

République du Mali

Un Peuple- Un But- Une Foi

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)**



**FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE(FMOS)**

Année universitaire 2013-2014

N°.....

TITRE

**ACCUEIL INFORMATION ET PRISE EN CHARGE DES
USAGERS : CAS DES CENTRES DE SANTE DE LA
COMMUNE II DU DISTRICT DE BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 08 /11/ 2014 devant la

Faculté de médecine et d'Odonto Stomatologie

Par M. Noumakan CAMARA

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

JURY

Président : Pr. Saharé FONGORO

Membres : Dr. Abou KONE

: Dr Niélé Hawa DIARRA

Directeur : Pr Samba DIOP

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

Allah le tout puissant

Allah le tout miséricordieux, le très miséricordieux.

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

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

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

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

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

A mon père Sékou Camara:

Cher père c'est grâce à toi aujourd'hui que j'ai appris la patience, la sincérité la tolérance, la dignité, le travail bien fait etc. Tu m'a toujours conseiller de la patience, car d'après nos adages si tu vois un étranger venir, tu lui verras partir. Cet adage m'a semé de patience quelle qu'en soit les circonstances. Tu as été toujours un père idéal pour une bonne éducation. Je te serai reconnaissant pour tous ceux que tu as faits à ma modeste personne depuis ma naissance. Cher père je prie le tout puissant de te maintenir en vie pour bénéficier les fruits de tes enfants. Dans le cas contraire je continuerai à prier pour toi jusqu'à mon dernier

jour. Merci papa que le tout puissant nous accordes sa grâce et nous réunisses ensemble dans le paradis.

A la mémoire de ma défunte mère Mariam DOUMBIA

Chère mère, tu es la source de ma vie, pionnière de mon éducation, femme noire, femme africaine, femme forte, femme de cœur, toi qui m'a abrité dans trois ténèbres pendant neuf mois ; toi qui a acceptée de mourir pour sauver ma vie ; toi qui m'a porter au dos durant un bon moment ; toi qui s'éveillait, quand j'étais content ou malade, je suis fier d'être issu de toi. Chère mère c'est avec cette profession médicale que j'ai compris d'avantage à quels degrés les braves mamans peuvent perdre leurs vies en donnant naissance et ce fut le cas pour toi, tu as perdu ta vie en donnant naissance à une des mes petites sœurs. Chère mère j'aurais tellement aimé que tu sois présente pendant ce moment important dans ma vie pour me donner le courage et la force de tenir car la présence d'une mère est toujours réconfortante pour son fils. Ce travail est le fruit de tous les efforts et sacrifices que tu as consenti. Je prie Dieu jour et nuit pour que ton âme repose en paix, que la terre te soit légère, que Dieu te réserve le paradis car tu le mérite. Mama je ne cesserais de te remercier de m'avoir indiqué le bon chemin. Merci, merci.

A mon oncle Abdoulaye DOUMBIA et ses épouses

Vous êtes des personnes adorables, je vous remercie de m'avoir accueillir chez vous à bras ouvert et de me permettre de poursuivre le reste de mes études dans un climat favorable. Je vous serais éternellement reconnaissant.

A mes belles-mères

Je vous remercie pour votre soutien inconditionnel

A mon grand frère Satigui CAMARA

Grand frère, le lien qui nous unis est très fort, je ne cesserais de vous remercier pour votre soutien incessant. Sans vous mon trajet scolaire aurait percuté des énormes difficultés. Je vous souhaite une longue vie et beaucoup de réussites.

REMERCIEMENT

A ma patrie

Pour la formation reçue

A ma grande sœur Kariatou CAMARA pour son soutien inconditionnel

A mon cousin Aboucar DOUMBIA

A mon cousin Souleymane DOUMBIA

A mes amis : Ibrahim Cissé , Hama-Kola Cissé , Souleymane Bagayogo . Pour vous dire que l'amitié est sacrée.

HOMMAGE AUX MEMBRES DE JURY

A notre maître et président du jury :

Professeur Saharé FONGORO

-Maître de conférence en Néphrologie,

-Praticien et chef de service de néphrologie et d'hémodialyse au C.H.U du Point G,

-Enseignant titulaire de néphrologie à la faculté de médecine, et d'odontostomatologie.

-Chevalier de l'ordre de mérite de la santé.

Cher maître,

C'est un grand plaisir et un honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Nous avons été profondément marqués par votre modestie, votre simplicité, votre générosité, votre disponibilité et votre sollicitude.

Vos conseils et remarques ont été d'une grande utilité à l'amélioration de ce travail. Qu'il nous soit permis cher maître de vous exprimer notre profonde gratitude et notre profond respect.

A notre Maître et Juge

Dr Abou KONE

-Médecin Directeur technique du Cscm de kouliba

-Président de l'association action jeune pour la santé et le développement (AJSD-Mali)

-Chargé de cours de pathologie médicale à l'ESB

-Chargé de cours de sémiologie urogénitale à l'IFSSA

Cher maître,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Vos suggestions ont été très pertinentes pour l'amélioration qualitative de ce travail.

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

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Juge

Dr Niélé Hawa DIARRA

-Médecin chercheur au DER en Santé Public à la FMPOS / FAPH

-Coordnatrice du projet FOGARTY (prévention du paludisme chez la femme enceinte)

-Chargé de suivi d'étude sur la résilience, enfance et santé public

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples sollicitations, nous avons bénéficié de vos conseils éclairés et de votre expertise.

Nous avons été profondément marqués par votre abord facile, votre générosité, votre disponibilité, votre sollicitude et votre sens du travail bien fait.

Sachez cher Maître que nous vous serons toujours reconnaissant pour tout ce que vous nous avez apporté.

A notre maître et Directeur de thèse professeur Samba DIOP

-Maître de conférence en anthropologie médicale.

-Enseignant-chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique en santé au DER de santé à la faculté de médecine, et d'odontostomatologie.

-Membre du comité d'éthique de la FMOS, INRSP et CNESS.

Cher Maître

L'occasion nous est offerte de vous remercier de votre spontanéité, votre générosité, votre modestie, et votre rigueur dans un désir permanent de perfectionnement en tout travail scientifique que nous devons accomplir, car vous êtes vous même un exemple qui fait de vous un professeur émérite. Nous sommes reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail. Plus qu'un honneur, cela à été pour nous un plaisir de vous côtoyer. Votre immense savoir multidisciplinaire nous impose beaucoup de respect et une profonde admiration aux vues de vos qualités humaines et d'enseignant. Nous avons eu la chance d'être un de vos élèves et soyez en rassuré que nous nous servirons, toute notre vie, des méthodes de travail que vous nous avez inculquées.

Soyez assuré ici de notre sincère reconnaissance

SIGLES ET ABREVIATIONS

- 1 - ASACO** : association de santé communautaire
- 2 - ASACOME** : association de santé communautaire de Médina-coura
- 3- ASACOHI** : association de santé communautaire d’Hippodrome
- 4- ABOSAC** : association de santé communautaire de Bozola
- 5- ASACOGO** : association de sante communautaire de N’Gomie
- 6 -CSCOM** : centre de santé communautaire
- 7- CSREF** : centre de santé de référence
- 8- INSTAT** : Institut nationale de la statistique
- 9- FMOS** : Faculté de médecine et d’odontostomatologie
- 10- ISFRA** : Institut supérieur de formation et de recherche appliquée
- 11- OMS** : Organisation mondiale de la santé
- 12- IOTA** : Institut ophtalmologique tropicale de l’Afrique
- 13- RGPH** : recensement général de la population et de l’habitat
- 14- CPN** : consultation prénatale
- 15- CPON** : consultation postnatale

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cadre conceptuel du système de soins d'après le modèle de POOLE et CARLTON (1986).

Figure 2 : Carte sanitaire de la commune II du district de Bamako.

Figure 3 : Répartition des participants en fonction de la profession

Figure 4 : Répartition des participants en fonction du statut matrimonial

Figure 5 : Répartition des participants en fonction des centres de santé fréquentés

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Attributs et dimensions de la qualité

Tableau II : Déterminants de l'accès focalisés sur la prestation des services de santé. (D'après PENCHANSKY /THOMAS ,1981)

Tableau III: Répartition de la Population Totale de la Commune II /Quartier/Sexe en 2011, Estimations sur le RGPH-2009

Tableau IV : Répartition des participants en fonction du sexe

Tableau V : Répartition des participants en fonction de la tranche d'âge

Tableau VI : Répartition de la tranche d'âge en fonction du sexe

Tableau VII: Répartition des participants en fonction du statut dans la famille

Tableau VIII : Répartition des participants en fonction de la distance

Tableau IX : Répartition des participants en fonction de la fréquentation

Tableau X : Répartition de la fréquentation en fonction du sexe

Tableau XI : Répartition de la fréquentation en fonction de l'âge

Tableau XII : Répartition des participants en fonction de la raison de non fréquentation

Tableau XIII : Répartition de la raison de non fréquentation en fonction du sexe

Tableau XIV : Répartition de la raison de non fréquentation en fonction de l'âge

Tableau XV : Répartition des usagers en fonction des méthodes de traitement alternatif

Tableaux XVI : Répartition des méthodes de traitement alternatif en fonction du sexe

Tableau XVII : Répartition des usagers en fonction des méthodes alternatives utilisées

