

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES  
TECHNOLOGIES DE BAMAKO



**U.S.T.T.B**

*Faculté de Médecine et  
d'Odontostomatologie*



**FMOS**

Année Universitaire 2018-2019

Thèse N°.....

**THESE**

**UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR  
LES AIDES MENAGERES AU POINT G,  
KOULOUBA ET A SOKONAFING EN  
COMMUNE III DU DISTRICT DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 16/08 / 2019 devant le jury de la  
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie par :

**M. Tonye Awouma Jean Eric**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

**Jury**

Président : **Pr. Boubacar Maiga**

Membres : **Dr. Jean Baptiste Guindo**

**Mme Hatouma Samoura**

Directeur : **Pr. Samba DIOP**

**FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2018– 2019**

**ADMINISTRATION**

DOYEN : Seydou DOUMBIA - PROFESSEUR  
VICE-DOYEN : Ousmane FAYE - MAITRE DE CONFERENCES  
SECRETAIRE PRINCIPAL : Dr. Monzon TRAORE- MAITRE-ASSISTANT  
AGENT COMPTABLE : Monsieur Harouna SIDIBE – INSPECTEUR DU TRESOR

**LES PROFESSEURS A LA RETRAITE**

Mr. Yaya FOFANA  
Mr. Mamadou L. TRAORÉ  
Mr. Mamadou KOUMARÉ  
Mr. Ali Nouhoum DIALLO  
Mr. Aly GUINDO  
Mr. Mamadou M. KEITA  
Mr. Sinè BAYO  
Mr. Sidi Yaya SIMAGA  
Mr. Abdoulaye Ag RHALY  
Mr. Boukassoum HAIDARA  
Mr. Boubacar Sidiki CISSÉ  
Mr. Massa SANOGO  
Mr. Sambou SOUMARÉ  
Mr. Abdou Alassane TOURÉ  
Mr. Daouda DIAL  
Mr. Issa TRAORÉ  
Mr. Mamadou K. TOURÉ  
Mme. Sy Assitan SOW  
Mr. Salif DIAKITÉ  
Mr. Abdourahmane S. MAIGA  
Mr. Abdel Karim KOUMARÉ  
Mr. Amadou DIALLO  
Mr. Mamadou L. DIOMBANA  
Mr. Kalilou OUATTARA  
Mr. Mahamdou DOLO  
Mr. Baba KOUMARÉ  
Mr. Bouba DIARRA  
Mr. Brehima KONARÉ  
Mr. Toumani SIDIBÉ  
Mr. Souleymane DIALLO  
Mr. Bakoroba COULIBALY  
Mr. Seydou DIAKITÉ  
Mr. Amadou TOURÉ  
Mr. Mahamane Kalilou MAIGA  
Mr. Filifing SISSOKO  
Mr. Djibril SANGARÉ  
Mr. Somita KEITA  
Mr. Bougouzié SANOGO  
Mr. Alhousseini AG MOHAMED  
Mme. Traoré J. THOMAS  
Mr. Issa DIARRA  
Mme. Habibatou DIAWARA  
Mr. Yéya Tiémoko TOURÉ  
Biologie Cellulaire

**LES ENSEIGNANTS DECEDES**

Mr. Mahamed TOURÉ  
Mr. Alou BAH  
Mr. Bocar SALL  
Secouriste  
Mr. Balla COULIBALY  
Mr. Abdél Kader TRAORÉ DIT DIOP  
Mr. Moussa TRAORÉ

Hématologie  
Chirurgie Générale  
Pharmacologie  
Médecine Interne  
Gastro-entérologie  
Pédiatrie  
Anatomie-pathologie et Histo-Embryologie  
Santé-Publique  
Medicine interne  
Legislation  
Toxicologie  
Chimie Analytique  
Chirurgie Générale  
Orthopedie-Traumatologie  
Chimie-générale et Minérale  
Radiologie  
Cardiologie  
Gynéco-Obstétrique  
Gynéco-Obstétrique  
Parasitologie  
Chirurgie générale  
Zoologie-biologiste  
Stomatologie  
Urologie  
Gynéco-Obstétrique  
Psychiatrie  
Bactériologie  
Bactériologie-Virologie  
Pédiatrie  
Pneumologie  
Psychiatrie  
Cardiologie  
Histo-Embryologie  
Néphrologie  
Chirurgie générale  
Chirurgie générale  
Dermato-Léprologie  
Gastro-entérologue  
O.R.L  
Ophtalmologie  
Gynéco-Obstétrique  
Dermatologie  
Entomologie-Médicale



Mr Yéminégué Albet Kader DEMBÉLÉ	Chimie Organique
Mr. Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr. Bou DIAKITÉ	Psychiatrie
Mr. Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr. Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr. Ibrahim ALWATA	Orthopédie-Traumatologie
Mme. TOGOLA Fanta KONIPO	O.R.L
Mr. Bouraïma MAIGA	Gynéco-Obstétrique
Mr. Mady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr. Mahamadou TOURÉ	Radiologie
Mr. Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr. Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr. Mamadou DEMBÉLÉ	Chirurgie-générale
Mr. Sanoussi KONATÉ	Santé Publique
Mr abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie



**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R ET PAR GRADE**

**D.E.R CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES**

**PROFESSEURS ET DIRECTEURS DE RECHERCHE**

Mr. Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie générale
Mr. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Sadio YÉNA	Chirurgie cardio-Thoracique
Mr. Mohamed Amadou KEITA	O.R.L
Mr. Adégné TOGO	Chirurgie générale
Mr. Samba Karim TIMBO	O.R.L Chirurgie maxillofaciale
Mr. Aly TEMBELY	Urologie
Mr. Mamadou TRAORÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie générale

**MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS/ MAITRES DE RECHERCHE**

Mr. Ibrahim TÉGUÉTÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Youssouf TRAORÉ	Gynéco-obstétrique
Mr. Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
Mr. Moustapha TOURÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Allassane TRAORÉ	Chirurgie générale
Mr. Lassana KANTÉ	Chirurgie générale
Mr. Birama TOGOLA	Chirurgie générale
Mr. Adama Konoba KOITA	Chirurgie générale
Mr. Bréhima COULIBALY	Chirurgie générale
Mr. Drissa TRAORÉ	Chirurgie générale
Mr. Bakary Tientigui DEMBÉLÉ	Chirurgie générale
Mr. Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
Mr. Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mme. Doumbia Kadiatou SINGARÉ	O.R.L
Mr. Hamidou Baba SACKO	O.R.L
Mr. Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Lamine TRAORÉ	Ophtalmologie
Mr. Souleymane TOGORA	Stomatologie
Mr. Hamady TRAORÉ	Stomatologie
Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie cardio-thoracique
Mr. Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation
Mr. Broulaye Massaoulé SAMAKÉ	Anesthésie-Réanimation
Mr. Aladji Seïdou DEMBÉLÉ	Anesthésie-Réanimation
Mr. Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr. Mamadou Lamine DIAKITÉ	Urologie
Mr. Honoré Jean Gabriel BERTHÉ	Urologie



Mr. Seko SIDIBÉ	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Tièman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mr Adama SANGARÉ	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Yacaria COULIBALY	Chirurgie-Pédiatrique
Mr. Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr. Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculai
36. Mr. Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
38. Mme. Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie

**MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHES**

Mr. Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr. Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr. Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr. Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
Mr. Amadou TRAORÉ	Chirurgie Générale
Mr. Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
Mr. Madiassa KONATÉ	Chirurgie Générale
Mr. Sékou Bréhima KOUMARÉ	Chirurgie Générale
Mr. Boubacar KAREMBÉ	Chirurgie Générale
Mr. Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
Mr. Idriss TOUNKARA	Chirurgie Générale
Mr. Ibrahim SANKARÉ	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
Mr. Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
Mr. Amed BAH	Chirurgie-Dentaire
Mr. Seydou GUEYE	Chirurgie-Buccale
Mr. Issa AMADOU	Chirurgie-Pédiatrique
Mr. Mohamed Kassoum DJIRÉ	Chirurgie-Pédiatrique
Mr. Boubacary GUINDO	O.R.L.-C.C. F
Mr. Siaka SOUMAORO	O.R.L
Mr. Youssouf SIDIBÉ	O.R.L
Mr. Fatogoma Issa KONÉ	O.R.L
Mme. Fadima Koreissy TALL	Anesthésie-Réanimation
Mr. Seydina Alioune BEYE	Anesthésie-Réanimation
Mr. Hamadoun DICKO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Moustapha Issa MANGANÉ	Anesthésie-Réanimation
Mr. Thierno Madane DIOP	Anesthésie-Réanimation
Mr. Mamadou Karim TOURÉ	Anesthésie-Réanimation
Mr. Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie-Réanimation
Mr. Daouda DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Abdoulaye TRAORE	Anesthésie-Réanimation
Mr. Siriman Abdoulay KOITA	Anesthésie-Réanimation
Mr. Mahamadou COULIBA	Anesthésie-Réanimation
Mr. Boubacar BAH	Odontostomatologie
Mr. Aboulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
Mr. Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mme. Aissatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr. Seydou BAGAYOGO	Ophtalmologie
Mr. Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr. Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme. Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr. Addoulay NAPO	Ophtalmologie
Mr. Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
Mr. Bougadari COULIBALY	Protèse Scellée
Mme. Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie-Dento-Faciale
Mr. Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
Mr. Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
Mr. Mamadou Salia DIARRE	Neurochirurgie
Mr. Moussa DIALLO	Neurochirurgie
Mr. Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie-Traumatologie

Mr. Layaes TOURE	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Mahamdou DIALLO	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Louis TRAORE	Orthopédie-Traumatologie
Mme. Hapssa KOITA	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
Mr. Alfousseiny TOURE	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
Mr. Amady COULIBALY	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
Mr. Amadou KASSOGUE	Urologie
Mr. Dramane Nafou CISSE	Urologie
Mr. Mamadou Tidiane COULIBALY	Urologie
Mr. Moussa Salifou DIALLO	Urologie
Mr. Alkadri DIARRA	Urologie
Mr. Tioukani Théra	Gynéco-Obstétrique
Mr. Soumana Oumar TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Abdoulay SISSOKO	Gynéco-Obstétrique
Mr. Mamadou SIMA	Gynéco-Obstétrique
Mme. Aminata KOUMA	Gynéco-Obstétrique
Mr. Seydou FANÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Amadou Bocoum	Gynéco-Obstétrique
Mr. Ibraahim Ongoiba	Gynéco-Obstétrique
Mr. Ibrahima Ousmane Kanté	Gynéco-Obstétrique
Mr. Alassane TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
Mr. Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
Mr. Amsalah NIANG	Odonto-préventive-Sociale
Mr Mamadou BAH	Chirurgie-Buccale



#### ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

Mme. Lydia B. SITA	Stomatologie
--------------------	--------------

#### D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

##### PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr. Adama DIARRA	Physiologie
2. Mr. Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie
3. Mr. Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie chef de DER
4. Mr. Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie

##### MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRES DE RECHERCHES

1. Mr. Mahamadou A. THERA	Parasitologie-Mycologie
2. Mme. Safiatou NIARE DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
3. Mr. Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire
4. Mr. Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire
5. Mr. Bokary Y SACKO	Biochimie
6. Mr. Bakary MAIGA	Immunologie

##### MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr. Abdoulaye KONE	Parasitologie-Mycologie
2. Mr. Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie
3. Mr. Mamadou MAIGA	Bactériologie-Virologie
4. Mr. Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
5. Mme. Djeneba Bocar MAIGA	Bactériologie-Virologie
6. Mr. Sidi Boula SISSOKO	Histologie Embryologie et Cytogénétique
7. Mr. Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
8. Mr. Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
9. Mr. Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
10. Mr. Boubacar Sidiki Ibrahim DIAKITE	Biologie-Médicale/Biochimie Clinique
11. Mr. Mamadou BA	Biologie/Parasitologie Entomologie-Médicale
12. Mr. Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
13. Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie

14. Mr. Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
15. Mr. Nouhoum SACKO	Hématologie/Oncologie/Cancérologie
16. Mme. Mariam TRAORE	Pharmacologie
17. Mr. Saidou BALAM	Immunologie
18. Mme Arhamatoulaye MAIGA	Biochimie



**ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE**

1. Mr. Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
2. Mr. Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
3. Mr. Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
4. Mr. Moussa KEITA	Entomologie-Parasitologie
5. Mr. Yacouba FOFANA	Hématologie
6. Mr. Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie
7. Mr. Djakaridja TRAORE	Hématologie

**D.E.R DE MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES**

**PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE**

Mr. Hamar Alassane TRAORE	Médecine Interne
Mr. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr. Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr. Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr. Adama Diaman Keita	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Soukalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mr. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mme. SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
Mr. Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr. Moussa T. DIARRA	Hépto-Gastro-Entérologie
Mr. Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr. Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr. Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie

**MAITRES DE CONFÉRENCES / MAITRES DE RECHERCHE**

Mr. Abdel Kader TRAORE	Medicine interne
Mr. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme. KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
Mme. Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mme. Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr. Abdoul Azize DIAKITE	Pediatrie
Mr. Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie
Mr. Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr. Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr. Ilo Bella DIALLO	Cadiologie
Mr. Ichiaka MENTA	Cardiologie
Mr. Souleymane COULIBALY	Cardiologie
Mr. Youssoufa Mamadou MAIGA	Neurologie
Mr. Anselme KONATE	Hépto-Gastro-Entérologie
Mr. Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mr. Souleymane COULIBALY	Psychiatrie
Mr. Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr. Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale/ Ophtalmologie
Mr. Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale

**MAITRE ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE**

Mr. Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Konimba DIABATE	Radiologie et Thérapie
Mr. Adama DIAKITE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Aphou Sallé KONE	Radiologie et Thérapie

