de la qualité des soins.

Intensifier les campagnes de sensibilisation et d'information auprès de la population générale les dangers et inconvénients sur l'automédication.

Evacuer le transit des ordures se trouvant derrière le centre de santé afin de rendre propre l'alentour du centre.

Prendre des décisions contre la vente illicite des médicaments par terre.

Sensibiliser les officines pour la vente des produits sans ordonnance.

Aux personnels soignants :

Améliorer de plus la relation soignant/soigné.

Expliquer aux usagers à chaque consultation les dangers sur l'automédication.

Assurer la globalité des soins à travers la pratique systématique de l'examen clinique dans son ensemble pour tous les patients.

Expliquer aux usagers le diagnostic probable, le traitement à recevoir et les avantages de recourir en première intension un service socio-sanitaire.

Aux tradipraticiens :

Référez à temps tout malade ne relevant pas de la compétence.

Assurer une bonne collaboration avec la médecine moderne.

A la population :

Eviter le retard d'utilisation des services de santé.

Faire accompagner toujours les enfants par des personnes qui connaissent l'histoire de leur maladie.

Références Bibliographiques :

1. AG IKNANE A et al

Diagnostic institutionnel et organisationnel des ASACO du district de Bamako, GIE SPT, septembre 2000.

2. AUDIBERT M, DE ROODENBEKE E.

Utilisation des services de santé du premier niveau au Mali ; Analyse de la situation et perspectives, 2005.

3. AG IKNANE A, KADJOKE M, KANTE N et al

Comprendre l'impact de la décentralisation sur les services de la santé de la reproduction en Afrique: le cas du Mali,

Analyse documentaire, UE, ASACOB/INRSP, 2003, p 24;

118p.

4. AG IKNANE A, MARIKO HD, MAIGA M.

Place de la santé communautaire dans la prise en charge de la santé par les populations : le cas du centre de santé communautaire de Banconi (ASACOB), repères sociaux; 1993.

5. Enquête démographique et de santé du Mali : Indication de santé, ministère de la santé, CPS, Direction Nationale de la statistique et de l'information, 2006.

6. BLUMENFELD S.N, Quality assurance in transition. Papua New Guinea Medical Journal 36(2): 81-89p. June . 1993.

7. HUBER D; proposed approach for medical quality of care in family planning/reproductive health services supported by pathfinder international.

Sep. 9, 1994. 11p.

8. DIPRETE B. L , FRANCO L. M, RAFEH N , and HATZELL T.

Quality Assurance of health care in developing countries. Bethesda , Maryland, Quality Assurance Project, Center for Human Services, 1993. 27p.

**9. AUDIBERT M, E ROODENBEKE, A PAVY- LETOURMY,
J MATHONNAT**

Utilisation des services de santé en Afrique: l'approche communautaire en termes d'offre de soins est- elle une réponse, communication présentée au développement durable et santé dans les pays du sud, Lyon; Décembre 2004.

10. KAMISSOKO, M.

Qualité de la surveillance prénatale au CSCOM de kalabancô zone périurbaine de Bamako. Thèse de médecine Bamako 2003 ; 53-56p.

11. KOM MOGTO, M.

Evaluation de la qualité des services au bloc opératoire du service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré de Janvier à Juin 2004,
Thèse de médecine Bamako FMPOS, 2005. 56p.

12. PETIT LAROUSSE EN COULEURS.

Edition Larousse 1991 Paris 254, 547, 817p.

**13. PROGRAMME DE PLANIFICATION FAMILIALE, Améliorer la
Qualité,** population reports, Série J. Numéro 47, Document électronique.

http://www.infoforhealth.org/pr/prf/fj47/j47chap1_1.shtml

14. Claude P, Diarra T.

Les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier de Banconi, ce qui disent les gens du quartier; Rapport, INRSP, Février 1991; 64P.

15. ROEMER M. I and MOTOYA – AGUILAR C.

Quality assessment and assurance in primary health care. Geneva, World Health Organization (WHO), 1998. (WHO Offset Publication No 105) 82p.

16. ZOUMENOU M.

Utilisation des services de santé par la population au sein de la commune II du District de Bamako. Etude comparative au sein des quartiers: Missira et la Zone industrielle . Thèse de médecine Bamako FMPOS, 2008.