Tableau XVIII : Répartition méthodes alternatives utilisées en fonction du sexe

Tableau XIX : Répartition des usagers en fonction du délai de consultation après la découverte de la maladie

Tableau XX : Répartition des usagers en fonction des moyens de déplacement utilisés

Tableau XXI : Répartition des moyens de déplacements utilisés en fonction du sexe

Tableau XXII : Répartition des moyens de déplacement en fonction de l'âge

Tableau XXIII : Répartition des participants a l'étude en fonction de l'accès à l'information sur la santé

Tableau XXIV : Répartition de l'accès à l'information en fonction du sexe

Tableau XXV : Répartition des participants en fonction de la source d'information

Tableau XXVI : Répartition des usagers en fonction des informations reçu sur leurs états de santé

Tableau XXVII : Répartition des usagers en fonction de la satisfaction de l'accueil

Tableau XXVIII : Répartition du niveau de satisfaction de l'accueil en fonction du sexe

Tableau XXIX: Répartition des usagers en fonction de la présentation de l'agent de sante

Tableau XXX : Répartition des usagers en fonction de la satisfaction de la consultation

Tableau XXXI : Répartition des usagers en fonction de la satisfaction de la prise en charge

Tableau XXXII : Répartition du niveau de satisfaction de la prise en charge en fonction du sexe

Tableau XXXIII : Répartition des usagers en fonction de leur l'appréciation sur le coût de la prestation

Tableau XXXIV : Répartition des usagers en fonction de la satisfaction du séjour au centre de santé

TABLE DES MATIERES

Liste des sigles et abréviations.....	9
Liste des figures.....	10
Liste des tableaux.....	11
I Introduction.....	16
II Approche conceptuelle.....	19
1- Description et justification de la recherche.....	19
2- Hypothèse.....	27
3- Objectifs.....	27
3-1 Objectif général.....	27
3-2 Objectifs spécifiques.....	27
4- Justification.....	27
III Démarche méthodologique.....	28
1- Cadre et lieu d'étude.....	28
2- Variables utilisées.....	31
3- Type d'étude.....	31
4- Population d'étude et d'échantillonnage.....	31
4-1 Population d'étude.....	31
4-2 Critères d'inclusion.....	32
4-3 Critères de non inclusion.....	32
5- Techniques et collecte des données.....	32
6- Pas de sondage.....	33
7- Le choix des concessions.....	33
8- Gestion et analyse des données.....	33
9 –considération éthique.....	34

IV Résultats.....	35
1- Etude quantitative.....	35
2- Etude qualitative.....	53
V Discussion.....	59
VI Conclusion.....	63
VII Recommandations.....	64
VIII Références.....	66
Annexes.....	69

I – INTRODUCTION

Dans le domaine sanitaire, en particulier dans les pays en développement, plusieurs raisons incitent, voire obligent qu'on s'intéresse aux conduites et aux représentations des populations. En effet, les modalités d'accès aux services de santé sont aussi largement dépendantes d'un ensemble de facteurs allant de l'économie à l'interprétation sociale de la maladie [1]. Par ailleurs, le choix des recours thérapeutiques (dispensaires, guérisseurs, marabouts, etc.) s'effectue en grande partie selon les perceptions des usagers. Quant à la qualité des structures de soins et de leurs capacités à traiter les malades ou à répondre à leurs besoins, non telles qu'elles sont médicalement définies mais selon la manière dont elles sont ressenties et interprétées [1].

Les interactions entre les soignants et les soignées ne sont pas qu'une affaire de compétences techniques. Elles ne peuvent être comprises et améliorées en dehors des identités sociales des acteurs locaux qui y sont impliqués [1].

L'utilisation des services de santé de premier niveau en Afrique reste très faible malgré les efforts importants qui ont été consacrés depuis plus d'une décennie pour renforcer l'offre des soins [2]. Il en est de même pour le Mali avec seulement 44% de la population qui ont accès aux soins dans un rayon de 5 km en 2002 et 45% en 2003[3]. Des travaux de plus en plus nombreux démontrent que la qualité telle qu'elle est perçue par les patients et leurs familles est un des déterminants majeurs de l'utilisation des services de santé. La qualité est une propriété plus relative qu'absolue. Elle est fonction du contexte socio-économique, du niveau des ressources, des intrants technologiques et des valeurs culturelles locales [4].

C'est bien le paradoxe de la maladie d'être à la fois la plus individuelle et la plus sociale des choses. Chacun d'entre nous l'éprouve dans son corps et parfois en meurt. De la sentir en lui menaçante et grandissante, un individu peut se sentir coupé de tous les autres, de ce qui faisait la vie sociale. En même temps tout en elle est sociale, non seulement parce qu'un nombre d'institutions la prennent en charge aux

différentes phases de son évolution. Aussi parce que les schémas de la pensée qui permettent de la reconnaître et de la traiter sont éminemment sociaux. Penser sa maladie c'est déjà faire référence aux autres [5]. La santé n'est pas qu'un état subjectif, une sensation physique ou psychique, c'est aussi un fait social, un état construit et un fait de culture. C'est le groupe social en fonction de sa culture donc de sa représentation du monde qui définit le normal et le pathologique [6]. Ainsi un patient est malade en fonction des représentations qu'il se fait de la santé et de la maladie. Celles-ci sont en grande partie culturelles [6].

Par conséquent, un comportement peut être considéré comme pathologique dans une société donnée (par exemple, les transes rituelles dans certaines sociétés occidentales modernes) et normal dans une autre (par exemple, les transes rituelles dans certaines sociétés africaines, comme celles qui pratiquent le vaudou (Bénin, Togo, Ghana, Nigeria). Bien qu'exceptionnel, cet état est modelé culturellement et a une fonction sociale et religieuse [6]. L'individu n'est pas une sorte d'appareil psychobiologique à entretenir et à réparer chimio-mécaniquement. L'enjeu et la jonction personnelle des relations communautaires, dont sa maladie éventuelle atteste la dégradation ou compromet l'indispensable existence. Soigner efficacement consiste dès lors pour un nombre de tradipraticiens à restaurer au travers des cas individuels pris en compte, une santé collective. D'où l'importance accordée à des conduites sociales diagnostiquées dans la divination ou prescrites pour le traitement consécutif [7]. Le système interprétatif du patient met en scène autant ses contraintes sociales au quotidien que son expérience de la maladie et ses relations familiales. Ces facteurs sociaux expliquent la diversité et la complexité des logiques profanes de santé. Ils ne peuvent en aucune façon être appréhendés et décodés à partir du regard médical. La cohérence de ce système interprétatif du patient implique autant le sens particulier donné à la maladie que les différents traitements prescrits par les médecins [8].

L'importance des savoirs populaires est relative à la maladie et à la santé profondément enracinée dans toutes sociétés. Il s'agit d'un véritable système culturel parallèle, n'étant aucunement réductible à un sous ensemble de connaissances médicales. Tout en intégrant les éléments du savoir scientifique dominant, il s'impose comme savoir authentique, véhiculant son propre bagage des croyances [9]. Il est donc important d'être conscient qu'une représentation de la santé et de la maladie repose sur une conception de l'homme. Aussi de son rapport avec les autres, au cosmos et de son rapport à une transcendance [6]. Ainsi notre étude a pour but de montrer l'importance de la prise en compte de la dimension culturelle et parfois religieuse de l'identité du patient dans toute thérapie (relation soignant-soigné et structure des soins)

II - APPROCHE CONCEPTUELLE

1-Description de la recherche

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 [10].

La plupart des politiques nationales de santé accompagnées par les partenaires au développement ont considérablement renforcé l'offre publique de soins de premier niveau. Mais en dépit de cet accroissement substantiel de l'offre des soins, le taux d'utilisation des structures de soins reste faible dans l'ensemble de ces pays et oscillait entre 0,10 et 0,30 contacts par personne et par an [10].

Au Mali, la politique sectorielle de santé repose sur une décentralisation de système de soins basée sur la garantie des soins de santé primaire assurés par des centres de santé (publics, communautaires, privés ou confessionnels) [11].

Cette politique semble occultée, ou du moins sous-estimer l'importance des différents modes de vie et de représentations sociales des populations locales. La question qui nous préoccupe ici réside dans le constat général d'une faible fréquentation des services de santé (publics, privés ou communautaires) par les populations locales [12].

En effet, la perspective adoptée est de chercher à comprendre la manière dont la maladie s'articule à la culture et sa prise en compte par les institutions et les symboles de la société

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

Les déterminants de l'utilisation des structures de premier niveau peuvent se classer en trois grands groupes :

- Les déterminants financiers (recouvrement des coûts, paiement direct des soins, niveau de revenu des ménages, prix et coût des soins, coût de transport, couverture de maladie) ;

- Les déterminants liés à la qualité des soins (qualité structurelle, disponibilité en médicaments, processus de soins, relation soignant /soigné, qualité perçue, satisfaction des usagers) ;

- Les déterminants socio-culturels.

- Les autres déterminants sont plus spécifiques et dépendants de l'environnement (accès géographique, état de santé des patients, valeurs sociales, de la localisation des centres de soins), des caractéristiques des individus (âge, genre, instructions) et des cultures et pratiques (perception de la maladie et de sa gravité) [10].