Mr. Mory Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mme. Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Issa CISSÉ	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mme. Djenebou TRAORE	Médecine Interne
Mr. Djibril SY	Médecine Interne
Mme. Djéneba DIALLO	Néphrologie
Mr. Hamadou YATTARA	Néphrologie
Mr. Seydou SY	Néphrologie
Mr. Hamidou Oumar BA	Cardiologie
Mr. Massama KONATE	Cardiologie
Mr. Ibrahim SANGARE	Cardiologie
Mr. Youssouf CAMARA	Cardiologie
Mr. Samba SIDIBE	Cardiologie
Mme. Asmaou KEITA	Cardiologie
Mr. Mamadou TOURE	Cardiologie
Mr. Mamadou DIAKITE	Cardiologie
Mr. Bourama DEMBELE	Cardiologie
Mme Adiaratou Coumba THIAM	Cardiologie
Mr. Boubacar SONFO	Cardiologie
Mme. Mariam SAKO	Cardiologie
Mme. Kadiatou DOUMBIA	Hépto-Gastro-entérologie
Mme. Hourouna SOW	Hépto-Gastro-entérologie
Mme. Sanra Débora SANOGO	Hépto-Gastro-entérologie
Mr. Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Abdoulaye M. TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Mamadou AC. CISSE	Médecine d'Urgence
Mr. Seydou HASSANE	Neurologie
Mr. Guida LANDOURE	Neurologie
Mr. Thomas COULIBALY	Neurologie
Mr. Adama Seydou SOSSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
Mr. Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
Mme. Khadidia OUATTARA	Pneumologie
Mr. Pakuy Pierre MOUNKORO	Psychiatrie
Mr. Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
Mme. Siritio BERTHE	Dermatologie
Mr. Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mme. N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
Mme. Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
Mme. Mamadou GASSAMA	Dermatologie
Mr. Belco MAIGA	Pédiatrie
Mme. Djeneba KONATE	Pédiatrie
Mr. Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
Mr. Karamoko SANOGO	Pédiatrie
Mme. Fatoumata Léoni DIAKITE	Pédiatrie
Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
Mme Djénéba SYLLA	Pédiatrie
Mr. Djigui KEITA	Rhumatologie





Mr. Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr. Drissa Massa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr. Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr. Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire

**ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE**

Mr. Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique
-------------------------	----------------------

**D.E.R DE SANTE PUBLIQUE**

**PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE**

Mr. Seydou DOUMBIA	Épidémiologie
Mr. Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr. Samba DIOP	Anthropologie Médicale et Éthique en Santé
4. Mr. Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique

**MAITRES DE CONFÉRENCES/ MAITRE DE RECHERCHE**

Mr. Cheick Oumar BAGAYOKO	Information Médicale
Mr. Massambou SACKO	Santé Publique
Mr. Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr. Modibo DIARRA	Nutrition

**MAÎTRES ASSISTANTS /CHARGES DE RECHERCHE**

Mr. Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr. Ousmane LY	Santé Publique
Mr. Ogobara KODIO	Santé Publique
Mr. Oumar THIERO	Bio statistique/Bio-informatique
Mr. Cheick Abou COULIBALY	Épidémiologie

**ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE**

Mr. Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale
Mr. Abdrahamane COULIBALY	Anthropologie Médicale
Mr. Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
Mr. Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
Mr. Mohamed Moumine TRAORE	Santé Communautaire
Mr. Housseini DOLO	Épidémiologie
Mr. Souleymane Sékou DIARRA	Épidémiologie
Mr. Yaya dit Sadio SARRO	Épidémiologie
Mr. Moctar TOUNKARA	Épidémiologie
Mr. Nouhoum TELLY	Épidémiologie
Mr. Bassirou DIARRA	Recherche-Opérationnelle
Mme. Fatoumata KONATE	Nutrition-Diététique
Mr. Bakary DIARRA	Santé-Publique
Mr. Baba DIALLO	Épidémiologie
Mme. Fatoumata SY	Gestion des Ressources Humaines

**CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr. Souleymane GUINDO	Gestion
Mme. MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr. Cheick O. DIAWARA	Bibliographie
Mr. Rouillah DIAKITE	Biophysique et Médecine Nucléaire
Mr. Alou DIARRA	Cardiologie
6. Mme. Assétou FOFANA	Maladies Infectieuses
7. Mr. Abdoulaye KALLE	Gastroentérologie
8. Mr. Mamadou KARAMBE	Neurologie
9. Mme. Fatouma Sirifi GUINDO	Médecine de Famille
10. Mr. Alassane PEROU	Radiologie
11. Mr. Boubacar ZIBEIROU	Physique
12. Mr. Boubakary Sidiki MAIGA	Chimie-Organique
13. Mme. Doulata MARIKO	Stomatologie
14. Mr. Elimane MARIKO	Pharmacologie
15. Mr. Issa COULIBALY	Gestion

**ENSEIGNANTS EN MISSION**

Mr. Lamine GAYE	Physiologie
-----------------	-------------



## DÉDICACE

Par l'Eternel Dieu Tout-Puissant, unique, éternel et trois fois saint, Père, Fils et Esprit Saint, je dédie cette thèse à ma maman ASSAKO MARTHE JOSEPHINE ainsi qu'à toute la grande famille AWOUMA.

## REMERCIEMENTS

### A l'Éternel, Dieu Tout-Puissant

Père, je n'aurais été capable de rien sans toi. Je ne suis capable de rien sans toi ! Tu me dis chaque jour: « **Aies pleinement confiance en moi qui suis chef de toute autorité et de toute domination** ». **Colossiens 2:10**. Si on venait à me le demander, l'unique raison de mon succès, qui je le déclare n'est qu'à ses débuts, c'est toi, Seigneur ; Oui c'est la grâce que tu m'accordes d'être de ceux qui ont foi en Toi. Merci pour tout tapa, c'est par ta grâce que je suis ce que je suis, c'est par ta grâce que je suis. Je renouvelle aujourd'hui encore Seigneur ma détermination de vivre de ta Parole, en toi et pour toi. Tu me dis : « **Que ce livre de la loi ne s'éloigne point de ta bouche ; médite-le jour et nuit, pour agir fidèlement selon tout ce qui y est écrit ; car c'est alors que tu auras du succès dans tes entreprises, c'est alors que tu réussiras** » **Josué1:8**. Je te prie Père de me donner une soif chaque jour plus grande de ta parole de vie, un désir toujours grandissant de marcher sur tes traces. Tu es ma seule et unique idole, tu es mon Dieu ! Le franchissement de cette étape je le crois, n'est que le prélude de toutes les merveilles que tu accompliras pour et par moi. Je m'avance de ce pas, tête haute, prêt à affronter les turbulences de la vie, fort de cette assurance que « **Je puis tout par celui qui me fortifie** » **Philippiens4:13**.

Puisse chaque instant de mon existence te rendre Gloire Ô Dieu toi qui es Père, Fils et Saint-Esprit Amen.

### **A ma maman Assako Marthe Joséphine,**

Une femme de Dieu,

Une femme de prière,

Une femme vertueuse,

Une femme forte,

Un modèle.

Maman mes simples mots ne suffiront jamais pour t'exprimer tout mon amour et ma reconnaissance pour tout ce que tu as fait de moi et pour moi. Ton amour, ton courage et ta bravoure continuent de me fortifier dans ma vie ; merci d'avoir toujours été à mon écoute, d'avoir toujours été prompte à me conseiller et à me soutenir, de n'avoir jamais cessé de me porter dans tes prières. Tout ce que j'ai de cœur et de spiritualité me vient de toi, merci d'avoir fait de moi l'homme que je suis, un homme averti et déterminé, un homme accompli dans le Seigneur et qui recherche toujours sa volonté. Tu peux être fière de ton nouveau docteur, ce travail est entièrement tien, il est l'accomplissement de tes innombrables peines et sacrifices. Jamais je ne cesserai de t'en remercier.

Ma prière pour toi « Mater » est que le Seigneur te rassasie de longs jours, pleins d'amour, de paix, de bonheur et de joie. Qu'il inonde ta vie de sa divine miséricorde et t'accorde la grâce de profiter pleinement du fruit de ton dur labeur, qu'il continue de te compter au nombre de ses enfants, au Nom Tout Puissant du Seigneur Jésus Christ. Amen !

### **A mon grand frère Minko'o Yannick**

Merci grand frère pour tous les conseils donc tu n'as jamais cessé de me prodiguer. Ta phrase « Pepe s'il te plait pour l'amour de Dieu, où j'ai échoué et n'ai pas réussi à rendre maman heureuse fait le pour moi car elle le mérite » a été pour moi un véritable soutien tout au long de ces années, c'est aussi pour que tu sois fier de ton petit frère que j'ai enduré toutes ces épreuves loin de

vous. Que ce travail contribue à nous réunir d'avantage et affermir nos liens fraternels.

Je t'aime beaucoup mon grand et je souhaite que le Seigneur Jésus dans sa miséricorde continue de te visiter et t'accorde sa grâce. Amen.

**A ma grande sœur Assako Marthe Stella,**

Je ne cesserai de te remercier « RESSE » pour le soutien moral et financier tout au long de ces années, merci pour les conseils et les encouragements à tenir bon lors de mes moments de doute. Je peux te garantir que cela m'a été d'un soutien inestimable. Tu peux être fier de ton petit frère.

**A mon petit frère Abomo Joel Ivan**

Tu es le petit frère que tous les grand-frères rêvent d'avoir. Ton soutien, ton respect et ton amitié font de moi le grand-frère le plus heureux de la terre, ensemble nous ferons de grandes choses. J'espère qu'on sera à la hauteur de tout ce donc nous nous sommes promis pour rendre maman heureuse. Que ce travail petit frère contribue à resserrer nos liens.

**A ma princesse chérie Ngamvogo Mekongo Victorine Sandra,**

Si jeune mais déjà si mature, brillante et courageuse, merci beaucoup petite sœur pour les conseils et prières envers ton grand frère, merci pour tout ce que tu as fait et continue de faire à ton jeune âge à maman, tu es celle qui la soutient, celle qui lui a donné la joie d'être une grande mère comblée avec la venue de notre prince. J'espère par la grâce de DIEU qu'on pourra continuer notre aventure ensemble et rendre à maman au centuple ce qu'elle mérite. Tu peux être fière de ton grand frère et t'inspiré de lui pour la suite de tes études.

**A ma grande mère et femme NTOUMBA BERTHE,**

Une femme de foi et de prière, ma deuxième maman, merci pour tout grande mère, les mots me manquent sincèrement pour te dire tout ce que je ressens pour

toi. Je me rappelle de tous ces conseils la veille de mon départ pour cette aventure. Tu peux être fier de ton mari grand-mère il a réussi. Je te dédie ce diplôme maman et espère bientôt te retrouver en pleine forme par la grâce de DIEU.

### **A Mon oncle Atouba Alain**

Un homme de Dieu,

Un homme de principe,

Un modèle.

Tu es plus qu'un oncle, tu es un père pour moi. Tu as toujours été là pour moi, et tu as guidé mes pas depuis le début de mes études par tes conseils et autres. A travers ce travail, je te communique tout mon respect et toute ma gratitude. Merci pepa'a Alain.

### **A mes oncles et tantes, Ndazo'o Yves, tantine Angèle, Ma'a Annie**

Merci énormément pour vos prières et encouragements, sans tout cela ce travail n'aurait pas été possible. Vous pouvez être très fier de votre fils. J'espère que ceci va permettre à notre famille d'être plus unis car ceci est votre doctorat à tous.

### **A mes cousins et cousines : Tati, Babi, Franck, Brenda, Jenni, et tous les autres**

Je vous sais heureux pour moi aujourd'hui. Je vous sais fiers de me savoir médecin. Vivre toutes ces années loin de vous n'a pas été chose facile, mais vos messages téléphoniques, vos mails m'ont aidé à tenir. Merci infiniment pour votre soutien moral. J'ai eu vent de vos prouesses scolaires et je veux que vous sachiez que je suis fier de chacun de vous. En vous réitérant tout mon amour, je vous encourage à vous surpasser et même à me dépasser. Que l'Eternel soit le rocher de votre salut, au Nom de Jésus Christ. Amen.

### **A mes neveux chéris : Uriel, Linda, Yan...**

Mes bébés vous pouvez être très fière de votre père aujourd'hui. Puisse le Seigneur tout puissant nous réunir bientôt.

**A mes regrettés : Awouma Minko Jean, Minko Luc Roger, Assako Bedjeme Marthe, Assako Minko Marie, Minko Ekoula Anatole, Ekoula Blaise, Abossolo Doline, Awouma Jean Parfait, Bedjeme Agnes Florence, Zamo'o Arista Ornella, Bitolog Francois, Ngo Bitolog,**

Ma joie aurait été beaucoup plus grande si vous étiez encore parmi nous aujourd'hui, mais le Seigneur dans sa sagesse en a voulu autrement. Je demeure convaincu que ce travail est la réalisation d'un de vos rêves. Dormez en paix. Je vous garderai toujours dans ma mémoire. Vous pouvez être fier de votre fils et petit-fils.

**A la famille Ella,**

Merci d'avoir toujours été là pour moi, merci de m'avoir soutenu. Trouvez en ses mots l'expression du profond amour que vous porte votre fils. Que l'Eternel soit votre partage.

**A toute la grande famille Niaré,**

Ma deuxième famille, vous m'avez montré qu'une famille ne se limitait pas uniquement aux liens de sang. Merci de m'avoir accepté comme votre propre fils, pour votre générosité, vos conseils et pour votre soutien pendant ces huit dernières années. Puisse Dieu vous le rendre au centuple.

**A mes plus qu'amis : Dr Youzan Bikoi Jonas et Cyrille Dontsop**

Plus que des amis vous êtes pour moi des frères. Merci pour tous ces moments que nous avons eu à passer ensemble, grâce à vous je connais le sens même du mot amitié. Vous m'avez accepté comme je suis malgré mes nombreux défauts et n'avez cessé de me conseiller et me montrer le bon chemin. Que ce travail puisse contribuer à renforcer nos liens d'amitié en espérant que le Seigneur nous

accordera la grâce d'être toujours si unis. Je vous dédie ce travail frères. On réalisera de grandes choses ensemble par la grâce de DIEU.