17. DONGMO DJOUTSOP RL.

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

18. DIARRA, T.

Représentation et itinéraire thérapeutique dans le quartier de Bankoni

INRSP, Bamako 1991: 11

19. COULIBALY L.

Etude sur la sous fréquentation des centres de santé communautaire dans la région de Koulikoro, Thèse de Médecine, Bamako: FMPOS, juin 2005; 84 p.

20. FOURNIER P, HADDAD S

Dimension de la qualité de services de santé en Afrique au

Sud du Sahara, in Brunet-Jailly, J(ed), Innover dans les systèmes de santé : Expérience d'Afrique de l'Ouest, Paris,

Karthala, 1997,p 275-278; 435p

21. DIARRA, T. DIAKITE, D.

Recours aux soins et consommation médicale dans le quartier BANKONI.

INRSP, Bamako 1991 : 11

22. BAKAYOGKO, S.

Itinéraire thérapeutique des patients atteints de cataracte dans la région de Ségou (Mali)

Thèse médecine Bamako 1997 ; **97** : 4-8

23. FIELDER, J. ET ALL :

A review of the literature on access and utilisation of medical care with special emphasis on rural primary care. Soc .sci_ and med. 1981; **15**: 129- 142

24. MASMAR, W.KHOURY, H.NASSIF.

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

25. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Médecine traditionnelle :

Rapport du Secrétariat 12 décembre 2002

26. MS,

Annuaire Statistiques du Système d'information Sanitaire
DNSP de 1992-2000 et rapports d'activités du Centre
National des Immunisations.

27. MS,

Enquête démographique et de santé du Mali, 2001, CPS- Santé,
DNSI, ORC-Macro, juin 2002.

28. Ministère de la santé.

Secrétariat permanent du PRODESS, CPS Santé, 2002

29. MINISTERE DE LA SANTE

Plan stratégique national de santé bucco-dentaire 2004-2008 ; **65** : 12-14

30. SALONGO PACIFIQUE M

Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé dans la zone de santé de kadutu, province du Sud Kivu- RD Congo, Diplôme d'étude spéciale en économie de la santé,

Mémoire : Université de Kinshasa, faculté de médecine, Décembre 2005; 81P.

31. TRAORE, S.

Les recours aux soins et leurs déterminants à Bankoni.

INRSP ? Bamako 1991: 17

32. SISSOKO H,

Aspects reliés à l'utilisation des accoucheuses traditionnelles au Mali, Maître es sciences, santé communautaire, mai 2000

33. VAUGELADE, J.

La consommation médicale et itinéraire thérapeutique en milieu rural au Burkina FASO ORSTOM, Ouagadougou 1991: 10

34. BA S, DEMBELE E, DIOP M, MARIKO S, PAUL ROGER L, SAMAKE S, TRAORE M S.

Enquête Démographique et Santé du Mali 2006, 317-8-410p.

35. TRAORE M,

Généralité sur le Mali, INRSP, Aldo Campana, 2001 ; EDS III.

36. Martine, A. ; Eric, R.

Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : *Analyse de la situation et perspectives*. Avril 2005 : 128

37. MEMENTO THERAPEUTIQUE DU VIH/SIDA EN AFRIQUE 2005:

Première édition

38. KANTA, K.

Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de Segué (cercle de kolokani).

Thèse de médecine, Bamako : FMPOS, 2007,

39. KOTY, Z.

Itinéraire thérapeutique des patients atteints de VIH/SIDA admis au service des Maladies Infectieuses du Centre Hospitalier Universitaire du Point G.

Thèse de médecine, Bamako : FMPOS, 2007

40. SOGOBA, D.

Contribution à l'étude épidémiologique du SIDA en milieu hospitalier au point « G »

Thèse médecine Bamako 2004 ; **60**: 1-3

41. MARIKO, O.

Santé communautaire au Mali cas de l'ASACOBA.

Thèse Médecine Bamako 1993

42. SOUMANA, M.

Etude analytique des activités du CSCOM de Bacodjicoroni.