D'après **Kroeger (1983)**, qui a compilé plusieurs études réalisées dans les pays en développement et celle réalisée en 2000 sur les aspects liés à l'utilisation des accoucheuses traditionnelles, [13] 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, et aux perceptions** que les patients ont de la maladie (caractère chronique ou aigu, bénin ou sévère de la maladie, les contextes étiologiques, les caractéristiques contextuelles, les caractéristiques individuelles, le comportement de santé et les résultats de santé).

- **Les caractéristiques contextuelles** sont réparties en **éléments prédisposant** (caractéristiques démographiques, sociales et croyances), 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 morbidité, de mortalité et de handicap).

- **Les caractéristiques individuelles** présentent les mêmes caractéristiques que les précédents

-**Les caractéristiques de santé révèlent des pratiques individuelles de santé, du processus de soins et de l'utilisation des services : l'état de santé perçu évalué et la satisfaction du patient [14].**

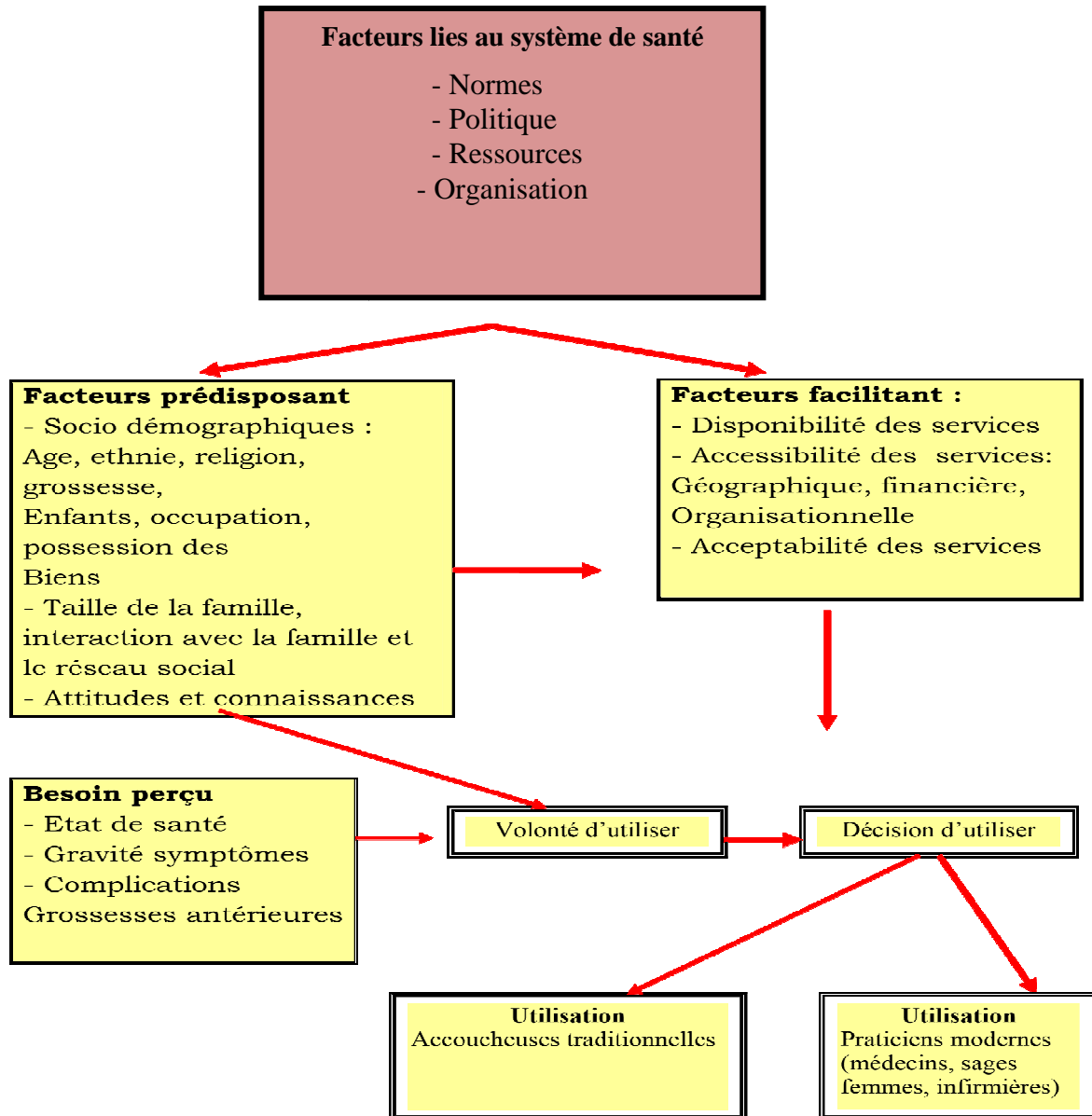


Figure 1 : Cadre conceptuel du système de soins d'après le modèle de Poole et Carlton (1986).

1.2- Déterminants liés à la qualité de soins :

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

a-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 [5].

b-Selon l'OMS

La qualité est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques. Elle lui assurera le meilleur résultat en termes 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 de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins [5].

Selon **Donabedian (1980)** , la satisfaction peut être considérée comme un résultat de la prestation de service (les usagers plus satisfaits sont plus fidèles au traitement). Les usagers peuvent contribuer à définir la qualité dans ce domaine. Ils ont généralement une vision plus large que celle des praticiens (notamment en ce qui attrait aux aspects interpersonnels). En exprimant leur niveau de satisfaction, les usagers font une évaluation de la qualité des services. [5]

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

La 1^{ère} catégorie (**efficacité**) renvoie au résultat en terme de santé.

L'efficience et le caractère optimal sont proches et nuancent la notion de résultat pour intégrer des contraintes, entre autres financières.

La quatrième catégorie (**l'acceptabilité**) prend en compte l'environnement technique, social et 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 ainsi qu'à des valeurs sociales [5].

1.3 -Tableau I : Attributs et dimensions de la qualité [5]

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

1.4- Tableau II : Déterminants de l'accès focalisés sur la prestation des services de santé. (D'après PENCHANSKY /THOMAS ,1981) :

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

Enfin, si les soins occupent une place importante dans l'amélioration de l'état de santé d'une population, la présence d'un environnement physique, économique et culturel approprié reste la clé sans laquelle il est vain de vouloir espérer une amélioration des principaux indicateurs de santé [5]. C'est dans cette optique que notre étude tentera de montrer l'importance des données socio-culturelles du patient dans la relation thérapeutique

2- Hypothèses

- L'inadaptation de la prise en compte de l'identité culturelle du patient est corrélée à l'utilisation des services de santé.
- La prise en compte de l'accueil et du niveau d'information des usagers peut contribuer à l'amélioration de la qualité des soins.

3-Objectifs

3.1 Objectif général

Documenter le système d'accueil, d'information et de prise en charge des usagers au niveau des structures de soins du district de Bamako

3.2 Objectifs spécifiques

- Evaluer le niveau d'accueil du patient.
- Déterminer le niveau d'information du patient
- Déterminer le taux de satisfaction des usagers.

4- Justification de la recherche

Devant l'insuffisance d'études approfondies entre les facteurs socio-culturels et la santé dans le contexte du Mali ; nous voulons démontrer l'importance de la prise en compte de la dimension culturelle et religieuse de l'identité du patient dans sa prise en charge

III- DEMARCHE METHODOLOGIE

1- Cadre et lieu d'étude :

Nous avons exploité les données de l'enquête sur « Accueil, information et prise en charge des usagers en commune II du district de Bamako ».

❖ Présentation de la Commune II

● Données géographiques

La Commune II du District de Bamako est une commune urbaine qui couvre une superficie de **36,47 km²**. Elle est située sur la rive gauche du fleuve Niger ; elle est limitée :

- Au Nord par le pied de la colline du point G ;

- A l'Est par le marigot du Korofina ;

traversant le grand marché jusqu'au pont des martyrs ;

Au Sud par le fleuve Niger.

● Données démographiques

La Commune II du District de Bamako est composée d'une population cosmopolite ; elle regroupe les différentes ethnies du Mali. Sur la base du recensement général de l'habitat et de la population en 2009, la population de la commune II est de **159805** habitants, soit une densité de **4382 habitants/km²**.

Le taux d'accroissement général de la population est de **2,7%** entre 2003 et 2004 et qui reste stable entre 2004 et 2005. En 1978, la commune II comme toutes les communes du district de Bamako a été créée par l'ordonnance N° 78-34 CMLN du 18 Août 1978. Avec l'avènement du pluralisme politique suite aux événements de Mars 1991 la loi N°96 025 du 18 Février 1996 fixe le statut spécial du district de Bamako avec ces 6 communes.