**A mes amis : Dr Signe Thierry, Dr Tamesse Toussaint, Dr Marius Soussou, Dr Mylaine Leteche, Dr Kamene Van Jules, Dr Ernest Fogue, Dr Cofele Kenmoue, Dr John Waani, Mr Francis Ombaho, Mr Tchientcheu Florent, Nicolette, Nina, Anicet Foka etc...**

S'il est vrai que l'être humain est l'image imparfaite de la perfection de son créateur, je reconnais être le moins parfait de tous. Vous avez malgré tout su m'accepter. Nous n'avons pas vécu que des moments de joie, de bonheur et de fous rires, mais nous avons appris à surmonter nos peines et chagrins, à trouver en chaque instant de division une raison d'union. Les moments partagés avec vous demeureront pour toujours gravés tout au fond de mon cœur ; le temps passera, mais ne les effacera pas. Je viens ici vous renouveler mon amitié et ma fidélité. Que le Seigneur bénisse chacun de vous dans tout ce qu'il entreprendra.

**A ma famille de Bamako : Dr Sieleche Christian, Dr Dorine, Dr Maurice Avodo, Borel Kamdem, Tchomtchoua Cédric.**

Merci de m'avoir accueillie et guidée dans cette jungle qu'est le Point-G. Merci de m'avoir initiée à la vie d'adulte. Merci de m'avoir soutenue.

**A mes enfants de Bamako : Sali Zoua Frédéric, Mapoko Noussi Marianne Thérienne, Irie Jonathan, Solange Nkot**

Vous allez me manquer. Merci pour tous ces moments de joies que nous avons partagé. Merci aussi pour les « petits coups bas » : grâce à vous, je me suis découvert des capacités de pardon que je ne soupçonnais même pas. Merci pour la confiance que vous avez placée en moi. Vous m'avez appris le sens des responsabilités et le don de soi. Nous avons vécu une aventure fabuleuse, et je tiens à vous dire qu'elle ne s'arrête pas ici, mon affection restera vôtre. Continuez de vous battre pour ce en quoi vous croyez, de tout donner pour

atteindre vos objectifs. Je vous confie, chacun dans les moindres détails de sa vie, à la bienveillance du Seigneur Jésus.

**A mes voisins.**

**Particulièrement à Toussaint, Anicet, Christian, Junior, Brisse, Steve, Yoan..**

Une cour vivante et riche en solidarité ; tel est le souvenir que je garde de vous. Merci infiniment pour votre soutien. J'espère que l'occasion nous sera donnée de nous revoir.

**A mon groupe d'étude : Dr Youzan Jonas, Dr Fogue Ernest, Dr Tamesse Toussaint**

Nous y sommes arrivés. Je tarde à réaliser que je devrais désormais habiller chacun de vos noms du titre « Docteur ». Merci pour ces sept années de partage et de mansuétude. Vous n'êtes pas tous les jours faciles à vivre, mais jamais je ne me suis imaginée évoluant avec d'autres que vous. Ça a été un honneur d'être des vôtres. Ce travail est le fruit de votre labeur à tous, puissiez-vous en être fiers comme je le suis de vous. Je vous souhaite de belles et splendides carrières de médecins. Que le Seigneur soit votre gloire.

**A Patrick Bolega, Yesirou Adegbindin, Francis Ombaho, Tsane Nina.**

Je vous suis gré pour toute l'aide dont vous m'avez été dans la réalisation de ce travail de recherche. Ce travail est également le vôtre. Trouvez en ces mots l'expression de ma profonde gratitude.

**A travers Docteur Tangara BS.**

Je présente mes vifs remerciements à toute l'équipe du *Cabinet Médical MAMY*.



Mes maîtres qui m'ont appris le sens élevé de la dignité et de l'abnégation ; qui caractérisent le métier de médecin ainsi qu'à tout le personnel du service de Pédiatrie du CHU Gabriel Touré.

**A l'AEESCM et à chacun de ses membres.**

Merci de m'avoir accueilli au milieu de vous. Merci de m'avoir guidé. Je vous encourage, à croire que cette tempête qui agite notre navire n'est qu'une petite bourrasque. Continuez d'aller de l'avant. Vous pouvez être fiers de ce nouveau médecin qui naît de votre sein, soyez en honorés.

**A la promotion Rome.**

Famille d'accueil, j'ai vécu des moments formidables en votre compagnie. Vous êtes formidables. Bientôt tous Docteurs, je vous souhaite excellence et réussite pour vos vies futures, et demeure dans le secret espoir qu'on se revoie tous un jour.

**Au Mali et au peuple malien.**

Vous m'avez appris humilité, modestie, altruisme et même philanthropie. L'ardeur de ce soleil raison de mes plus grandes plaintes, n'a eu d'égale que l'immense amour que vous m'avez témoigné. Votre hospitalité, m'a donné de croire que la différence de nationalité ne constitue pas une barrière entre africain. Ma prière pour le Mali, pour le peuple malien, et pour chaque habitant de cette terre exceptionnelle qu'est le Mali, c'est la paix. Que le Seigneur, Dieu d'amour, dans sa miséricorde infinie, vous accorde Paix, Amour et Réconciliation, au nom Tout-Puissant de Jésus-Christ. Amen !

**A tous les enseignants de la F.M.O.S.**

**A tous les étudiants de la F.M.O.S.**

**Au Cameroun ma chère patrie.**

**A tous ceux dont j'ai omis de citer le nom mais pour qui j'ai une pensée en ce moment.**

**A ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration de ce travail. Je vous remercie.**

## HOMMAGES AUX MEMEBRE DU JURY

A notre Maître et Président du jury

**Professeur Boubacar Maïga ; MD, Ph D**

- ✧ Maître de conférences d'immunologie
- ✧ Médecin chercheur au centre de recherche et de formation du Paludisme (MRTC),  
faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
- ✧ Modérateur de PROMED –Francophone pour les maladies infectieuses

Cher maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations, illustre bien votre générosité et votre humilité. Homme de science remarquable par vos connaissances et votre qualité pratique, c'est un véritable privilège pour nous de vous compter parmi ce jury.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

À notre Maître et membre du jury

**Dr. Jean Baptiste Guindo**

- ✧ Médecin généraliste,
- ✧ Directeur technique du CScom de Koulouba

Cher maître,

Nous sommes très honorés de vous avoir dans ce jury, nous admirons vos qualités scientifiques, humaines de courtoisie et de sympathie qui témoignent de votre grande disponibilité. Veuillez recevoir ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

A notre Maître et juge

**Madame Hatouma Samoura**

- ✧ Sociologue
- ✧ Chercheuse associée au Département d'Enseignement et de recherche en Santé Publique à l'unité d'Anthropologie Ethique et Bioéthique
- ✧ Spécialiste en engagement des parties prenantes et des communautés
- ✧ Membre du composant engagement des parties prenantes du projet Target Malaria.

Votre apport au cours de l'élaboration de cette thèse a été d'une qualité estimable. Vos qualités humaines ainsi que votre sens élevé de responsabilité et rigueur dans le travail font de vous un bon encadreur. Trouvez ici toute notre admiration et notre profond respect.

A notre Maître et Directeur de thèse

**Pr. Samba Diop**

- ✧ Professeur en anthropologie médicale et santé publique
- ✧ Enseignant chercheur en écologie humaine, en anthropologie, éthique publique et sociale à la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
- ✧ Responsable de la section science humaine, sociale et éthique au CEREFO Centre VIH-TB à la FMOS et NAID
- ✧ Membre du comité d'éthique institutionnel et national du Mali

Cher maître,

Perfectionniste chevronné, vos qualités académiques et éthiques, votre grande culture scientifique et votre rigueur imposent déférence et admiration. Votre exigence scientifique, votre disponibilité, vos qualités exceptionnelles de formateur, votre humanisme, joints à votre modestie font de vous une référence dans le monde de la santé et un modèle de maître révérend du plus grand nombre.

Nous vous sommes redevables de l'aboutissement de ce travail, Tout en vous témoignant notre estime et notre reconnaissance infinies, nous vous prions cher maître d'accepter l'expression de notre haute considération.

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>BCG</b>	: Bacille Calvin Guérin
<b>CSA</b>	: Centre de Santé d'Arrondissement
<b>CSCOM</b>	: Centre de Santé Communautaire
<b>C III</b>	: Commune trois
<b>DSFC</b>	: Division Santé Familiale et Communautaire
<b>DTCP</b>	: Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite
<b>IB</b>	: Initiative de Bamako
<b>IGM</b>	: Institut Géographique du Mali
<b>INSAH</b>	: Institut Nationale du Sahel
<b>KBK</b>	: Kita, Bafoulabé et Kéniéba
<b>O N G</b>	: Organisation Non Gouvernemental
<b>PDDSS</b>	: Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
<b>RGPH</b>	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>PMA</b>	: Paquet Minimum d'Activités
<b>PRODESS</b>	: Programme de Développement Sanitaire et Social
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

### Liste des figures

<b>Figure 1</b> : Modèle de déterminants de l'accès aux soins de santé.....	6
<b>Figure 2</b> : Cadre conceptuel du système de soins d'après le modèle de Poole et Charlton .....	8
<b>Figure 3</b> : Répartition selon la tranche d'âge .....	19
<b>Figure 4</b> : Répartition selon le statut matrimoniale .....	20
<b>Figure 5</b> : Répartition selon la conduite à tenir face au dernier problème de santé .....	23
<b>Figure 6</b> : Répartition selon le service de santé fréquenté au cours du dernier problème de santé.....	24

### Liste des tableaux

<b>Tableau I</b> : Attributs et dimension de la qualité.....	9
<b>Tableau II</b> : Déterminants de l'accès focalisés sur la prestation des services de santé (d'après Pechansky/Thomas, 1981).....	10
<b>Tableau III</b> : Ratio de couverture en personnel de santé selon la qualification au Mali.....	14
<b>Tableau IV</b> : Répartition selon le nombre d'enfant.....	20
<b>Tableau V</b> : Répartition selon la présence de grossesse .....	20
<b>Tableau VI</b> : Répartition selon que les parent soient en vie ou pas .....	21
<b>Tableau VII</b> : Répartition selon la profession du père .....	21
<b>Tableau VIII</b> : Répartition selon profession de la mère .....	21
<b>Tableau IX</b> : Répartition selon la raison de migration .....	22
<b>Tableau X</b> : Répartition selon le type d'instruction .....	22
<b>Tableau XI</b> : Répartition selon la présence de maladie ou pas lors des trois derniers mois....	22
<b>Tableau XII</b> : Répartition selon le dernier problème de santé.....	23
<b>Tableau XIII</b> : Répartition selon la distance par rapport au centre de santé .....	24
<b>Tableau XIV</b> : Répartition selon la satisfaction dans le dit centre de santé .....	24
<b>Tableau XV</b> : Répartition selon la qualité de la consultation .....	25
<b>Tableau XVI</b> : Répartition selon la personne qui prend en charge les frais de santé.....	25
<b>Tableau XVII</b> : Répartition selon le lieu d'achat des médicaments .....	25
<b>Tableau XVIII</b> : Répartition selon la raison du non achat des médicaments en pharmacie ...	25



<b><u>Tableau XIX</u></b> : Répartition selon la croyance en l'existence des IST .....	26
<b><u>Tableau XX</u></b> : Répartition selon le symptôme d'IST le plus connu .....	26
<b><u>Tableau XXI</u></b> : Répartition selon l'âge du premier rapport sexuel .....	26
<b><u>Tableau XXII</u></b> : Répartition selon le contexte du premier rapport sexuel .....	27
<b><u>Tableau XXIII</u></b> : Répartition selon la fréquentation des maisons closes .....	27

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION .....	1
I. CADRE THEORIQUE .....	3
1. Etat des lieux de l'utilisation des services de santé dans les pays en développement .....	4
1.1 Déterminant de l'utilisation des services de santé dans les pays en développement ....	4
1.2 Modèle d'utilisation des services de santé : .....	6
1.3 Déterminants liés à la qualité des soins : .....	8
1.4 Attributs et dimension de la qualité [11] .....	9
2. Situation sanitaire du Mali .....	10
2.1. Historique .....	10
2.2. Organisation de la gestion des soins .....	11
2.3. Indicateur de santé .....	13
3. Justificatif de l'étude .....	14
4. Hypothèses de recherche .....	15
5. Objectifs .....	16
5.1. Objectif général .....	16
5.2. Objectifs spécifiques .....	16
II. DEMARCHE METHODOLOGIQUE .....	17
III. RESULTATS .....	19
3.1. Analyse quantitative .....	19
3.2. Analyse qualitative .....	
IV. COMMENTAIRE ET DISCUSSIONS .....	29
1. Méthodologie .....	29
2. Caractéristiques sociodémographiques .....	29
3. Hygiène et couverture sanitaire .....	31
IV. CONCLUSION ET PROPOSITIONS .....	32
Conclusion .....	32
Propositions .....	33
V. REFERENCES .....	34
ANNEXES .....	36
FICHE D'ENQUETE .....	36
CERTIFICATS .....	38
.....	40
.....	41
FICHE SIGNALETIQUE .....	42

## INTRODUCTION

L'accessibilité des populations les plus démunies aux soins de santé primaire demeure une préoccupation au cœur des politiques de santé dans les pays à faible revenu. Depuis 1987, les pays d'Afrique au sud du Sahara se sont engagés avec détermination dans des réformes visant à améliorer l'accès aux soins de santé primaires, la qualité des soins et l'adhésion communautaire [1]. Si ces réformes ont contribué à l'accroissement substantiel de l'offre de soins au Mali, l'utilisation des services de santé, qui bien qu'ayant augmenté, reste faible et oscille en 2003 entre 0,10 et 0,30 contact par personne et par an [1]. La tendance actuelle ne permettra pas au Mali d'atteindre les objectifs du millénaire. Tant que la population n'utilisera pas davantage les services de soins préventifs et curatifs, il est fort probable que cette tendance ne se modifiera pas significativement. Tenter de se rapprocher des objectifs du millénaire exige des mesures permettant une évolution positive des taux de fréquentation des services de santé. [2].