Thèse de médecine, Bamako : FMPOS, 2003

43. COPPO, P. ; KEITA, A.

Médecine traditionnelle, acteurs itinéraires thérapeutiques

Edizione, Triest, Mali 1990 : 320

44. YARO. F

Relation entre le SIDA et les indicateurs de pauvreté chez les patients atteints du VIH/SIDA à l'HPG et au cercle de SIKASSO

Thèse Médecine Bamako 2005: 82

FICHE D'ENQUETE

I. Caractéristiques sociodémographiques du patient :

No du patient : _____

Age : _____

Sexe : 1= Masculin 2= Féminin

Situation matrimoniale : 1= marié(e) 2= célibataire
3= divorcé(e) 4= veuf /veuve

Régime matrimonial : 1= monogame 2= polygame

Ethnie : _____

Religion : _____

Profession : _____

Domicile/résidence : _____

Niveau d'instruction : 1= premier cycle 2= second cycle
3= secondaire 4= supérieur
5 = école coranique 6=non scolarisé(e)

II. Itinéraires thérapeutiques et préférentiel:

1. Motifs de consultation :

Céphalée Fièvre Insomnie

Vomissement Diarrhée Douleur

Ne sait pas Autres : _____

2. Quand vous êtes tombé malade qu'est ce qui a été votre recours thérapeutique ?

a. Automédication : 1 = oui 2 = non

Si oui le ou les médicaments utilisés : Antibiotique Antipaludique

Anti-inflammatoire Ne sait pas

Autres : _____

Quelles étaient la provenance de ses produits :

Officines(Pharmacies) Pharmacie par terre

Quels sont les motifs de ce choix : pauvreté Accessibilité géographique

autres : _____

Qui vous a encouragé : parent ami(e)

Autres : _____

Evolution sous ce traitement : favorable non favorable aggraver

b. Traitement traditionnel : 1= oui 2 = non

Si oui : où ? Guérisseur traditionnel maraboutage

Connaissance personnelle des plantes

autres : _____

La raison de votre choix : accessibilité facile moins coûteux

autres : _____

Qui vous a encouragé : parents ami(e)

Autres : _____

Combien de temps à durer ce traitement ?

1 = moins d'une semaine ; 2 = une à deux semaines ; 3 = plus de deux semaines

Etes –vous globalement satisfait du service offert ? 1 = oui 2 = non

3 = plus ou moins

c. Médecine conventionnelle :

Avez-vous fait un traitement conventionnel avant ce service ?

1 = oui ou 2 = non

Si oui où ? CSCOM CS Réf Cabinet médical

Clinique médicale

autres : _____

Quels sont les moyens de transport que vous avez utilisés pour se rendre au centre de santé ? 1= pieds 2=Vélo 3 =Moto

4=Taxi

Autres _____

L'emplacement du centre de santé est-il adéquat ?

1=oui 2=non 3=acceptable

Votre consultation à t-elle été confidentielle ?

1=oui 2=non 3=plus ou moins

Lors de la consultation avez-vous pu vous exprimez librement ?

1=oui 2=non 3=plus ou moins

Quelle a été la nature du traitement reçu ? Antibiotique Antipaludique

Anti-inflammatoire ne sait pas

autres : _____

Combien de temps dure ce traitement ? 1 = moins d'une semaine ;

2 = une semaine à un mois ; 3 = plus d'un mois

Comment trouvez- vous le contact avec le personnel soignant ?

1=Bon 2= Mauvais 3=acceptable

Etes –vous globalement satisfait du service offert ?

1=oui 2= non 3=plus ou moins

Si non que proposez- vous pour améliorer la qualité de soins ?

ninikalisqbq

Nimero : _____

Si hakq: _____

I ye furucq: 1= a w\ 2= a yi 3= d\wqrq:

Musojoli bi kunwalima aw jolibqcfq: 1=kelen 2=caman

I siya: _____

I kaDinq: _____

I kabaara: _____

I sigi y\r: _____

Kalanhakq: 1=kalan f\l\ 2= cqmancqkal\ 3=kalan 4=dowqrq

2 -Furakqlicogoyaw:

Lajqlikunwfurakqli y\r\la? 1= kunko\ 2= f\ 3= f\n\ 4=k\n\boli 5=d\wqrq

I banalei ye furakqlisuguyajumqkq? _____

I ye fura san iyqrq ye wa? 1=aw\ 2=ayi

Ni oye cixaye ,furasuguya ?1= antibiotiki 2=sumayafura3=dowqrq

I ye furaw san mi?1= faramasi 2=lafura

Mu de ye I bilaola? 1= fantaya2= f\ 3=finaka Jan 3=d\wqrq

Jon de ye a sinsinI bolo? 1= isom\ 2=eriw

3=d\wqrq

Fura o ye lafiyakqwa? 1=aw\ 2=ayi 3= _____

I ye bamananfurakqwa? 1=aw\ 2=avi

N'oyetixaye , mi? 1= bamananfu\ 2=morifq3=Walimaiyqrqkayiri don ne d\n wa

Mu de ye ibilaola ?1=a s\r\lika n\v\2= a s\v\ ka n\v\3=d\wqrq _____

Jon de ye a sinsin I bolo? 1= isom\g\w 2= _____

3=d\wqrq

I ye watijelikqfuranikan? 1=a tq d\ 2= len b\

2= d\v\kun kelenka se d\v\kun\ 3= fa kaca d\v\kun fila ye

I ye niminsiwasa s\r\ wa? 1=aw\ 2=ayi 3=d\ \ni

I yefurakqli y\r\ kqya ni ika se yanwa? 1=aw\ 2=ayi

Ni o ye tiva ye mi ?1= furakqlisofitini 2=camanafurakqso 3=lanitani 4= d\wqrq

I nana nibolimaqnsuvuyajumqn ye? 1=se\ 2=so3=mot\ 4= d\wqrq

Furakqliso ni j\y\r\kaxiwa ? 1=aw\ 2=ayi 3=d\ \ni

I ka lajqlikqra boxa ni karama k\n\ wa ? 1=aw\ 2=ayi 3=d\ \ni

I sela ka kumalajqliwaatila ni hakilisiviyewa ? 1=aw\ 2=ayi 3=d\ \ni

D\r\t\r\ yefurajumqsbq i kunlajqlibanq ?1=ant\ 2=sumayafura3= d\wqrq

I yewatijelikqfura ni kan? 1=a tq d\v\kun kelen b\ 2= _____

2= d\v\kun kelenka se kalokelenma 3=a kacakalokelen ye _____

D\r\t\r\w bq m\v\w bqrqbqrqkaxawa?1=aw\ 2=ayi 3=d\ \ni

I ye niminsiwasa s\r\ wa? 1=aw\ 2=ayi 3= _____

FICHE SIGNALÉTIQUE :

Nom : SIDIBE

Prénom : Toumani

Téléphone : (00223) 76 36 19 68/ 66 68 28 15

E-mail : sidibetoumani84@yahoo.fr

Titre : Etude des itinéraires thérapeutiques et préférentiels des usagers en santé de la commune III du district de Bamako, Mali : cas du CSCOM de N'tomikorobougou

Année de soutenance : 2010-2011.

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS.

Secteurs d'intérêt : Anthropologie Médicale et Santé publique.

Résumé : Il s'agissait d'une étude prospective descriptive transversale portant sur 370 usagers ayant pour objectif générale d'étudier les itinéraires thérapeutiques et préférentiels des usagers en santé de la commune III du district de Bamako : cas du CSCOM de N'tomikorobougou durant la période du 23 Mars 2011 au 15 Juillet 2011. Il ressort des résultats de notre étude que l'opinion semble efficace et la pauvreté étaient les principales raisons du choix respectivement pour l'automédication par les médicaments modernes et le traitement traditionnel tout confondu. Les usagers ayant recours à

l'automédication moderne provenaient ces produits dans 78,7% au niveau des pharmacies par terre, contre 21,3% qui étaient achetés dans les Officines. Malgré ce comportement par les usagers, 95,1% trouvent l'accueil bon, 96,2% opinent que la consultation a été confidentielle et 95,4% déclarent satisfait pour les prestations offertes par la médecine conventionnelle. Il ressort également de l'étude que 49,7% des usagers déclarent que l'emplacement du centre est mauvais dû au dépôt de transit d'ordures qui est contigu au centre de santé, facteur entravant l'utilisation des services de santé

Mots clés : Itinéraires, thérapeutiques, préférentiels, usagers, commune III, N'tomikorobougou.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect de la vie humaine dès la conception.
Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

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

JE LE JURE !!!!!!