La commune II issue de ce découpage administratif pour une meilleure participation des populations au développement local, compte aujourd'hui 11 quartiers : Niarela, Bozola, Bagadadji, Médina coura, Missira, Hippodrome , Quinzambougou, Bakaribougou, TSF, Zone Industrielle et Bougouba

Tableau III : Répartition de la population par sexe et par quartier

Division Administrative	2009			2009	
	Hommes	Femmes	Total	ménage estimé 2009	Concessions Estimé en 2009
Bakaribougou	3106	2817	5923	946	269
Bougouba	2177	2112	4288	685	287
Bozola	7007	6883	13890	2219	878
Hippodrome	15997	15778	31775	5077	2523
Médina-coura	11606	11632	23 238	3 713	1209
Missira	9546	9723	19269	3079	956
Niarela	9212	9098	18310	2925	1047
Quinzambougou	5983	6036	12019	1920	837
Quartier TSF	4778	4486	9264	1480	576
Quartier Zone Industrielle	3972	3837	7809	1248	540
Bagadadji	6892	7133	14025	2241	730
Total Commune II	80272	79533	159805	25532	9916

Source : RGPH 2009

- **Situation socio-économique et culturelle**

L'économie est essentiellement basée sur trois secteurs à savoir :

- Le secteur primaire : agriculture, pêche et élevage ;

- Le secteur secondaire : industrie ;

- Le secteur tertiaire : tourisme, commerce, institution financière. L'Islam est la religion prédominante dans la Commune II ; on compte aussi quelques rares communautés chrétiennes. La Commune II abrite plusieurs établissements d'enseignements fondamental, secondaire, général, technique et professionnel. Le taux de scolarisation est cependant faible. L'analphabétisme, et le chômage demeurent encore des préoccupations sociales importantes.

La commune II dispose d'un CSREF ; huit centres de santé communautaires (BENKADY, ABOSAC, ASACOHY, ASACOME, BONIABA ASACOBAGA ASACOQUIZ, ASACOMI) et plusieurs structures à statut privé

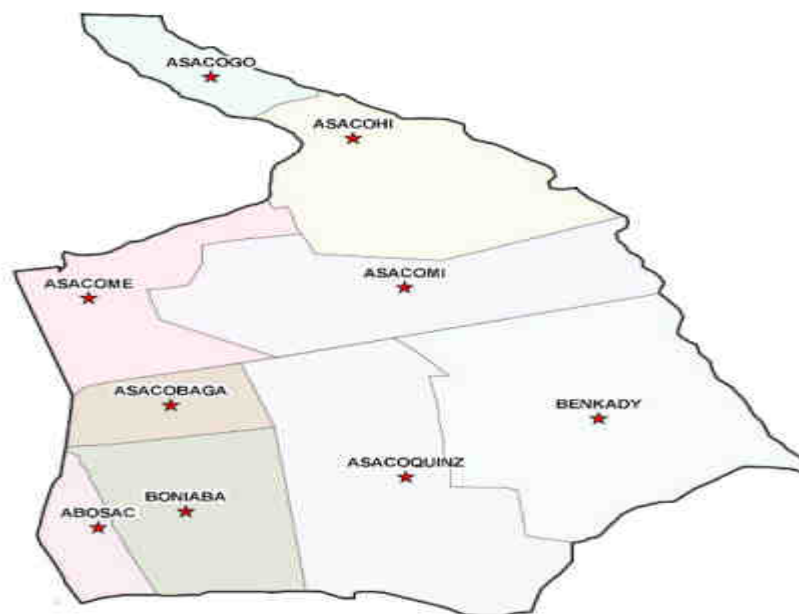


Figure 2 : carte sanitaire de la commune I

2-Les Variables utilisées

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

- Le sexe.
- Le statut matrimonial
- L'activité exercée (assimilable à la profession)
- Le statut de l'interviewé dans la famille.
- La catégorie d'âge.

3- Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive du 15 mars au 30 mai 2014

4- Population d'étude et échantillon

4.1-Population d'étude et d'échantillonnage :

Toute personne résidente dans la commune II du district de Bamako

Lamine Diakité (2009), dans son étude intitulée : « Accueil ; information et prise en charge des usagers. Cas des centres de santé en communes V et VI du district de Bamako(MALI) » a trouvé que (p=) 27,69 (28%) des usagers trouvaient que l'accueil était excellent. Ainsi, nous avons calculé la taille minimale de notre échantillon d'étude à travers la formule de Daniel Schwartz :

$$n = z^2 p.q. / i^2$$

n= taille de l'échantillon

z = paramètre lié au risque d'erreur (z=1,96 pour un risque de 5%)

P= prévalence attendue du phénomène étudié, elle est exprimée en fraction de 1 ; pour notre étude elle est de 0,28.

q=1-p ; prévalence attendue des personnes ne présentant pas le phénomène étudié, elle est exprimée en fraction de 1; q=0,72

i= précision absolue souhaitée, elle est également exprimée en fraction de 1 et évaluée à 0,05.

Ainsi la taille minimale de l'échantillonnage pour notre étude est de

$$n = (1,96)^2(0,28)(0,72)/(0,05)^2 = 309,78 \approx 310.$$

Ce qui revient à 310 volontaires participants à l'étude pour chacune des six communes du district de Bamako, soit 1860 volontaires participants. Ainsi pour une répartition équitable de l'échantillon entre les quartiers sélectionnés nous avons pris 312 participants soit 52 par quartier

4-2-Critères d'inclusion :

- les hommes et femmes âgés de 18 ans et plus.
- résidant en commune II depuis au moins six mois.
- présents à domicile le jour de l'enquête et acceptant de participer à l'enquête.

4-3-Critères de non inclusion :

- les hommes et femmes âgés de moins de 18 ans ;
- les personnes ne pouvant répondre aux questions à cause de déficit ou d'un handicap (déficience intellectuelle, démence.) ;
- toute personne qui refuse de participer à l'enquête.

5-Techniques et collecte des données

La sélection des quartiers a été faite sur la base d'un tirage aléatoire, nous avons tiré un quartier sur deux (1/2) dans la commune II. Ainsi, Bakaribougou Missira Hippdrome, medina-coura, Niarela, Bozola ont été tirés . L'enquête a concerné 312 ménages dans la commune II repartis entre les quartiers sélectionnés ; soit 52 ménages par quartier.

Nous avons comme matériels les fiches d'enquête, un cahier de 100 pages, un crayon, une gomme, des stylos, un ordinateur équipé d'un logiciel de saisi (SPSS version 19.0), des feuilles de papiers format A4, une calculatrice, une moto pour le déplacement entre les différents quartiers. L'enquête a été menée par interview à l'aide de questionnaire conçu à cette fin comprenant quatre (4) modules à savoir :

- Le module 1 : qui s'appuie sur le statut sociodémographique des usagers,
- module 2 : traite la fréquence d'utilisation des services de santé par les usagers ;
- Le module 3 : qui traite le niveau d'appréciation de l'accueil ;
- Le module 4 : qui s'intéresse au niveau de satisfaction des usagers.

6- Pas de sondage :

Le pas de sondage est obtenu par la formule suivante :

$$\text{Le pas de sondage} = \frac{\text{Nombre de concessions}}{\text{Taille de l'échantillon}}$$

Pas de sondage= 21

7- le choix des concessions :

Le centre des différents quartiers a été considéré comme point de départ. Nous avons choisi la méthode EPI pour le choix de la rue.

Dans la rue choisie chaque concession a été numérotée et nous avons procédé par un tirage au sort, le numéro tiré correspondait à la première concession à visiter. Dans chaque concession choisie nous avons choisi un ménage au hasard, et toutes les personnes adultes âgées de 18 ans au moins ont été interrogées jusqu'à l'obtention de l'effectif requis.

Nous avons visité la concession suivante en allant sur la droite ; la première concession étant séparée de 21 concessions de la deuxième.

8-Gestion et analyse des données

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 19 et Excel 2007. Des vérifications des données ont été faites sur la base de l'examen de la distribution des variables. L'analyse statistique descriptive a été faite par des tableaux croisés. Le test de Khi II a été utilisé pour la significativité de certains de nos résultats. Une valeur p obtenue inférieure à 0,05 implique qu'il y'a une relation statistiquement significative entre les valeurs des caractères considérés. Le traitement de texte a été fait sur le logiciel Word 2007.

9-considération éthique

Nous avons reçu une double formation certifiée en langue nationale bambara et en éthique de la recherche afin d'une part de développer une communication centrée sur les aptitudes langagières des usagers des centres de service des soins. Et d'autre part de mieux aviser en matière de respect des règles et principes déontologiques, éthiques et de protection des droits, valeurs et vie privée des usagers et des prestataires.