Des sociétés les plus reculées aux temps modernes, des hommes ont toujours maintenu sous leurs dominations leurs semblables ; l'emploi d'aide-ménagère n'échappe pas à cette règle. Les aides ménagères ou servantes représentent une couche particulière de la population en majorité constituées d'adolescentes d'âge compris entre 10-19 ans selon l'OMS [3]. Le phénomène d'emploi ménager est surtout répandu dans les villes notamment dans le district de Bamako où elles constituent la part la plus importante des femmes en activités tout statut confondu. Elles étaient au nombre de 4.734 dans le district Bamako selon le recensement général de la population et de l'habitat du Mali de juin 1991 soit 63,3% de l'ensemble des femmes en activité [3]. Elles sont généralement recrutées pour s'occuper des tâches telles que la cuisine, la lessive, le nettoyage et travaillent plusieurs heures par jour (plus de 14 heures en moyenne) pour un salaire en général dérisoire. Compte tenu de leur niveau socio-économique bas, ces filles quittent leurs lieux d'origine à la recherche de revenus pour subvenir à leurs besoins (trousseaux de mariage, aides aux parents etc.).

Confrontées à des problèmes de santé liées à leurs activités sous rémunérés, elles se voient parfois dans l'obligation de chercher un complément de ressources les entraînant à exercer des métiers plus lucratifs, mais souvent préjudiciables à leurs santés et à leurs dignités. Cette tendance vers le gain facile les expose à des pratiques à risques élevés tels que la prostitution, la toxicomanie, les interruptions volontaires de grossesses ayant pour conséquence les IST/VIH, la stérilité, les grossesses indésirées etc. Selon une étude menée par

l'ISBS, 80% des jeunes garçons à Bamako ont eu leur premier rapport sexuel avec une aide-ménagère ; Elles font partie des cinq catégories de groupe cible à haut risque face au VIH/SIDA avec un taux de prévalence de 2,2% contre un taux national de 1,3% [4]. En cas de maladies, elles n'ont pas de moyens pour se faire soigner au niveau des centres de santé et font recours aux médicaments dit "par terre". Un surcroit d'effort s'impose aux décideurs pour faire face aux besoins des jeunes et particulièrement des aides ménagères.

C'est pour documenter les vécues socio-sanitaires de ce groupe social que nous nous proposons d'entreprendre ce travail afin de déterminer les problèmes de santé qu'elles rencontrent en relation avec leurs statuts.

## I. CADRE THEORIQUE

*La santé* : ce mot facilement prôné par les politiques fait appel le plus souvent à des notions très délicates : stratégies, formations, sensibilisations, évaluations. L'évaluation constitue ainsi la clé de voûte du succès de tout système de santé car elle permet de révéler les lacunes des plans de santé pendant leur mise en œuvre. Si l'adhésion ou la participation communautaire représente un des paramètres la plupart du temps utilisé au cours de l'évaluation, l'utilisation ou le recours des populations à des options sanitaires bien spécifiées en constitue un des principaux indicateurs. Ainsi, une utilisation rationnelle des services de santé peut entraîner une amélioration du bien-être et de la santé des populations. Dans certains des cas, lorsque cette utilisation est juxtaposée à des indicateurs de l'état de santé tels que les incidences des maladies, les couvertures des soins ; elle permet de préjuger sur la qualité des politiques et stratégies de services en matière de santé.

Au Mali, 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) [2,12] constitue une preuve palpable de l'échec des politiques de santé dans le pays. L'utilisation des services est un indicateur de résultat et en dehors de l'aspect politique, plusieurs autres éléments peuvent intervenir comme atout de motricité. Ce sont : la notion des maladies, l'information et la sensibilisation des populations, le vécu socioculturel, les comportements et attitudes du personnel, les facilités financières faites aux usagers, la réputation du centre de santé, la nature du geste médical.

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

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

**Besoins de santé** : Un besoin de santé est ce qui doit être requis pour remédier au problème identifié. Plus l'écart par rapport à la norme de santé est grand, plus le besoin est important. Notons cependant que l'existence de besoins de santé peut se concevoir même dans les

situations où il n'y a pas de problèmes de santé. Le besoin est en quelque sorte la traduction du problème en terme opérationnel. Il s'agit donc de concepts bien distincts interdépendants, chacun ayant son importance.

### **1. Etat des lieux de l'utilisation des services de santé dans les pays en développement**

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 [5]. 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. 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 [5].

#### **1.1 Déterminant 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 [6].

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) [6].

Dans une étude réalisée en 2005 par Mushagalusa SALONGO [7] sur les déterminants socioéconomiques 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 [8] 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) [8]: 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 [8].

Il existe d'autres obstacles à l'accès aux soins de santé qui sont d'ordre social et culturel : social parce que les catégories favorisées peuvent plus facilement accéder à des équipements de haut niveau en raison de leur réseau de relation ou de leur information et culturel, car des croyances ou des modes de représentation liés à l'appartenance culturelle peuvent créer des barrières pour l'accès aux soins [8]. Ceci est particulièrement vrai pour les pays en voie de développement, mais aussi pour des pays où existent des minorités ethniques (Lucas Gabrieli, Nabet et Tomeler 2001) [8]. 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 [9], il ressort les principaux déterminants de l'utilisation des services de santé dans ces pays et les regroupe de la façon suivante :

○ **Caractéristiques des individus ou les facteurs prédisposant :**

Socio démographiques (l'âge, le sexe, l'éducation, la taille de la famille, le statut matrimonial, la religion, l'ethnie)

○ **Caractéristiques liées à la maladie, aux perceptions qu'ont les patients de la maladie :**

Le caractère chronique ou aigu, sévère ou bénin de la maladie, les contextes étiologiques attribués à celle-ci et les bénéfices attendus de l'utilisation d'une ressource de santé ou d'une autre

○ **Caractéristiques des services offerts et les perceptions qu'ont les patients ou les facteurs facilitant :**

L'accessibilité géographique, l'acceptabilité des dispensateurs de soins, l'attrait généré par la qualité des soins, les coûts.



**Figure 1** : Modèle de déterminants de l'accès aux soins de santé

### 1.2 Modèle d'utilisation des services de santé :

Le modèle de comportement de l'utilisation des services de santé (Andersen 2001) [9], 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 [9].

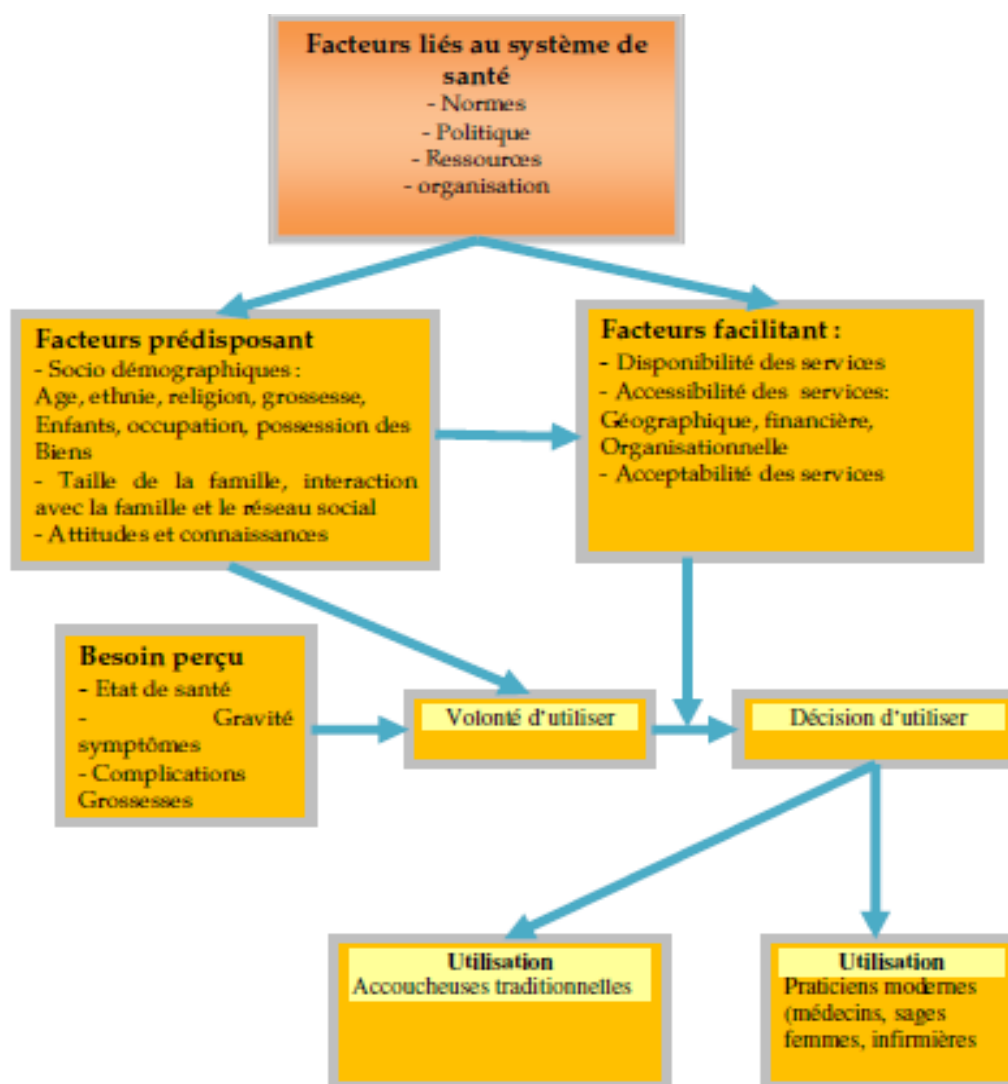
Cependant, l'élément principal du modèle, reste le comportement des individus en particulier au niveau de leur utilisation des services de santé et des résultats qui en découlent en termes d'état de santé et de satisfaction des services [8]. Le modèle comporte donc quatre variables : Les caractéristiques contextuelles, les caractéristiques individuelles, le comportement de santé et les résultats de santé [8].



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

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

Les comportements de santé relèvent des pratiques individuelles de santé, du processus de soins et de l'utilisation des services de santé. Les résultats peuvent découler de l'utilisation des services : l'état de santé perçu, l'état de santé évalué et la satisfaction du patient.



**Figure 2** : Cadre conceptuel du système de soins d'après le modèle de Poole et Charlton (1986, page 10)

### 1.3 Déterminants liés à la qualité des soins :

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

#### ➔ 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.

#### ➔ Selon l'OMS

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

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

En outre, la qualité ne peut être considérée en dehors de son contexte, c'est une propriété plus relative qu'absolue, et son optimum est contraint par le contexte socio - économique, le niveau de ressources, les intrants technologiques et bien entendu les valeurs culturelles du milieu. [10] Pour Donabedian (Donabedian, 1992), la qualité englobe tous ces aspects. Il en classe les attributs en six (6) grandes catégories : l'efficacité, l'efficacité, le caractère optimal, l'acceptabilité, la légitimité, et l'équité.

La 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 financière.

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 [10].

#### 1.4 Attributs et dimension de la qualité [11]

**Tableau I** : Attributs et dimension de la qualité

##### Ressources

Présence de médicaments de qualité

Disponibilité des médicaments

Locaux adéquats

Disponibilité d'appareils

Nombre de docteur

##### Processus (aspect technique)

Examen clinique convenablement exécuté

Utilisation appropriée

Diagnostic bien posé

Médicaments adéquat prescrit

##### Processus (aspects interpersonnels)

Accueil convenable

Marque de compassion

Respect du patient en tant que personne

Temps consacré suffisant

Explication pour expliquer que la maladie se reproduise

##### Résultat

**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 [11]. A ce sujet, il est frappant de noter la diversité des qualités attendues des professionnels de la santé et la précision avec laquelle elles sont énoncées (accueil, considération, compassion, etc.).

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

Dimension	Acceptabilité	Disponibilité	Accessibilité	Qualité des soins	Accès financier
Facteurs potentiels influant sur l'accès aux services de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Processus de prise de décision au niveau de ménage</li> <li>- Perceptions en ce qui concerne les maladies, les prestataires, les médicaments</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paquet de service définitif</li> <li>- Stock de médicaments, vaccins</li> <li>- Personnels de santé techniquement compétente</li> <li>- Infrastructure</li> <li>- Diagnostique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distance des centres de santé</li> <li>- Horaire route et transport</li> <li>- Système de référence et service, ambulance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accueil</li> <li>- Intimité donné aux patients</li> <li>- Accès à l'eau, électricité hygiène</li> <li>- Maintiens</li> <li>- Nettoyage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coût direct et indirect</li> <li>- Mode de paiement</li> <li>- Ressources et capitaux des ménages (argents, réseaux sociaux épargne, crédit etc...)</li> </ul>

## 2. Situation sanitaire du Mali

### 2.1. Historique

Dès le début des années 1970, les problèmes financiers de l'Etat malien ont fait qu'il ne pouvait plus assurer correctement le fonctionnement des formations sanitaires publiques. Parallèlement, les besoins de santé des populations ne cessaient de croître d'année en année. [5]. Dès lors, le principe de gratuité des soins était remis en cause. Le début des années 1980 a vu les moyens consacrés par l'état à la santé se réduire de façon considérable et leur mauvaise gestion a conduit à une baisse progressive de la qualité des prestations dans les structures sanitaires publiques [5]. Par exemple, de 1970 à 1988, la part du budget de l'Etat consacré à la santé passait de 9% à 4% du budget total ; de 1983 à 1987, les investissements dans le secteur santé passaient de 52% à 9% du budget alloué à la santé (MSPAS, 1989). Face à cette réalité, la fin des années 80, a vu différentes expériences de "recouvrement des coûts", c'est à dire de paiement direct par les ménages, se développer dans le pays, suivant le principe de la prise en

charge par les communautés elles-mêmes de leur propre santé. En effet, plus qu'une simple exigence d'autonomie ou de participation communautaire, il s'est agi en réalité de répondre à une nécessité économique, vue l'incapacité des structures publiques d'assurer aux populations un niveau de soins décent, à cause de ressources insuffisantes et de mauvaise gestion [5]. Le 15 décembre 1990, fut adoptée une déclaration de politique nationale de population avec pour objectif fondamental l'amélioration des conditions de vie de population à travers l'éducation, la santé, le logement, l'alimentation, la nutrition [13].