En effet le respect de la déontologie médicale fait partie intégrante de la présente étude qui s'est évertuée au respect des aspects suivants :

- L'information pour le consentement libre et éclairé des ménages et des personnes enquêtés ;
- Le respect de la personne humaine dans ses opinions, dans ses décisions avec une information éclairée et adoptée ;
- La garantie de la confidentialité et de l'anonymat, par un accès restrictif

IV-RESULTATS :

L'étude s'est déroulée du 15 mars 2014 au 30 mai 2014 dans la commune II du district de Bamako. Elle a concerné 312 ménages dont les résultats sont les suivants :

1-Etude quantitative

1.1 – Caractéristiques socio-démographiques

Tableau IV : Répartition des participants en fonction du sexe

Sexe	Effectifs	Pourcentage
Masculin	94	30,1
Féminin	218	69,9
Total	312	100,0

Les femmes ont été représentatives avec **69.9 %** des participants contre 30.1% des hommes

Tableau V : Répartition des participants en fonction de la tranche d'âge

Age	Effectifs	Pourcentage
18 – 26	75	24,0
27-35	88	28,2
36-44	67	21,5
45 et plus	82	26,3
Total	312	100,0

Parmi les participants la tranche d'âge [27 -35] a prédominé avec 28.2%

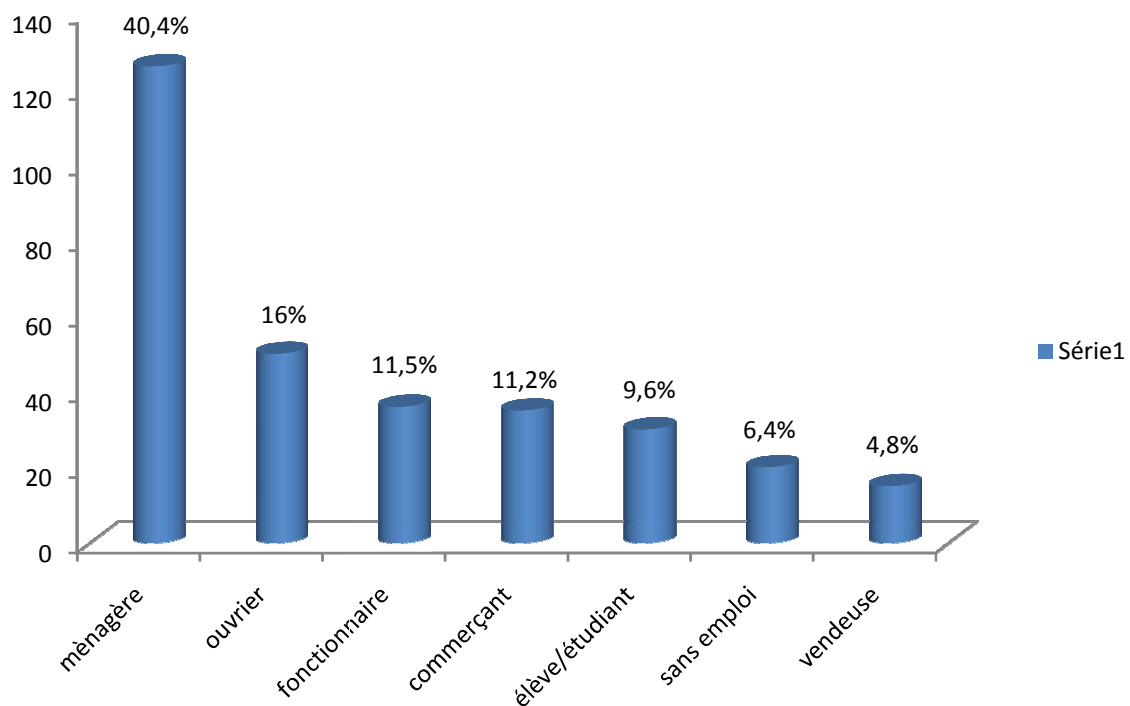
Tableau VI : Répartition de la tranche d'âge en fonction du sexe

Sexe	tranches d'âge				Total% (n)
	18 – 26	27-35	36-44	45 et plus	
masculin	(12)	(25)	(31)	(26)	(94)
	16,0%	28,4%	46,3%	31,7%	30,1%
féminin	(63)	(63)	(36)	(56)	(218)
	84,0%	71,6%	53,7%	68,3%	69,9%
Total	(75)	(88)	(67)	(82)	(312)
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Khi II : 15,624 P : 0,001

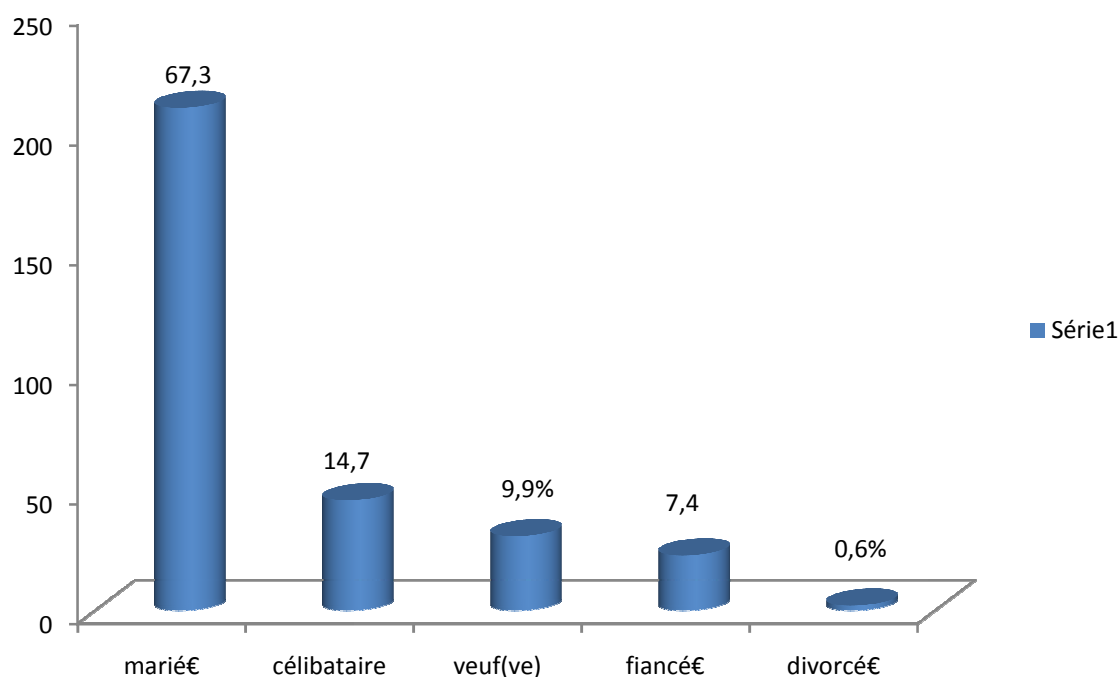
Le sexe féminin a été majoritaire dans toutes les tranches d'âge

Figure 3 : Répartition des participants en fonction de la profession



Les ménagères ont été représentatives avec 40,4% des participants

Figure 4 : Répartition des participants en fonction du statut matrimonial



Les mariés ont été majoritaires avec 67,3% des participants

Tableau VII: Répartition des participants en fonction du statut dans la famille

Statut de l'interviewe	Effectifs	Pourcentage
Père	55	17,6
Mère	160	51,3
Enfant	71	22,8
Autres	26	8,3
Total	312	100,0

Autres* : les grands parents

Les mères ont été représentatives avec 51,3% des participants

Tableau VIII : Répartition des participants en fonction de la distance du centre le plus proche

Distance	Effectifs	Pourcentage
moins de ½ Km	176	56,4
entre ½ km -1Km	110	35,3
plus de 1km	26	8,3
Total	312	100,0

Parmi les participants 56.4% étaient à moins de ½ Km du centre de santé le plus proche

1.2 - Fréquentation des centres de santé

Tableau IX : Répartition des participants en fonction de la fréquentation

Fréquentation	Effectifs	Pourcentage
oui	285	91,3
non	27	8,7
Total	312	100,0

Le taux de fréquentation était de 91.3%

Tableau X : Répartition de la fréquentation en fonction du sexe

Sexe	Fréquentation		Total% (n)
	Oui	Non	
Masculin	(83) 29,1%	(11) 40,7%	(94) 30,1%
Féminin	(202) 70,9%	(16) 59,3%	(218) 69,9%
Total	(285) 100,0%	(27) 100,0%	(312) 100,0%

Khi II : 1,581 P : 0,209

Le taux de fréquentation des femmes était de 70,9%

Tableau XI : Répartition de la fréquentation en fonction de l'âge

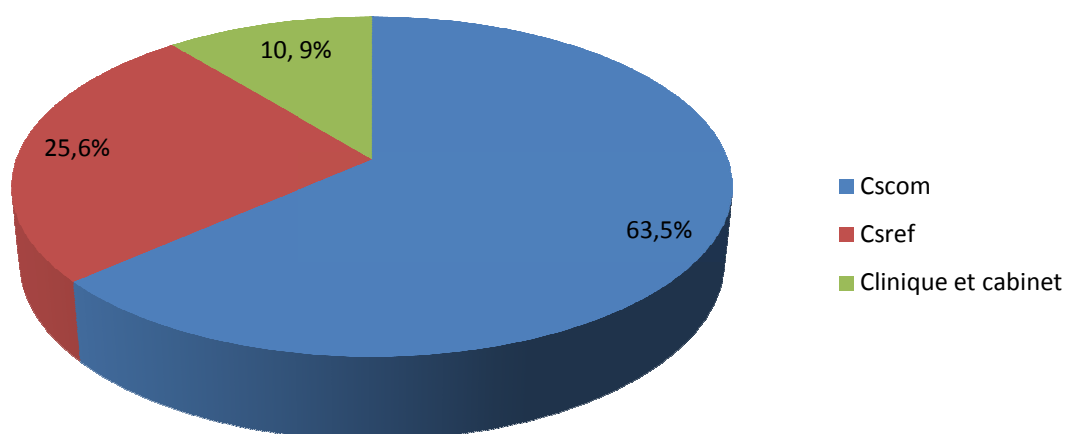
Age	Fréquentation		Total% (n)
	Oui	Non	
18 – 26	(67) 23,5%	(8) 29,6%	(75) 24,0%
27-35	(79) 27,7%	(9) 33,3%	(88) 28,2%
36-44	(62) 21,8%	(5) 18,5%	(67) 21,5%
45 et plus	(77) 27,0%	(5) 18,5%	(82) 26,3%
Total	(285) 100,0 %	(27) 100,0%	(312) 100,0%

Khi II : 1,458

P : 0,692

Un taux de fréquentation élevé a été constaté dans toutes les tranches d'âge

Figure 5 : Répartition des participants en fonction des centres de santé fréquentés



Les centres de santé communautaires ont été les plus fréquentés par les usagers soit 63,5% des cas

Tableau XII : Répartition des participants en fonction de la raison de non fréquentation

Raison	Effectifs	Pourcentage
distance	3	11,1
accueil	3	11,1
prise en charge	4	14,8
cout des médicaments	3	11,1
automédication	14	51,9
Total	27	100,0

Automédication était la raison principale de non fréquentation soit 51,9%

Tableau XIII : Répartition de la raison de non fréquentation en fonction du sexe

Sexe	raison de non fréquentation					Total
	distance	accueil	mauvaise prise en charge	cout des médicaments	Automédication	
Masculin	(1) 33,3%	(0) ,0%	(2) 50,0%	(2) 66,7%	(6) 42,9%	(11) 40,7%
Féminin	(2) 66,7%	(3) 100,0%	(2) 50,0%	(1) 33,3%	(8) 57,1%	(16) 59,3%
Total	(3) 100,0%	(3) 100,0%	(4) 100,0%	(3) 100,0%	(14) 100,0%	(27) 100,0%

Khi II : 3,134 P : 0,536

La raison de non fréquentation la plus évoquée dans les deux sexes était l'automédication

Tableau XIV : Répartition de la raison de non fréquentation en fonction de l'âge

Age	raison de non fréquentation					Total
	Distance	accueil	mauvaise prise en charge	cout des médicaments	Automédication	
18 – 26	(1) 33,3%	(2) 66,7%	(2) 50,0%	(0) ,0%	(3) 21,4%	(8) 29,6%
27-35	(2) 66,7%	(0) ,0%	(0) ,0%	(1) 33,3%	(6) 42,9%	(9) 33,3%
36-44	(0) ,0%	(1) 33,3%	(1) 25,0%	(1) 33,3%	(2) 14,3%	(5) 18,5%
45 et plus	(0) ,0%	(0) ,0%	(1) 25,0%	(1) 33,3%	(3) 21,4%	(5) 18,5%
Total	(3) 100,0%	(3) 100,0%	(4) 100,0%	(3) 100,0%	(14) 100,0%	(27) 100,0%

Khi : 9,99 P : 0,6

L'automédication, et la mauvaise prise en charge ont été les raisons de non fréquentation qui ont prédominé dans toutes les tranches d'âge

Tableau XV : Répartition des usagers en fonction des méthodes de traitement alternatif

Usagers	Effectifs	Pourcentage
Oui	162	51,9
Non	150	48,1
Total	312	100,0

Parmi les 312 participants 162 ont eu recours à d'autres méthodes de traitement en dehors de la médecine moderne soit 51,9%

Tableaux XVI : Répartition des méthodes de traitement alternatif en fonction du sexe

Sexe	méthodes de traitement alternatif		Total % (n)
	oui	non	
masculin	(51) 31,5%	(43) 28,7%	(94) 30,1%
féminin	(111) 68,5%	(107) 71,3%	(218) 69,9%
Total	(162) 100,0%	(150) 100,0%	(312) 100,0%

Khi II : 0,293 P : 0,588

Le recours aux traitements non médicaux était fréquent chez les femmes avec 68,5%.

Tableau XVII : Répartition des usagers en fonction des méthodes alternatives utilisées

Méthodes	Effectifs	Pourcentage
le marabout	3	1,9
le guérisseur	107	66,0
les personnes âgées	52	32,1
Total	162	100,0

La plupart des usagers ont eu recours aux guérisseurs traditionnels, soit 66% des usagers

Tableau XVIII : Répartition méthodes alternatives utilisées en fonction du sexe

Sexe	méthodes alternatives utilisées			Total% (n)
	marabout	guérisseur	personnes âgées	
masculin	(1) 33,3%	(32) 29,9%	(18) 34,6%	(51) 31,5%
féminin	(2) 66,7%	(75) 70,1%	(34) 65,4%	(111) 68,5%
Total	(3) 100,0%	(107) 100,0%	(52) 100,0%	(162) 100,0%

Khi II : 0,365 P : 0,833

Le recours aux guérisseurs traditionnels était majoritaire chez les femmes soit 70,1%

Tableau XIX : Répartition des usagers en fonction du délai de consultation après la découverte de la maladie

Délai de consultation	Effectifs	Pourcentage
directement après la découverte de la maladie	231	81,1
après avoir essayé tous les traitements traditionnels	29	10,2
lorsque la maladie s'aggrave	25	8,8
Total	285	100,0

La majorité a consulté directement après la découverte de la maladie, soit 81,1% des usagers

Tableau XX : Répartition des usagers en fonction des moyens de déplacement utilisés

Moyens de déplacement	Effectifs	Pourcentage
Moto	102	35,8
Automobile	45	15,8
Pieds	138	48,4
Total	285	100,0

La majorité des usagers partaient au centre de santé à pieds soit 48.4%

Tableau XXI : Répartition des moyens de déplacements utilisés en fonction du sexe

Sexe	moyens de déplacement utilisés			Total% (n)
	Moto	automobile	Pied	
masculin	(46)	(17)	(20)	(83)
	45,1%	37,8%	14,5%	29,1%
féminin	(56)	(28)	(118)	(202)
	54,9%	62,2%	85,5%	70,9%
Total	(102)	(45)	(138)	(285)
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Khi II : 28,554 P : 0,000

La plupart des femmes partait à pied tandis que la plupart des hommes utilisait la moto pour se rendre dans les centres de santé

Tableau XXII : Répartition des moyens de déplacement en fonction de l'âge

Age	moyens de déplacement utilisés			Total
	moto	Automobile	pieds	
18 – 26	(31)	(7)	(29)	(67)
	30,4%	15,6%	21,0%	23,5%
27-35	(26)	(7)	(47)	(80)
	25,5%	15,6%	34,1%	28,1%
36-44	(24)	(12)	(26)	(62)
	23,5%	26,7%	18,8%	21,8%
45 et plus	(21)	(19)	(36)	(76)
	20,6%	42,2%	26,1%	26,7%
Total	(102)	(45)	(138)	(285)
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Khi II : 14,846 P : 0,021

L'utilisation de la moto a été fréquente dans la tranche d'âge [18-26] avec 30,4%.

1.3 - Evaluation du niveau d'information

Tableau XXIII : Répartition des participants a l'étude en fonction de l'accès à l'information sur la santé

Réponse des usagers	Effectifs	Pourcentage
Oui	237	76,0
Non	75	24,0
Total	312	100,0

L'accès à l'information sur la santé à été nettement supérieur soit 76% des participants

Tableau XXIV : Répartition de l'accès à l'information en fonction du sexe

Sexe	Accès à l'information		Total % (n)
	oui	non	
masculin	(77) 32,5%	(17) 22,7%	(94) 30,1%
féminin	(160) 67,5%	(58) 77,3%	(218) 69,9%
Total	237 100,0%	75 100,0%	312 100,0%

Khi II : 2,611 P : 0,106

L'accès à l'information a prédominé chez les femmes soit 67,5% contre 32,5% chez les hommes

Tableau XXV : Répartition des participants en fonction de la source d'information

Source d'information	Effectifs	Pourcentage
radio	63	26,6
télévision journaux	138	58,2
réunions	30	12,7
autres	6	2,5
Total	237	100,0

Autre* : les amis agents de santé

La télévision a été la source d'information la plus fréquente avec 58,2%.

Tableau XXVI : Répartition des usagers en fonction des informations reçu sur leurs états de santé

Réponse des usagers	Effectifs	Pourcentage
Oui	159	55,8
Non	126	44,2
Total	285	100,0

La majorité a affirmé avoir reçu des informations sur leur état de santé, sur la maladie, le traitement et les soins soit 55,8% des usages

1.4 - Evaluation du niveau de l'accueil

Tableau XXVII : Répartition des usagers en fonction de la satisfaction de l'accueil

Niveau de satisfaction	Effectifs	Pourcentage
très satisfait	204	71,6
Assez satisfait	26	9,1
peu satisfait	13	4,6
pas du tout satisfait	42	14,7
Total	285	100,0

La majorité a été satisfait de l'accueil soit 80,7%.