L'adoption du PRODESS et au regard de la composante « intégration de la lutte contre la maladie et des actions en matière de santé de la reproduction et de nutrition », une nouvelle réforme de la Direction Nationale de la Santé Publique est intervenue avec la création de la Division Santé de la Reproduction en 2000 en lieu et place de la DSFC (Division Santé Communautaire et Familiale) La période 1998-2000 consacrée à la création des conditions de mise en œuvre du PRODESS, a été marquée par un ralentissement de l'ensemble des activités de santé aux niveaux opérationnels et régionaux. Chaque région et cercle ont cependant mis à profit cette période pour mener des analyses et élaborer des plans quinquennaux de développement sanitaire. D'autre part, la politique d'extension de couverture sanitaire à travers le PMA s'est élargie à l'organisation du système de référence évacuation.

## **2.2. Organisation de la gestion des soins**

Le Mali est partie prenante dans toutes les stratégies adoptées par la région africaine en matière de santé, notamment la stratégie de lutte contre les endémies majeures qui sévissent dans le monde et particulièrement dans la sous-région, la stratégie de la région africaine en matière de santé de la reproduction et celle relative à la santé des adolescents. Avec l'appui technique et financier de la communauté internationale, le Mali a entrepris une série de mesures visant à résoudre les problèmes socio-économiques et démographiques dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. C'est ainsi que des politiques, plans et programmes ont été élaborés dans les différents secteurs socio-économiques.

Cet engagement des autorités maliennes s'est traduit par la révision et l'évolution progressive de sa politique de santé au vu des mutations successives de la population malienne. De 1966 à 1976, le premier plan décennal de développement des services de santé avait pour objectif de doter le pays d'un noyau de structures de soins au lendemain de l'indépendance en remplacement du système hérité de la colonisation basé sur la gratuité des soins et la lutte contre les grandes endémies. Ensuite, intervient le second plan décennal de développement sanitaire (1981- 1990), adopté après le lancement des soins de santé primaires, et visait les

mêmes objectifs à savoir l'offre de soins de santé au niveau le plus périphérique avec un système de recouvrement des coûts, la formation des agents de santé de base, avec en plus, la revitalisation des soins de santé d'arrondissement et la création des formations sanitaires sur la base populationnelle. Une expérimentation de ce plan est la mise en œuvre de l'expérience menée avec le financement de la Banque Mondiale dans les cercles de Kita, Bafoulabe et Kéniéba dans la région de Kayes d'où le nom de KBK. Tirant les leçons de ces différentes expériences, la 37<sup>ème</sup> réunion de l'Organisation mondiale de la santé, tenue à Bamako en septembre 1997 adopte une nouvelle stratégie de revitalisation des soins de santé primaires, appelée « Initiative de Bamako » C'est ainsi qu'en décembre 1990 [13], a été élaboré la déclaration de politique sectorielle de santé et population dont le but est « d'améliorer le niveau de santé de la population et plus particulièrement celui des femmes et des enfants. De 1992 à 1997, le projet santé population et hydraulique rurale (PSPHR) a été mis en place et a constitué le principal instrument de mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population à travers l'appui à la construction des centres de santé communautaires à travers le pays et à la revitalisation des centres de santé d'arrondissement (CSA) qui sont désormais soumis à la gestion communautaire. En 1996, le département de la santé a lancé l'élaboration d'un plan décennal de développement sanitaire et social en adoptant une approche dite « approche programme ».

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

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

### 2.3. Indicateur 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 [14],
- Taux de mortalité infantile : 113 pour mille [15],
- Taux de mortalité infanto-juvénile : 229 pour mille [15],
- Taux de mortalité maternelle : 582/100000 naissances vivantes [15],
- Taux brut de mortalité : 45,1 pour mille [14],
- Taux de couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois [16] :
  - 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 [16],
- Nombre de cas de ver de Guinée [16]  
2000 : 290 cas

Selon une étude d'évaluation de l'impact des maladies chez les enfants de moins de 15 ans en milieu rural au Mali (Duflos 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 :

- a) Le niveau central qui joue un rôle de conception, d'appui stratégique d'évaluation et de mobilisation des ressources, de prise de décision politique.
- b) Le niveau intermédiaire ou régional qui joue le rôle d'appui au niveau périphérique.
- c) 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 [14]:

- ✓ 3 hôpitaux nationaux de 3ème référence ;
- ✓ 1 institut d'ophtalmologie tropical
- ✓ 6 hôpitaux de 2ème référence ;
- ✓ 57 centres de santé de 1ère référence

✓ 759 CSCOM réalisés (CROCEP, 2001)

**Tableau III** : Ratio de couverture en personnel de santé selon la qualification au Mali

Catégories	Effectifs	Ratio	Normes OMS
Médecins (toutes spécialités)	719	14 612	10 000
Infirmiers d'état	579	18 145	5000
Infirmiers de santé	751	13 989	5000
Sages-femmes	490	21 440	5000

*Source : Rapport direction nationale de la santé (2001).*

### 3. Justificatif de l'étude

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

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

L'exode des filles est considéré comme une manifestation de grave crise sociale pour les ruraux. La thèse de pauvreté comme facteur d'exode peut s'expliquer par la provenance des jeunes filles : zone de culture de riz fluvial, zones de forte dégradation de sols. Aujourd'hui les pouvoirs politiques et administratifs, les organisations non gouvernementales essaient de promouvoir un certain développement de l'agriculture et une certaine maîtrise de l'eau. Ces



actions n'ont pas encore atteint une ampleur pouvant influencer sur le phénomène. La migration est aussi une réalité sociale et une réalité psychologique qui agissent tous sur l'état de santé. Cela se comprend dans la mesure où, en plus de la recherche de trousseau de mariage qui est la raison principale citée, viennent s'ajouter d'autres phénomènes qui feront que les aides ménagères ne retournent plus : grossesses non désirées (en milieu urbain) et mariage (au village). La migration rurale –urbaine par son intensité, son ampleur, ses conséquences socio-sanitaire et démographique constituent un des phénomènes les plus importants auxquels tous les pays font face depuis quelques décennies. Si pour les pays économiques industrialisés ces mouvements semblent s'estomper, il en va autrement dans les pays en voie de développement. Ce phénomène est responsable en grande partie de l'explosion démographique en milieu urbain. Cette explosion s'explique par : la croissance rapide de la population, la forte concentration géographique, les mouvements des populations rurales vers la ville, les nombreux brassages à l'intérieur des différents quartiers de la ville, les changements subis par l'environnement (pollution, insalubrité, promiscuité, misère), les changements socioculturels, changements dans les pratiques, la qualité et quantité de soins de santé. La croissance économique et l'activité de production de la ville en sont les facteurs favorisants.

La ville concentre toutes les préoccupations et toutes les inquiétudes. L'activité des aides ménagères est essentiellement d'ordre économique. Cette situation s'explique par les difficultés d'intégrer les femmes dans les activités de programmes de développement en milieu rural à cause de la diminution des produits de cueillette due aux facteurs climatiques (impact socio-économique des aides ménagères dans le district de Bamako). Cependant, les ruraux se plaignent de l'exode des filles comme une manifestation de la diminution de leurs autorités et le bouleversement des coutumes. Le changement de mentalité est cité dans 17,3% des cas par les communautés comme facteur de perturbation sociale, 71% des filles enquêtées évoquent l'appel comme motif de retour (impact socio-économique des aides ménagères dans le district de Bamako).

#### **4. Hypothèses de recherche**

Pour bien appréhender ces problèmes de santé des aides ménagères au Point g, Koulouba et Sokonafing en commune III nous avons émis trois hypothèses :

- Leurs problèmes de santé sont liés à leur statut socio-économique.
- Leurs revenus ne leur permettent pas de se prendre en charge.

- Leurs statuts socio –culturel influent sur leurs attitudes, comportements, capacités de prendre en charge leurs problèmes de santé.

## **5. Objectifs**

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

### **5.1.Objectif général**

Identifier les problèmes de santé que les aides ménagères rencontrent en commune III.

### **5.2.Objectifs spécifiques**

- ✘ Déterminer les problèmes de santé qu'elles rencontrent en relation avec leur statut.
- ✘ Etudier les connaissances aptitudes et pratiques des aides ménagères en matière de santé.
- ✘ Décrire les modalités de prise en charge de leurs problèmes de santé.
- ✘ Déterminer leurs taux de satisfaction dans les services de santé utilisés.

## **II. DEMARCHE METHODOLOGIQUE**

### **1. Cadre de l'étude**

L'étude a été réalisée au Point G, à Koulouba et à Sokonafing en commune III du district de Bamako auprès des aides ménagères sur les lieux de travail ou de regroupement.

### **2. La population de l'étude**

Notre étude a concerné toutes les femmes travaillantes comme aides ménagères et résidentes au Point G, à Koulouba et à Sokonafing en commune III du district de Bamako au moment de notre enquête.

#### **2.1. Critères d'inclusion**

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

- Travailler dans un ménage de la commune III au moment de l'enquête ;
- Avoir accepté de répondre à nos différentes questions

#### **2.2. Critère de non inclusion**

- Il s'agissait des aides ménagères ne travaillant pas dans un ménage de la commune III.
- Les aides ménagères ne voulant pas participer à l'étude.

#### **2.3. Echantillonnage**

Nous avons convenu d'un choix raisonné de 300 aides ménagères réparties comme suit : 100 au village du Point G, 100 à Koulouba et 100 à Sokonafing.

### **3. Type et période d'étude**

Il s'agissait d'une étude prospective ayant intéressée les aides ménagères de la commune III. L'enquête s'est déroulée sur une période de 2 mois (20 mars au 20 mai 2019). Elle était basée sur le porte à porte afin d'avoir leurs avis.

### **4. Collecte, Saisie et analyse des données**

La collecte des données a été effectuée grâce à un questionnaire adressé aux personnes inclues dans l'étude, la saisie s'est faite sur le Microsoft Word 2013 et l'analyse a été réalisée sur SPSS version 22.

## 5. Considérations éthiques

Nous avons reçu une formation certifiée en éthique de la recherche afin de mieux aviser en matière de respect des règles déontologiques et protection des droits et vie privée des participantes. Le respect de la déontologie médicale s'est évertué au respect des aspects suivants:

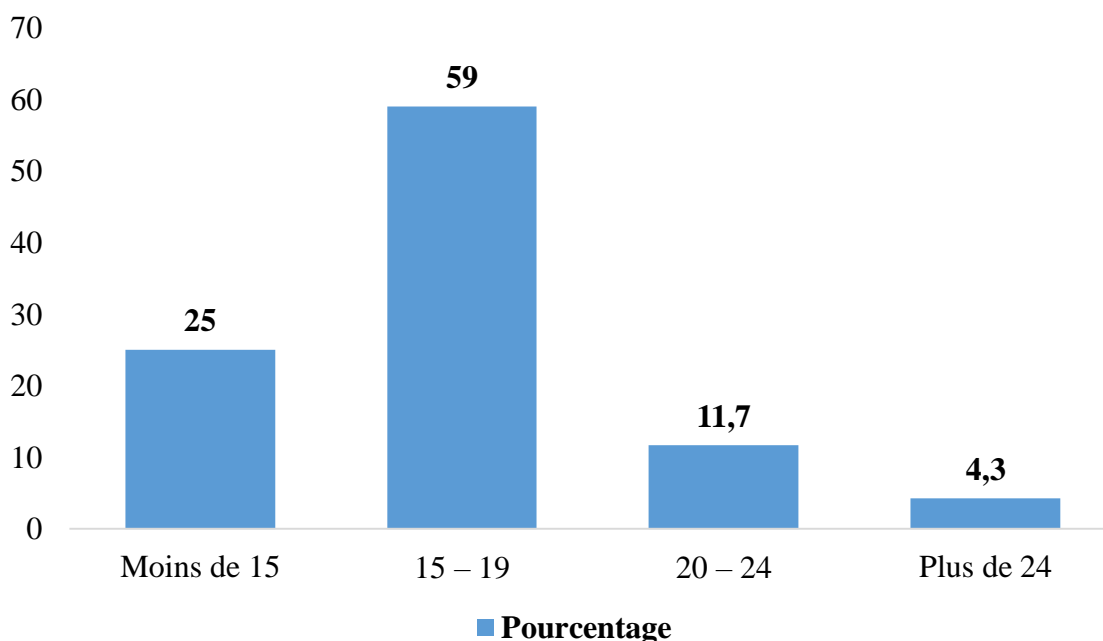
- Obtention d'une autorisation d'enquête
- Consentement libre et éclairé des aides ménagères enquêtés
- Respect de la personne humaine dans ses opinions, ses décisions avec une information éclairée et adoptée
- Garantir confidentialité et anonymat (seule l'équipe de recherche aura l'accès à la banque des données)

En informant toutes les participantes volontaires sur les objectifs et le but de notre étude, nous avons assuré le respect des aspects déontologiques ci-dessus cités et la disponibilité des résultats de l'enquête, après l'évaluation du rapport bénéfices-risques.

### III. RESULTATS

Dans ce chapitre nous présentons sous forme de tableaux et figures les résultats de notre enquête menée auprès des aides ménagères dans leurs différents lieux de travail. Ces résultats sont repartis en deux sections : une analyse quantitative et une autre qualitative.