Tableau XXVIII : Répartition du niveau de satisfaction de l'accueil en fonction du sexe

Sexe	Niveau de satisfaction de l'accueil				Total % (n)
	très satisfait	assez satisfait	peu satisfait	pas du tout satisfait	
masculin	(60) 29,4%	(8) 30,8%	(2) 15,4%	(13) 31,0%	(83) 29,1%
féminin	(144) 70,6%	(18) 69,2%	(11) 84,6%	(29) 69,0%	(202) 70,9%
Total	204 100,0%	26 100,0%	13 100,0%	42 100,0%	285 100,0%

Khi II : 1,299 P : 0,729

Les femmes ont été plus satisfaites de l'accueil que les hommes

Tableau XXIX: Répartition des usagers en fonction de la présentation de l'agent de santé

Réponse	Effectifs	Pourcentage
Oui	102	35,8
Non	183	64,2
Total	285	100,0

La majorité des usagers ont affirmé que l'agent de santé ne s'est pas présenté avant le début de la consultation soit 64,2%

1.5 – Evaluation de la prise en charge

Tableau XXX : Répartition des usagers en fonction de la satisfaction de la consultation

Niveau de satisfaction	Effectifs	Pourcentage
très satisfaisant	242	84,9
assez satisfaisant	22	7,7
peu satisfaisant	15	5,3
pas du tout satisfaisant	6	2,1
Total	285	100,0

Le taux de satisfaction de la consultation était de 92,6 %

Tableau XXXI : Répartition des usagers en fonction de la satisfaction de la prise en charge

Niveau de satisfaction de la prise charge	Effectifs	Pourcentage
très satisfaisant	235	82,5
assez satisfaisant	21	7,4
peu satisfaisant	18	6,3
pas du tout satisfaisant	11	3,9
Total	285	100,0

La quasi-totalité des usagers ont été satisfait de leur prise en charge soit 89,9%

Tableau XXXII : Répartition du niveau de satisfaction de la prise en charge en fonction du sexe

Sexe	Niveau de satisfaction de la prise en charge				Total % (n)
	très satisfaisant	assez satisfaisant	peu satisfaisant	pas du tout satisfaisant	
Masculin	(63) 26,8%	(8) 38,1%	(5) 27,8%	(7) 63,6%	(83) 29,1%
Féminin	(172) 73,2%	(13) 61,9%	(13) 72,2%	(4) 36,4%	(202) 70,9%
Total	235 100,0%	21 100,0%	18 100,0%	11 100,0%	285 100,0%

Khi II : 7,793 P : 0,051

Les femmes ont été plus satisfaites des services offerts par les agents de santé que les hommes.

Tableau XXXIII : Répartition des usagers en fonction de leur l'appréciation sur le coût de la prestation

Coût	Effectifs	Pourcentage
très couteux	72	25,3
Abordable	152	53,3
moins couteux	61	21,4
Total	285	100,0

La majorité des usagers ont trouvé les prix des prestations abordables soit 53,3% des usagers

Tableau XXXIV : Répartition des usagers en fonction de la satisfaction du séjour au centre de santé

Niveau de satisfaction du séjour	Effectifs	Pourcentage
très satisfaisant	201	70,5
assez satisfaisant	51	17,9
peu satisfaisant	27	9,5
pas du satisfaisant	6	2,1
Total	285	100,0

La plupart des usagers ont affirmé avoir été satisfait de leur séjour au centre de santé soit 70,5%

2-Etude qualitative

2.1- GUIDE DE FOCUS GROUPE (groupe 1)

Date : 04/06/2014

Facilitateur (F): Camara Noumakan et Younoussé Ziquimé

Groupe 1 : hommes

Tranche d'âge : [26 – 35]

Lieu : commune II (Hippodrome)

Nombre de personne par groupe : 7

P : participants (qui sont numérotés de 1 à 7)

Duré : 1H

SYNHESE DES RESULTATS

F : que pensez-vous de l'accueil dans les structures sanitaires de la commune II ?

P 1 : je pense que les agents de santé font leur mieux pour un bon accueil

p 2 : souvent si tu n'a pas de connaissance, on te néglige

F : quel genre de connaissance parlez-vous

P2 : il faut que tu aies un parent médecin ou un ami à l'hôpital

p5 : je pense que les agents de santé doivent fournir un peu d'effort pour s'intéresser aux gens, si non souvent leurs comportements sont décevants.

P4 : moi quand même je n'ai pas eu de problème avec les docteurs

F : et toi monsieur qu'en pensez-vous ?

P 7 : souvent quand tu parts à l'hôpital, tu ne sais même pas où partir. Personne ne t'oriente

F : merci, beaucoup je voudrais qu'on aborde un autre sujet

F : Avez-vous accès à l'information reliée à la santé ?

p1 : moi je trouve certaines informations à travers la télévision (émission focus santé)

P2 : souvent les docteurs vont des campagnes de sensibilisation quand les vaccinations approchent

P3 : en écoutant la radio j'entends souvent certaines informations en rapport avec la santé

P6 : c'est à mes amis agents de santé que je demande certaines choses concernant les maladies courantes

p5 : vraiment moi je ne trouve pas d'information sur la santé

F : **pourquoi ?**

P5 : je n'écoute ni radio et je regarde la télévision de temps en temps

F : merci, beaucoup abordons un autre sujet s'il vous plait

F : **que pensez-vous du coût de la prestation des services de santé ?**

P6 : Les prises de sang (analyses) coûtent chères mais la consultation ne coûte pas beaucoup

p2 : les prestations sont moins chères aux CSCO M et aux CSREF que dans les cliniques

p3 : souvent si les produits sur l'ordonnance ne sont pas à la pharmacie du centre, quand on part acheter à la pharmacie de dehors, ça revient très cher et parfois on n'a pas les moyens pour les acheter

P1 : ils sont entrain de tout augmenter au fil du temps

P7: je pense qu'on ne doit pas payer certaines choses une fois qu'on a pris le ticket de consultation et payé les médicaments

F : **de quoi s'agit-il ?**

p 7 : par exemple quand on achète les sérums, on paye encore pour placer ses sérums, ce n'est pas normal

F : ok merci, parlons encore d'autres choses

F : Avez-vous recours à d'autres pratiques en dehors de la médecine moderne

p2 : quand moi je tombe malade je parts me consulter pour savoir de quoi je souffre

p 3 : après le traitement médical, moi j'ajoute le traitement traditionnel

F : Pourquoi vous ajoutez le traitement traditionnel ?

P 3 : selon moi le traitement médical affaiblit les microbes et le traitement traditionnel consolide le traitement médical moderne

p1 : le traitement traditionnel n'agit pas sur les maladies actuelles

p4 : moi je pense que chaque maladie a son traitement spécifique

p5 : moi j'utilise d'autres traitements en dehors du traitement moderne mais c'est rare

p7 : souvent on est obligé de tenter beaucoup de chose quand on n'a pas les moyens où lorsqu'on est frappé par la déception

F : **alors, maintenant que pensez-vous de la prise en charge dans les centres de santés ?**

P1 : vraiment ils nous soignent bien

p 2 : si tu parviens à acheter l'ordonnance qu'on te donne, tu es guéri dans la majorité des cas

p 3 : à chaque fois que j'ai consulté mes préoccupations ont été satisfaites

p 7 : souvent tu tombe sur des gens qui ne connaissent pas grande chose

p 5 : souvent le manque de matériel pose problème si non les docteurs travaillent bien

P4 : j'ai consulté pour hémorroïde mais je n'ai pas été satisfait du traitement, il a fallu que je fasse le traitement traditionnel

2.2-GUIDE DE FOCUS GROUPE (groupe 2)

Date : 06/06/2014

Facilitateur(F): Camara Noumakan et Ziquimé

Groupe 2 : femmes

Tranche d'âge : [18 – 24]

Lieu : commune II (Missira)

Nombre de personne par groupe : 7

P : participants (qui sont numérotés de 1 à 7)

Duré : 1H

SYNHESE DES RESULTATS

F: que pensez-vous de l'accueil dans les structures sanitaires de la commune II ?

P1 : les docteurs que je consulte m'accueil bien avec sourire

P2 : nous sommes souvent confrontés à des problèmes au niveau du guichet

F : quel genre de problème

P2 : nous passons plus de temps souvent au guichet que dans le bureau du médecin

p 5 : je ne suis pas satisfaite de l'accueil car les agents de santé font la discrimination entre les malades.

P 3 : certains agents de santé ne nous considèrent même pas au lieu de s'occuper de nous ils sont là à causer

p 7 : souvent les sages femmes grondent sur nous, surtout quand on vient pour l'accouchement

P4 : moi j'ai mon médecin traitant je n'ai pas de problème avec lui il m'accueil bien

P6 : des fois tu tombes sur des bonnes personnes, des fois des personnes de mauvaise humeur

P7 : quand tu viens pour une injection les infirmières te néglige elles prennent tout leur temps

F : **merci, beaucoup abordons maintenant un autre sujet**

F : **avez-vous accès à l'information reliée à la santé ?**

P1 : Quand nous arrivons au centre de santé, les docteurs nous font des causeries débat sur la planification familiale

p2 : je regarde la télévision et souvent je tombe sur les émissions sur la santé

p 3 : quand il y'a la campagne de vaccination nous entendons ça souvent à la télévision

p6 : souvent j'écoute souvent la radio et je trouve certaines informations

p 7 : oui moi je regarde la télévision

F : **merci beaucoup vous avez presque tous accès à l'information, parlons d'un autre sujet**

F: **que pensez-vous du coût de la prestation dans les centres de santé ?**

P1 : si on pouvait diminuer le coût des médicaments ce serait mieux

p 2 : la consultation est moins chère mais les analyses coûtent trop chères

p 3 : les traitements sont devenus plus chers, on paye tout dans le moindre détail

P 4 : je trouve que les prestations dans les CSCOM sont moins chères, on paye moins les médicaments et le ticket

p 5 : souvent les ordonnances qu'on paye à la pharmacie en dehors du centre de santé coûtent trop chères

p 6 : les cliniques sont chères mais l'accueil est bon

F : **merci beaucoup abordons s'il vous plait un autre sujet**

F : **avez-vous recours à d'autres pratiques en dehors de la médecine moderne ?**

p1 : moi j'utilise le traitement traditionnel en complément avec le traitement moderne

p2 : le traitement traditionnel permet à l'homme de mieux résister et d'avoir une bonne efficacité.

p 3 : quand je sens quelque chose d'anormale je consulte un médecin

p 4 : même si on utilise le traitement moderne, on oublie pas aussi les pratiques anciennes.

p 6 : ma préoccupation a été prise en compte

p 7 : moi je faisais le traitement traditionnel et l'automédication, mais j'ai vu que c'était des dépenses inutiles sans résultat j'ai cessé.