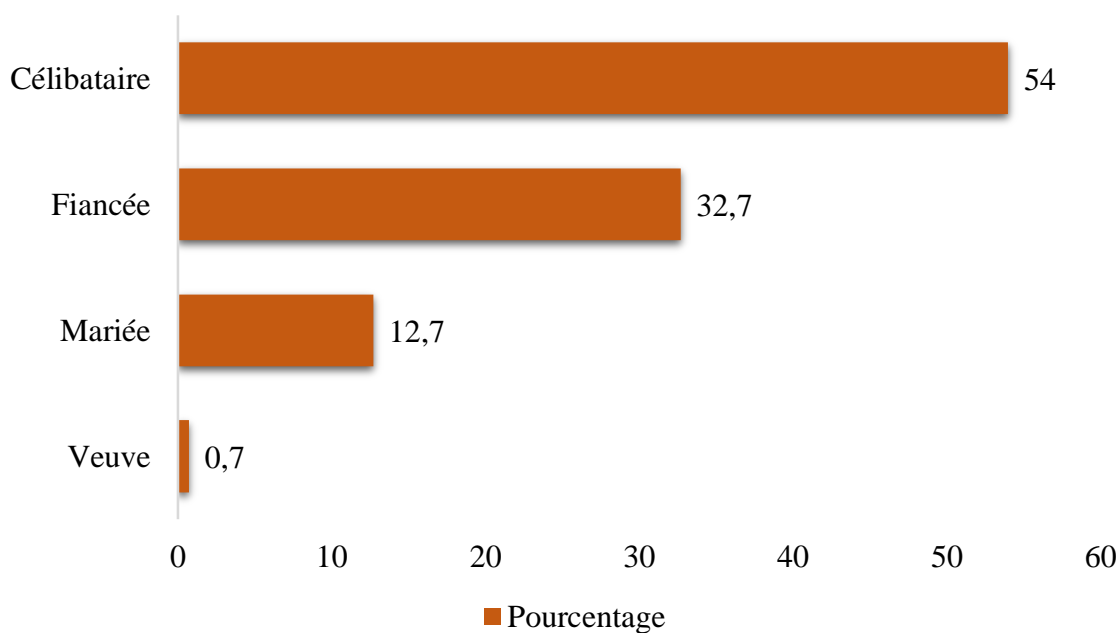
#### 3.1. Analyse quantitative



**Figure 3** : Répartition selon la tranche d'âge

Âge : min = 10 ans ; max = 31 ans ; moyen =  $16,99 \pm 3,805$  ans

La tranche d'âge de 15-19 ans avait été la plus représentée soit 59%.



**Figure 4** : Répartition selon le statut matrimoniale. Les célibataires avaient représenté la couche la plus importante de notre population d'étude avec un taux de 54%.

**Tableau IV** : Répartition selon le nombre d'enfant

Nombre d'enfant	Effectif	Pourcentage
0	260	86,7
1	29	9,7
2	7	2,3
3	4	1,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Celles qui n'avaient pas d'enfant étaient les plus représentées avec 86,7%.

**Tableau V** : Répartition selon la présence de grossesse

Présence de grossesse	Effectif	Pourcentage
Oui	25	8,3
Non	275	91,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Les aides ménagères enceintes au moment de l'étude représentaient 8,3%.

**Tableau VI** : Répartition selon que les parent soient en vie ou pas

En vie	Parent		Total(%)
	Père (%)	Mère (%)	
Oui	207 (69)	258 (86)	<b>465(155)</b>
Non	93 (31)	42 (14)	<b>135(45)</b>
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>300</b>	<b>600</b>

Les aides ménagères orphelines de père représentaient 31%.

Celles qui avaient leurs mères vivantes étaient majoritaires à 86%.

**Tableau VII** : Répartition selon la profession du père

Profession père	Effectif	Pourcentage
<b>Cultivateur</b>	<b>126</b>	<b>42,0</b>
Berger	35	11,7
Vendeur	21	7,0
Ouvrier	13	4,3
Pêcheur	6	2,0
Couturier	5	1,7
Mécanicien	1	,3
Décédé	93	31,0
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Les cultivateurs étaient les plus représentés avec 42%.

**Tableau VIII** : Répartition selon profession de la mère

Profession mère	Effectif	Pourcentage
<b>Ménagère</b>	<b>212</b>	<b>70,7</b>
Vendeuse	24	8,0
Couturière	10	3,3
Potière	8	2,7
Matrone	4	1,3
Décédé	42	14,0
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Les ménagères avaient été les plus représentées soit 70,7%.

**Tableau IX** : Répartition selon la raison de migration

Raison de migration	Effectif	Pourcentage
<b>Recherche de trousseaux mariage</b>	<b>148</b>	<b>49,3</b>
Aides aux parents	80	26,7
Fourniture scolaire	43	14,3
Rapprochement conjoint	21	7,0
Manque d'activité rémunérée au village	8	2,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

La recherche du trousseau de mariage était la principale raison de migration soit 49,3%.

**Tableau X** : Répartition selon le type d'instruction

Type d'instruction	Effectif	Pourcentage
Scolarisé	56	18,7
Ecole coranique	58	19,3
Alphabétisé langue locale	21	7,0
<b>Aucune</b>	<b>165</b>	<b>55,0</b>
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Plus de la moitié de nos sujets était non scolarisée soit 55%.

**Tableau XI** : Répartition selon la présence de maladie ou pas lors des trois derniers mois

Maladie	Effectif	Pourcentage
Non	132	44,0
<b>Oui</b>	<b>168</b>	<b>56,0</b>
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

La plupart des aides ménagères interrogées a déclarée avoir été malade au moins une fois lors des trois derniers mois précédent notre enquête soit 56%.



**Tableau XII** : Répartition selon le dernier problème de santé

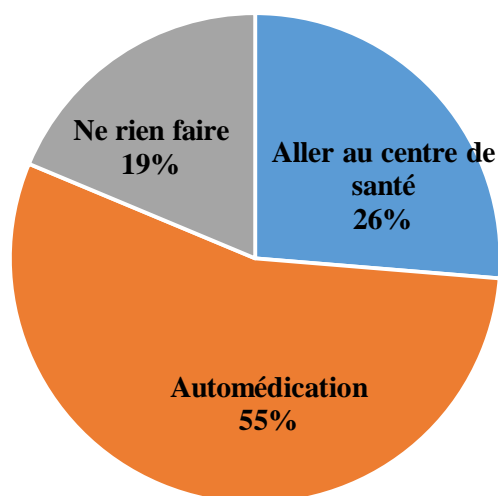
Dernier problème de santé	Effectif	Pourcentage
Gastroentérite	57	19,0
Angine	23	7,7
Affection pulmonaire	20	6,7
Infection urogénital	13	4,3
Céphalée	12	4,0
Douleur dentaire	12	4,0
Conjonctivite	2	0,7
<b>Paludisme</b>	<b>161</b>	<b>53,7</b>
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Le paludisme avait été la maladie la plus représentée comme dernier problème de santé soit 53,7%.

Affection pulmonaire = toux, dyspnée et fièvre

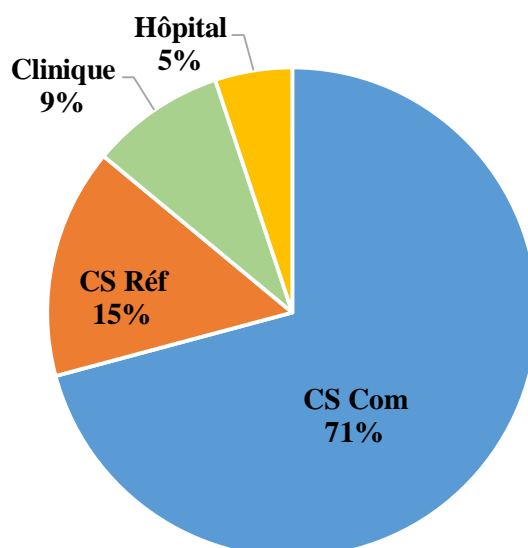
Infection urogénital = brûlure mictionnelle, dysurie, prurit génital et leucorrhées

Gastroentérite = diarrhée, vomissement, douleur abdominal et fièvre.



**Figure 5** : Répartition selon la conduite à tenir face au dernier problème de santé

L'automédication était l'attitude adoptée face au dernier problème de santé soit 55%.



**Figure 6** : Répartition selon le service de santé fréquenté au cours du dernier problème de santé.

Les CS Com avaient été les centres de santé les plus fréquentés soit 70,9%.

**Tableau XIII** : Répartition selon la distance par rapport au centre de santé

Eloignement du centre de santé	Effectif	Pourcentage
Oui	38	12,7
Non	262	87,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

La majorité des aides ménagères enquêtées (87,3%) avait considéré le centre non loin de leurs lieux de résidence.

**Tableau XIV** : Répartition selon la satisfaction dans le dit centre de santé

Satisfaction	Effectif	Pourcentage
Oui	67	84,8
Non	12	15,2
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100,0</b>

La majorité des aides ménagères avait été satisfaite des soins reçus au centre de santé soit 84,8%.

**Tableau XV** : Répartition selon la qualité de la consultation

Qualité de la consultation	Effectif	Pourcentage
<b>Bonne</b>	<b>47</b>	<b>59,5</b>
Pas mal	27	34,2
Mauvaise	5	6,3
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100,0</b>

La majorité des AM enquêtée avait trouvés que la consultation était de bonne qualité soit 59,5%.

**Tableau XVI** : Répartition selon la personne qui prend en charge les frais de santé

Prise en charge des frais	Effectif	Pourcentage
<b>Patron</b>	<b>203</b>	<b>67,6</b>
Tuteur ou proche parent	61	20,3
Ami	7	2,3
Vous-même	17	5,6
Mari	12	4
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Le patron payait les frais dans la majorité des cas soit 67,6%.

**Tableau XVII** : Répartition selon le lieu d'achat des médicaments

Achat médicament	Effectif	Pourcentage
Pharmacie	58	19,4
<b>Rue</b>	<b>242</b>	<b>80,6</b>
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Seulement 19,4% achetaient leurs médicaments dans les pharmacies.

**Tableau XVIII** : Répartition selon la raison du non achat des médicaments en pharmacie

Raison du non achat en pharmacie	Effectif	Pourcentage
<b>Manque d'argent</b>	<b>127</b>	<b>52,4</b>
Rupture du médicament	23	9,5
Cherté du produit	92	38,1
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100,0</b>

Le manque d'argent avait été l'argument majoritairement avancé pour expliquer le non achat des médicaments à la pharmacie soit 52,4%.

**Tableau XIX** : Répartition selon la croyance en l'existence des IST

Croyance aux IST	Effectif	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>197</b>	<b>65,7</b>
Non	103	34,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

La majorité des AM avait une connaissance sur l'existence des maladies sexuellement transmissibles soit 65,7 %.

**Tableau XX** : Répartition selon le symptôme d'IST le plus connu

Symptôme d'IST connu	Effectif	Pourcentage
<b>Perte vaginale jaunâtre</b>	<b>82</b>	<b>41,6</b>
Perte vaginale crémeuse	16	8,1
Prurit ou démangeaison	33	16,8
Douleur au bas ventre lors des rapports	17	8,6
Mal en pissant	16	8,1
Plaie et ou bouton sur le sexe	12	6,1
Ne sais pas	21	10,7
<b>Total</b>	<b>197</b>	<b>100,0</b>

Les pertes vaginales jaunâtres étaient les symptômes d'IST les plus connus par les AM (41,6%) suivi des prurits génitaux avec 16,8%.

**Tableau XXI** : Répartition selon l'âge du premier rapport sexuel

Age du premier rapport sexuel	Effectif	Pourcentage
Moins de 15	45	15,0
<b>15 – 19</b>	<b>149</b>	<b>49,7</b>
20 et plus	17	5,7
Aucun	89	29,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Âge : min = 11 ans ; max = 23 ans ; moyen = 16,22 ± 2,496 ans.

La majorité de nos sujets avait eu leur premier rapport entre 15 et 19 ans soit 49,7%.

**NB** : 89 représentent les vierges, celles qui ont déclaré n'avoir jamais eu à faire de rapport sexuel.

**Tableau XXII** : Répartition selon le contexte du premier rapport sexuel

Contexte du premier rapport sexuel	Effectif	Pourcentage
Curiosité/imité mes camarades	66	31,3
<b>Amour</b>	<b>70</b>	<b>33,2</b>
Menace/viol	5	2,4
Devoir conjugal	34	16,1
Argent/cadeau	36	17
<b>Total</b>	<b>211</b>	<b>100,0</b>

Environ le quart des aides ménagères enquêtées soit 33,2 % des aides ménagères avait eu leur premier rapport sexuel par amour, de façon volontaire et consensuelle et 17 % contre une rémunération.

**Tableau XXIII** : Répartition selon la fréquentation des maisons clauses

Fréquentation maison clause	Effectif	Pourcentage
Oui	27	9,0
<b>Non</b>	<b>173</b>	<b>91</b>
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

La grande majorité des aides ménagères de notre étude n'avait jamais fréquenté de maisons clauses soit 91%.

### 3.2. Analyse qualitative

Lors de notre étude, nous avons pu réaliser trois entretiens de focus groupe au Point G, à Koulouba et à Sokonafing. Les données recueillies de ces enquêtes sont analysées comme suit :

#### **Raison de migration :**

La plupart des interviewées sont venue à la recherche du trousseau de leurs mariages et pour faire des économies pour pouvoir aider la famille resté au village.

**ACT 19 ans** : « Moi je suis venue en ville pour chercher un peu d'argent pour mon mariage et pouvoir aussi aider ma maman qui est malade au village ».

#### **Le dernier problème de santé :**

Le paludisme apparaissait comme étant le dernier problème de santé suivis des infections urogénitales. Il est à noter que tous ces cas étaient déclarés, nous n'avons pas pu avoir des éléments pouvant infirmer ou confirmer ces diagnostics.

**EFGM19ans:** « Il y'a deux semaines j'étais à l'hôpital et le docteur m'a dit que j'avais le palu et il m'a prescrit des médicaments contre cela et m'a expliqué comment les prendre. Aujourd'hui je me sens beaucoup mieux ».

#### **Conduite à tenir :**

La majorité de nos sujets ont eu recours à l'automédication comme conduite à tenir lors de leurs derniers problèmes de santé et la raison évoqué à cela était le manque de moyen financier et de temps pour se rendre dans un centre de santé.

**EFG F22ans :** « Quand je suis malade je vais voir une maman en route qui vend des médicaments et elle me donne quelque chose contre mon mal et en général cela me soulage souvent. Je ne gagne pas assez et mes parents ne sont pas riche ce qui fait que je n'ai pas vraiment les moyens pour aller à l'hôpital me faire soigner. Mais je sais que c'est pas bon de se soigner dans la rue mais que faire ».

#### **Service de santé fréquenté :**

La majorité des aides ménagères résidentes à Koulouba ont fréquenté le Cscm de Koulouba et celles qui résident au point G ont en majorité consultés au niveau du CHU Point G cela dut surement à la proximité des dits centres par rapport à leurs habitations.

**ATC 19 ans résidente à Koulouba :** « Moi quand je ne me sens pas bien j'ai un peu d'économie de côté par rapport à ma santé ce qui me permet souvent de vite me rendre à l'hôpital me faire soigner car ce n'est pas trop chère et pas loin de ma maison ».

#### **Personne qui prend en charge les soins :**

La majorité déclare que c'est le patron qui prend en charge leurs problèmes de santé et que cela est en général souvent imputé dans leurs salaires à la fin du mois.

**FDT 17 ans résidente à Sokonafing :** « C'est mon patron qui me donne souvent l'argent quand je suis malade et il a un petit cahier ou il note toutes mes dépenses du mois et soustrait cela dans mon salaire au moment de me payer. c'est la raison pour laquelle je préfère souvent acheter mes médicaments en route car je ne gagne pas assez pour me permettre d'aller souvent à l'hôpital sauf si c'est vraiment grave et là mon petit ami m'aide aussi ».

#### **Propositions pour une meilleure fréquentation des services de santé :**

**FT 23 ans** « Moi j'aimerais qu'on baisse un peu les prix de consultations et de médicaments en pharmacie car pour nous les pauvres c'est vraiment au-dessus de nos moyens ».

**FRT 20 ans** « j'aimerais que les docteurs soient plus gentil et disponible et qu'on diminue aussi les prix des médicaments. Que mon patron me donne plus d'argent pour que je puisse aussi bien prendre soin de moi-même car j'ai souvent l'impression qu'on m'exploite. Merci ».

## COMMENTAIRE ET DISCUSSION

### Les limites de notre étude :

Lors de notre échantillonnage, nous avons été confrontés à des difficultés pour la plupart liées à la non disponibilité des ménagères qui étaient souvent au travail lors de nos passages à leur domicile et lieux de regroupement et à la réticence de certains patrons face aux questionnaires et au temps d'entretien.

### 1. Méthodologie

L'étude a concerné le Point G, Koulouba et Sokonafing en commune III du district de Bamako. Ce choix n'est pas un fait du hasard car le district est la plus grande pourvoyeuse d'emploi d'aide-ménagère au Mali. Il regroupe en son sein toutes les catégories de ménages. Nous avons réalisé une étude prospective dont l'enquête s'est déroulée du 20 Mars au 20 Mai 2019. Notre population d'étude n'a été uniquement constituée que de sujets de sexe féminin car ce métier est essentiellement exercé par les femmes au Mali. Nous avons interrogées 300 aides ménagères. Un questionnaire individuel a été adressé à chacune d'entre elles consentantes et répondantes à nos critères d'inclusions. Les questions ont porté sur leurs manières de prendre en charge leurs problèmes de santé. La population était informée et rassurée au préalable et il n'y a pas eu d'incident majeur pouvant réellement nuire à la conduite de ce travail.

### 2. Caractéristiques sociodémographiques

#### ➔ L'âge

La tranche d'âge de 15 à 19 ans était la plus représentée soit 59%.

Les 300 participantes étaient pour la plus part des adolescentes avec un âge moyen de 16,99 ans et des extrêmes de 10 et 31 ans. La présence massive des enfants chez les aides ménagères dans le district de Bamako pourrait s'expliquer par le fait que, les autorités administratives ne parviennent pas à prendre des mesures efficaces contre la migration clandestine et le travail des enfants.

M H Traoré avait trouvé en 2001 que la majorité était des adolescentes de 15 à 21 ans et que les âges extrêmes étaient de 8 et 43 ans. [17]

#### ➔ Le statut matrimonial

Les célibataires étaient les plus représentées soit 54%.

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

M H Traoré avait trouvé que 80 % des aides ménagères était célibataires. [17] Ce taux élevé pourrait s'expliquer par la fuite pour cause de mariage précoce dans les villages.

#### ➔ Nombre d'enfants

Celles qui n'avaient pas d'enfant étaient plus représentées avec 86,7%. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'avoir un enfant hors mariage est mal vu dans notre société.

A Diarra avait trouvé que 80,4% n'avaient pas d'enfants [19].

#### ➔ Présence de grossesse

Les aides ménagères enceintes représentaient 8,3%. Ces résultats pourraient s'expliquer par la crainte des préjugés sociaux.

M H Traoré avait trouvé que 2,4% étaient en enceinte [17].

#### ➔ Profession père et mère

Les cultivateurs et les ménagères ont été les plus représentées avec respectivement 73,8% et 96,6%. Ces résultats s'expliqueraient par le manque d'activités génératrices de revenu dans le milieu rural.

#### ➔ Raison de migration

Celles qui étaient venues à la recherche du trousseau de mariage étaient plus représentées soit 49,3%.

M .H Traore avait trouvé que 65,3% des aides ménagères étaient à la recherche du trousseau de mariage. [17]

ENDA tiers monde dans son étude jeunesse action à Dakar en 1999 avait trouvé que la raison citée par les aides ménagères était : la faible rémunération en terme monétaire des activités du village. Dans tous les cas la raison de la migration est d'ordre économique. [18]

#### ➔ Niveau d'instruction

Les aides ménagères étaient pour la plupart non scolarisées soit 55%.

Cela reflète le faible taux de scolarisation de la population en général au Mali et plus particulièrement celle des filles dans les coins de brousse.



M. H Traore avait trouvé en 2001 que 59% des aides ménagères n'avaient reçu aucune instruction [17].

### **3. Hygiène et couverture sanitaire**

#### **✎ Derniers problème de santé**

Les aides ménagères qui ont été atteintes de paludisme comme dernier problème de santé représentaient 48,7%. Ces résultats s'expliqueraient par le fait que notre étude a été conduite dans une zone endémique du paludisme.

A Diarra avait trouvé que le paludisme représentait 51,8% comme derniers problème de santé.

#### **✎ Conduite à tenir lors du dernier problème de santé**

Plus de la moitié des sujets enquêtés avait eu recours à l'automédication soit 55%.

M. H Traore avait trouvé que l'automédication était la principale conduite à tenir (50,5%). Ces résultats pourraient s'expliquer par le manque de moyens financiers et ou d'informations sur l'accessibilité aux soins de santé [17].

#### **✎ Service de santé fréquenté au cours du dernier problème de santé**

Le CSCOM avait été le service de santé le plus fréquenté parmi celles qui sont allées dans un centre de santé soit 70,9%.

Ces résultats pourraient être dus à l'accès facile et au coût moins élevé des soins de santé au niveau des CSCOM.

#### **✎ Satisfaction de la prise en charge dans le dit centre de santé**

La majorité d'elles avait déclaré être satisfaites de la prise en charge soit 84,8% dans le service de santé fréquenté. Certaines se sont tout de même plaintes de la communication avec les agents de santé qu'elles trouvent insuffisante.

A Diarra avait trouvé que 91,9% étaient satisfaites de leurs prises en charge. [19]

#### **✎ Prise en charge des soins et achat des médicaments**

Le patron payait les frais de santé dans la majorité des cas soit 67,6% ; les médicaments étaient pour la plupart achetés dans la rue (80,6%) et la raison évoquée à cela était le manque d'argent dans 52,4%.

Ces résultats pourraient s'expliquer par les difficultés financières donc font face les AM.

A Diarra avait trouvé que le patron payait les frais à 79,3%. [19]

## IV. CONCLUSION ET PROPOSITIONS

### Conclusion

Généralement employées pour aider les femmes au foyer afin de leur permettre de mener d'autres activités, la majorité des familles recrutent une ou plusieurs aides ménagères selon leurs revenus.

Travaillant sans statut officiellement reconnu, rares sont celles qui s'adressent à l'office de la main d'œuvre pour pallier aux risques comme le manque de couverture sanitaire, l'exploitation abusive, la violence physique et la faiblesse du salaire. Cependant depuis quelques années, des mouvements ont vu le jour et luttent pour leur bien-être. Il faut tout de même signaler que l'aspect sanitaire a toujours été minimisé par rapport à d'autres tels économique et statutaire. Notre étude a traité des problèmes de santé de ce groupe social, elle nous a permis d'appréhender les problèmes et besoins de santé qu'elles rencontrent.

Notre population d'étude était essentiellement composée d'adolescentes, plus de la moitié n'avait pas fréquenté l'école. Elles sont venues d'ailleurs à la recherche du trousseau de mariage dans la plupart des cas.

Elles sont confrontées à de sérieux problèmes et pensent que les centres de santé ne sont pas faits pour elles car au-dessus de leurs moyens financiers. Il s'avère important d'initier des actions qui permettront une élévation du niveau d'alphabétisation des aides ménagères afin de mieux les outiller pour la promotion de leurs droits humains.

## Propositions

Au terme de notre étude les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent :

### **Aux autorités socio-sanitaires, politiques et les ONG qui orientent leurs activités vers les aides ménagères**

- Rendre ce métier beaucoup plus profitable en encadrant les aides ménagères et en les inscrivant à la mutuelle
- Créer des structures de prise en charge des adolescentes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- Renforcer les capacités des prestataires de santé
- Multiplier les centres de formation et d'éducation des filles migrantes, si possible dans chaque quartier du district de Bamako ; Encourager les aides ménagères à fréquenter les centres déjà existants.
- Prendre des mesures spécifiques pour favoriser la scolarisation des filles au niveau rural.
- Multiplier les entreprises de formation au niveau rural enfin de minimiser l'immigration de ces filles.

### **Aux parents des aides ménagères**

- Multiplier les efforts de scolarisation des enfants et surtout de la petite fille
- Sensibiliser leurs filles par rapport aux risques de l'immigration et surtout de la vie urbaine.

### **Aux familles d'accueil des aides ménagères**

- Améliorer si possible les conditions de vies de ces filles afin qu'elles puissent s'occuper d'elles même.
- Considérer ces filles comme les leurs afin d'éviter toute forme de discrimination et d'exploitation.

### **Aux aides ménagères**

- Eviter l'automédication ;
- Eviter les comportements à risque.
- Participer et faire participer ses pairs aux séances d'éducation pour la santé partout (Rue, marché, moulin à grain, lieux de rassemblement, fontaine d'eau...).

## V. REFERENCES

1. **Audibert M, De Roodenbeke ES, Mathonnat J.** Utilisation des services de santé en Afrique : « l'approche communautaire en termes d'offre de soins est-elle une réponse ? » Développement durable et santé dans les pays du sud ; Paris Lyon, Décembre 2004. P8
2. **Audibert M, De Roodenbeke E.** Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : analyse de la situation et perspectives, Région Afrique, Département du développement humain, Avril 2005, p 8-10.
3. **OMS.** Prise en charge des patients atteints de maladies sexuellement transmissibles. Rapport d'un groupe d'étude de Genève 2013. p16
4. **ISBS.** Rapport d'une enquête intégrée sur la prévalence et les comportements en matière d'IST. Mali 2009. p4
5. **Ag Iknane A, Sangho H, Diawara A.** Inventer une médecine de quartier : l'expérience de Bamako, in Brunet-Jailly, J (ed), Innover dans les systèmes de santé : Expérience d'Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala 1997, p153;p435.
6. **Audibert M, De Roodenbeke E, Pavy-Letoumy A, Mathonnat J.** 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.p22
7. **Salongo PM.** 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.
8. **Masmar W, Khoury, Nassif H.** 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.p11
9. **Sissoko H.** Aspects reliés à l'utilisation des accoucheuses traditionnelles au Mali, Maître en sciences santé communautaire, mai 2000.p20
10. **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; p435
11. **Dongmo Djoutsop R L.** 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, 2005 ; 63p.

- 12. Enquête démographique et de santé du Mali.** Indicateurs de santé ministère de la santé, cellule de planification et de statistiques, direction nationale de la statistique et de l'informatique, P 450(2006).
- 13. 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.
- 14. Traore M.** Généralité sur le Mali, INRSP, Aldo Campana, 2001 ; EDS III. p11
- 15. MS.** Enquête démographique et de santé du Mali, 2001, CPS Santé, DNSI, ORC-Macro, juin 2002.p18
- 16. MS.** Annuaire Statistiques du Système d'information Sanitaire DNSP de 1992-2000 et rapports d'activités du Centre National des Immunisations.p22
- 17. Traore MH.** Problème et besoins de santé de groupes sociaux : cas des aides ménagères. Thèse de médecine N 45 Mali 2001. P32
- 18. Enda tiers monde.** Les mbindaou sans mbindou 1996. P20
- 19. Diarra A.** Utilisation des services de santé par les aides ménagères. Thèse de médecine N 123 Mali 2011. p44.

## ANNEXES

### FICHE D'ENQUETE

Numéro : !\_ !\_ !\_ !

Quartier de l'enquête !\_ !\_ !

Voulez-vous nous accorder quelques instants afin de répondre à certaines questions ?  
Si oui passez à la question I

#### **I. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :**

- 1-Age (en année révolue) : /\_\_\_ /  
2-Situation matrimoniale /\_\_\_/ 1= Célibataire 2= Fiancé 3= Veuve 4=Mariée  
3- Nombre d'enfants /\_\_\_/  
4- Présentement enceinte /\_\_\_/ 1= Oui 2= Non 88=NSP  
5-Ethnie /\_\_\_/ 1= Bambara 2= Peuls 3= Dogon 4=Bozo 5= Sénoufo 99= Autres à préciser.....  
6- Religion : /\_\_\_/ 1=Musulmane, 2=Chrétienne, 3=l' Animiste, 4= Pas de religion  
7- Situations familiale  
Père : En vie : /\_\_\_/ 1= Oui 2= Non 88=NSP  
Profession : .....  
Mère : En vie : /\_\_\_/ 1= Oui 2= Non 88=NSP  
Profession : .....  
8- Raisons de migration : /\_\_\_/ 1= Manque d'activité rémunérées au village 2= Aides aux parents 3= Recherche de trousseau de mariage 4= Attrait exercé par la ville 5= Contraintes socio-culturelles 6= Rapprochement de conjoint 99= Autres à préciser  
9- Type d'instructions /\_\_\_/ 1= Aucune 2= Scolarisé 3= Ecole coranique 4=alphabétisé langue locale  
10- Exercez-vous d'autres métiers ? /\_\_\_/ 1= Oui 2= Non Si oui ; lequel /\_\_\_/ 1= Couture 2= Tresse 3= Petits commerce 99= Autres à préciser  
11- Avez-vous reçu une formation d'aide-ménagère ? /\_\_\_/ 1= Oui 2= Non

#### **II. CONNAISSANCE ATTITUDE ET PRATIQUE EN MATIERE DE SANTE SEXUELLE**

- 12- Avez-vous entendu parler de MST ? 1= Oui 2= Non  
Si oui quels symptômes connaissez-vous ? 1= Perte vaginale jaunâtre 2= Perte vaginale crémeuse 3= Prurit 4= douleur au bas ventre lors des rapports 5= Mal en pissant 6= Plaie et ou bouton sur le sexe 7= Ne sais pas  
13- A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ? /\_\_\_/  
14- Contexte de ce rapport ? 1= Curiosité 2= Amour 3= Menace ou viol 4= Devoir conjugal 5= Argent ou cadeau 99= Autres à préciser.....  
15- Avez-vous déjà fréquenté une maison clause ? 1= Oui 2= Non  
16- Croyez-vous à l'existence du VIH SIDA ? 1= Oui 2= Non  
17- Quelles sont les voies de transmissions du VIH SIDA que vous connaissez ?

.....  
.....  
18- Réalisez-vous des CPN lorsque vous êtes enceinte ?      1= Oui      2= Non

### **III. HYGIENE ET COUVERTURE SANITAIRE**

19- Avez-vous été malade lors des trois derniers mois ?    1= Oui    2=Non

20- Quel était le dernier problème de santé ? .....

21- Quelle a été votre conduite à tenir ? /\_\_\_/

1= Aller au centre de santé      2= Consulter un tradipraticien    3= Pratiquer l'auto  
médication    4- Ne rien faire      99= Autres à préciser

22- Quel centre de santé avez-vous fréquenté lors de votre dernier problème de santé ? /\_\_\_/

1= CSCOM    2= Cs Réf      3= Clinique    4= Hôpital

23-Trouvez-vous votre centre de santé éloigné par rapport à votre domicile ??

24-Comment avez-vous trouvé l'accueil dans ce centre de santé ? /\_\_\_/ 1=Très bien ; 2=Bien ;  
Assez bien

25- Avez-vous été satisfaits des soins ? /\_\_\_/

1= Oui      2= Non

26- Comment avez-vous trouvé la consultation ?    1= Bonne    2= Pas mal    3= Mauvaise

27- Qui paye les soins lorsque vous êtes malade ? /\_\_\_/

1= Patron      2= tuteur      3= ami      4= frères      5= vous-même    6= associations ou  
ONG    99= autres

28- Avez-vous acheté les médicaments qui vous ont été prescrits ? /\_\_\_/

1=Oui ; 2=Non

29- Sinon, quelle en est la raison ? /\_\_\_/ 1=Manque d'argent ; 2= Rupture du médicament ;  
3=Cherté du produit ; 99=Autres à préciser.....

Nous vous remercions beaucoup pour votre contribution à cette étude.

### **GUIDE D'ENTRETIEN DE GROUPE FOCALISE**

#### **Introduction :**

Je m'appelle Tonye Awouma Jean Éric, je suis étudiant à la faculté de médecine et d'odontostomatologie. Actuellement je travaille sur ma thèse de doctorat en médecine et ceci explique ma présence parmi vous aujourd'hui.

Je compte m'entretenir avec vous sur vos différents problèmes de santé que vous rencontrez en relation avec votre métier et la manière donc ceux-ci sont pris en charge. Tout ce que vous direz restera confidentiel, vos noms ne seront cités nulle part. Si vous avez des questions avant de commencer sachez aussi que je ne vous questionnerais que si vous êtes d'accord.

- Pourquoi êtes-vous venus chercher du travail à Bamako ?
- Quel est le dernier problème de santé que vous avez eu depuis votre arrivée ?
- Quelle a été votre conduite à tenir ?
- Quels services de santé avez-vous fréquenté lors de votre dernier problème de santé ?
- Avez-vous été satisfait des soins ?
- Qui a payé les soins ?
- Qu'aimerez-vous qu'on fasse pour que vous puissiez fréquenter les centres de santé d'avantage ?

## CERTIFICATS



**Zertifikat  
Certificat**

**Certificado  
Certificate**

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale  
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants



**Certificat de formation - Training Certificate**  
Ce document atteste que - this document certifies that  
**Jean Éric Tonye Awouma**  
a complété avec succès - has successfully completed  
**Introduction to Research Ethics**  
du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche  
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

Release Date: 2019/03/12  
CID: ccc3AS9BK



Professeur Dominique Sprumont  
Coordinateur TRREE Coordinator



Fédération Pharmaceutica Helvétique FPH Programmes de formation continue

Ce programme est soutenu par - This program is supported by :  
European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edctp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Institutes of Health Research (http://www.cihr-isc.gc.ca/280.html) - Swiss Academy of Medical Science (SAMS/SSMS/AMW) (www.sams.ch) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries (www.kjpc.ch)

[REV : 20170319]



**Zertifikat  
Certificat**

**Certificado  
Certificate**

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale  
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants



**Certificat de formation - Training Certificate**  
Ce document atteste que - this document certifies that  
**Jean Éric Tonye Awouma**  
a complété avec succès - has successfully completed  
**Informed Consent**  
du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche  
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

Release Date: 2019/04/29  
CID: K2J60T5AE



Professeur Dominique Sprumont  
Coordinateur TRREE Coordinator



Fédération Pharmaceutica Helvétique FPH Programmes de formation continue

Ce programme est soutenu par - This program is supported by :  
European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edctp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Institutes of Health Research (http://www.cihr-isc.gc.ca/280.html) - Swiss Academy of Medical Science (SAMS/SSMS/AMW) (www.sams.ch) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries (www.kjpc.ch)

[REV : 20170319]





**Zertifikat  
Certificat**

**Certificado  
Certificate**

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale  
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants



**Certificat de formation - Training Certificate**  
Ce document atteste que - this document certifies that  
**Jean Éric Tonye Awouma**  
a complété avec succès - has successfully completed  
**Research Ethics Evaluation**  
du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche  
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

Release Date: 2019/04/29  
CID : W7E050N



Professeur Dominique Sprumont  
Coordinateur TRREE Coordinator



Continuing Education Program (5 Credits)  
Programme de formation continue (5 Crédits)



Federatio Pharmaceutica Helvetica  
Programmes de formation continue

Ce programme est soutenu par - This program is supported by :  
European and Developing Countries Clinical Trial Partnership (EDCTP) (www.edctp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Institutes of Health Research (http://www.cihr-irac.gc.ca/2891.html) - Swiss Academy of Medical Science (SAMS/ASSM/SAMW) (www.sams.ch) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries (www4fpc.ch)

[REV : 201703.0]



**Zertifikat  
Certificat**

**Certificado  
Certificate**

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale  
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants



**Certificat de formation - Training Certificate**  
Ce document atteste que - this document certifies that  
**Jean Éric Tonye Awouma**  
a complété avec succès - has successfully completed  
**Good Clinical Practice (GCP-E6(R2) 2016)**  
du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche  
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

Release Date: 2019/04/29  
UCID : A4QZ9911C



Professeur Dominique Sprumont  
Coordinateur TRREE Coordinator



Continuing Education Program (3 Credits)  
Programme de formation continue (3 Crédits)



Federatio Pharmaceutica Helvetica  
Programmes de formation continue

Ce programme est soutenu par - This program is supported by :  
European and Developing Countries Clinical Trial Partnership (EDCTP) (www.edctp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Institutes of Health Research (http://www.cihr-irac.gc.ca/2891.html) - Swiss Academy of Medical Science (SAMS/ASSM/SAMW) (www.sams.ch) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries (www4fpc.ch)

[REV : 20181124SL]



**Zertifikat**  
**Certificat**

**Certificado**  
**Certificate**

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale  
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants



**Certificat de formation - Training Certificate**  
Ce document atteste que - this document certifies that  
**Jean Éric Tonye Awouma**  
a complété avec succès - has successfully completed  
**Adolescent Involvement in HIV Prevention Trials**  
du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche  
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

Release Date: 2019/04/29  
CID: 14327518



Professeur Dominique Sprumont  
Coordinateur TRREE Coordinator



Continuing Education Program of Credit  
Programme de Formation Continue (C.F.C.)



Federatio  
Pharmaceutica  
Fisvetiae  
Programmes de formation  
continue

Continuing Education Program  
Programmes de formation continue

Ce programme est soutenu par - This program is supported by :  
European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edctp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Association of Health Research (http://www.caahrc.ca/2891.html) - Swiss Academy of Medical Sciences (AMS) (www.sams.ch) - Consortium for Research in Partnership with Developing Countries (www.crpdc.org)

[CID: 20175310]



**Zertifikat**  
**Certificat**

**Certificado**  
**Certificate**

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale  
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants



**Certificat de formation - Training Certificate**  
Ce document atteste que - this document certifies that  
**Jean Éric Tonye Awouma**  
a complété avec succès - has successfully completed  
**HIV Vaccine Trials**  
du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche  
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

Release Date: 2019/04/29  
CID: 1811603641



Professeur Dominique Sprumont  
Coordinateur TRREE Coordinator



Continuing Education Program of Credit  
Programme de Formation Continue (C.F.C.)



Federatio  
Pharmaceutica  
Fisvetiae  
Programmes de formation  
continue

Continuing Education Program  
Programmes de formation continue

Ce programme est soutenu par - This program is supported by :  
European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edctp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Association of Health Research (http://www.caahrc.ca/2891.html) - Swiss Academy of Medical Sciences (AMS) (www.sams.ch) - Consortium for Research in Partnership with Developing Countries (www.crpdc.org)

[CID: 20175310]



**TRREE**

# Zertifikat Certificat

# Certificado Certificate

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale  
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants

**Certificat de formation - Training Certificate**

Ce document atteste que - this document certifies that

## Jean Éric Tonye Awouma

a complété avec succès - has successfully completed

### Éthique de la recherche en santé publique

du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche  
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

Release Date: 2019/04/29  
CID: L12pvc47j



Professeur Dominique Sprumont  
Coordinateur TRREE Coordinator



**FMH**  
Certifying Education Program (S. Certified)  
Programme de Formation (Certifié) (S. Certifié)



Federatio  
Pharmaceutica  
Helvetiae  
**FPH**  
Programmes de formation  
confédérés



Certifying Education Program (S. Certified)  
Programmes de formation (Certifié)

Ce programme est soutenu par - This program is supported by :  
European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edctp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Graduate Institute of Health Research (http://www.gi.hec.edu/2481.html) -  
Swiss Academy of Medical Sciences (SAMS/ASSMS/MSW) (www.sams.ch) - Consortium for Research in Developing Countries (www.crdc.org)

IREV : 201703.01

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom :** Tonye Awouma

**Prénom :** Jean Éric

**Titre de thèse :** utilisation des services de santé par les aides ménagères  
au Point G, Koulouba et Sokonafing en commune III du district de  
Bamako

**Année universitaire :** 2018 -2019

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Cameroun

**Lieu de dépôt :** bibliothèque de la FMPOS de Bamako

**Secteur d'intérêt :** santé publique

**Mots clefs :** Utilisation services de santé, Aides ménagères, Commune III.

### **RESUME :**

L'emploi des aides ménagères est un phénomène qui est surtout répandu dans les villes, notamment dans le district de Bamako. Travaillant sans statut officiellement reconnu, dans la lutte pour leur bien être l'aspect sanitaire a toujours été minimisé par rapport à d'autres tels économique et statutaire. Notre étude a été une étude prospective et a concerné 300 aides ménagères de la commune III du district de Bamako. Elle a traité les problèmes de santé de ce groupe social.

Elle nous a permis d'observer que :

La tranche d'âge de 15 à 19 ans était la plus représentée soit 59% ; La moyenne d'âge était de 17 ans, les âges extrêmes étaient 10 et 31 ans ; 54% étaient des célibataires; 86,7% n'avaient pas d'enfant 8,3% étaient en état de grossesse 31% étaient orphelines de père ; 49,3% ont immigré pour les trousseaux de mariage, 55% n'étaient pas instruites ; 53,7% étaient atteintes de paludisme comme dernier problème de santé ; elles adoptaient l'automédication dans 55% des cas, 70,9% fréquentaient les CSCOM ; 84,8% étaient satisfaites de leur prise en charge. Nous constatons qu'elles sont jeunes, non instruites et venant généralement à la recherche de trousseau de mariage. Dans la grande ville elles sont confrontées à des sérieux problèmes de santé devant lesquels elles préfèrent l'automédication.

Mots clés : Utilisation des services de santé, aide-ménagère, Commune III.

## SERMENT D'HYPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers 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 à aucun partage clandestin d'honoraires.*

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

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

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

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

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