F : **merci beaucoup maintenant si vous voulez bien, abordons notre dernier sujet**

F : **que pensez-vous de la prise en charge dans les centres de santé ?**

p1 : sur ce plan, chaque fois que je consulte, on me soigne bien et je suis guéri sans problème

p 2 : Si tu achète les médicaments prescrits, vraiment tu es soulagé.

P3 : Je trouve que leurs traitements sont efficaces, si tu respectes les consignes donnés par les médecins

p 5 : chaque fois que moi j'amène mes enfants ils sont bien traités

p7 : souvent ils prescrivent des médicaments qui n'ont rien avoir avec ta maladie

V- DISCUSSION

1- Les limites de notre étude :

Au terme de notre étude transversale descriptive, qui s'est déroulée du 30 Mars au 30 Mai 2014 dans la commune II du district de Bamako, nous avons questionné 312 ménages. Les difficultés rencontrées ont été pour la plupart liées à la réticence de certains ménages face aux questionnaires, et les multiples préoccupations des ménages pendant la matinée constituaient un frein à notre étude.

2- Caractéristiques sociodémographiques des usagers

2.1. Age

La moyenne d'âges extrêmes la plus représentée était celle de [27-35] ans soit 28,2% des cas. Ce résultat témoigne de la jeunesse de la population de la commune II en particulier et celle de Bamako en général

2.2. Sexe

Les femmes sont majoritaires avec 69,9% contre 30,1% de sexe masculin ce résultat est proche de l'étude de Diakité L en 2009 et de NIMAGA M en 2011 qui ont également rapporté une prédominance féminine soit respectivement 69,6% et 75%. [15] [16]

Cette prédominance féminine reflète l'état même de la population du Mali où on a prédominance du sexe féminin, de plus les hommes travaillent et sont souvent absents de la maison au moment de l'enquête.

2.3. Profession

La profession ménagère a été la plus représentée avec 40,1%. Body A.B en 2010 et NIMAGA M en 2011 ont également rapporté une prédominance des ménagères avec respectivement 51% et 50,2%. [17] [16]

Cela pourrait s'expliquer par le fait que les enquêtes ont eu lieu dans la matinée alors que les travailleurs étaient absents de leurs maisons.

2.4. Statut matrimonial

Dans notre étude 67,3% des participants étaient mariés.

Ce résultat est similaire aux résultats de Nimaga M en 20011 qui a trouvé également une prédominance des mariés soit 73,4% [16].

2.5. Statut dans la famille

Les mères ont représenté 51,3% des enquêtés.

Diakité L en 2009 a également rapporté une prédominance des mères soit 57,1%. [15].

Cet état de fait, confirme la place de la mère dans la gestion des situations de maladies dans la société malienne. Une étude menée au Mali, atteste que la femme intervient, pour sa propre santé, celle de ses enfants et dans la prise en charge des dépenses de santé. (Traoré et all, 1992) [18].

3. Utilisation des services des centres de santé

A la lumière de nos résultats, nous avons observé que 285 personnes ont fréquenté les centres de santé sur les 312 soit 91,3% contre 27 soit 8,7%. Body A.B a trouvé un taux de fréquentation a 59% en 2010[17].

4. Utilisation des méthodes de traitements non médicaux

Parmi l'ensemble des participants à l'étude soit 312 ménages, 51,6% ont affirmé avoir eu recours à des pratiques non médicales pour leurs traitements ou en complément du traitement médical contre 48,4%. Aussi, il ressort de notre étude que le recours aux guérisseurs traditionnels est la méthode la plus utilisée par la population avec un taux de 65,8%. En effet, nous constatons que 81,1% des usagers se sont rendus directement dans un centre de santé après la découverte de la maladie. De plus, seulement 10,2% des usagers ont d'abord tenté le traitement traditionnel ces deux derniers résultats sont différents de ceux de Diakité L en 2009 qui a trouvé 23,2% et 50,4% [15]. Cela dénote malgré l'utilisation du traitement traditionnel qu'une grande partie de la population a compris ; vu l'accessibilité des centres de santé et la disponibilité des médicaments génériques à prix abordable, qu'il est préférable de consulter dans un centre de santé pour une meilleure prise en charge de sa maladie.

5. Niveau d'appréciation de l'accueil

Nous observons que parmi les personnes qui ont fréquenté les centres de santé soit 285 personnes, 230 personnes ont été satisfaites de l'accueil soit 80,7% contre 4,6% qui ont été peu satisfaites et 14,7% qui n'ont pas été du tout satisfaites. Un des soucis des services de santé est d'offrir en plus des soins de qualité, une concordance parfaite entre le volume des consultations, les structures d'accueil et l'équipe soignante permettant un accueil de qualité et une prise en charge rapide. Cet objectif semble difficile à atteindre compte tenu de l'affluence dans nos structures et du retard mis par les malades pour consulter un médecin. Ainsi les services sont très souvent l'objet de plaintes de la part des patients. Ces résultats ne diffèrent pas de façon significative de ceux trouvés en Côte d'Ivoire en 2002 par KOUADIO B.Y.O [19]. Dans l'étude de Kanta K, 73,7% des usagers du CSCOM ont été satisfaites par leur accueil [20].

6. Par rapport à l'information liée à la santé.

Dans notre étude 76% des participants ont affirmé avoir accès à l'information en rapport avec la santé contre 24%.

Le moyen le plus utilisé reste la télévision avec 58,2%. Ceci peut être considéré comme un indicateur d'espoir sur l'augmentation du taux d'utilisation des services de santé si les ménages suivent des émissions de sensibilisation, d'information, de conseils sur les pathologies médicales ainsi que les mesures de prévention. Aussi, l'augmentation des diffusions des programmes de santé au niveau de l'office des radios et télévisions du Mali (ORTM) permettra d'atteindre les couches les plus défavorisées. Ceci peut avoir un impact sur le taux d'utilisation des services de santé.

7. Par rapport à l'information sur l'état de Santé de l'utilisateur.

Parmi les participants qui ont consulté soit 285 ; 55,8% ont affirmé avoir reçu les informations sur leur état de santé, les produits prescrits, la conduite à tenir et l'issue de la maladie. Diakité L en 2009 a rapporté un taux de 96,6 % [15].

Cela démontre que les usagers ont le souci d'avoir des informations sur leur état de santé et n'hésitent pas à demander des informations aux personnels soignants. Parfois, ils réclament des explications sur la thérapie qu'ils subiront. Certains usagers font même de l'auto-information à travers les revues médicales et les nouvelles technologies de l'information notamment sur les sites web.

8. Par rapport à l'appréciation du coût des prestations dans les centres de Santé.

La quasi-totalité des ménages a trouvé le coût des prestations de service abordables soit 53,3%. Ceci montrerait que les populations malgré leur modeste condition de vie avaient confiance aux prestataires. Cet état est un facteur important à prendre en compte car elle entraîne une hausse du taux d'utilisation des services de santé.

Selon Kanté N et all dans l'étude à Koulikoro, 55,6% des cas étudiés trouvaient les prix abordables [21] et BODY A.B dans son étude a trouvé que 82,9% des cas étudiés ont jugé le coût des prestations acceptable [17].

9. Par rapport à la prise en charge des usagers

Le taux de satisfaction de la prise en charge reste élevé soit 89,9%.

Il dénote que nos structures sanitaires répondent aux besoins de notre population. Cette affirmation est renforcée par l'étude de Modeste en 2008 qui trouve un taux de satisfaction de la prise en charge de 89,8% à Missira [22].

VI- CONCLUSION

- A la lumière de nos résultats, il est à retenir que le taux d'utilisation des services de santé en particulier les CSCOM et les CSREF de la communes II par les usagers reste élevé (63,5% et 25,6%).

- Concernant le niveau d'appréciation de l'accueil dans les services de santé, il ressort que plus de la majorité des usagers ont été satisfaits (80,7%).

- Au niveau de l'information liée à la santé, la télévision a été le moyen le plus utilisé (58,2%). Aussi, il résulte que les usagers ont reçu dans la majorité des cas les informations sur leurs états de santé, les produits prescrits, les conduites à tenir au cours du traitement et sur l'issue probable de leurs maladies (55,8%).

- Au niveau de la prise en charge des usagers, il découle de notre étude que le taux de satisfaction reste élevé. Les usagers ont affirmé dans la majorité des cas avoir été satisfaits par leur prise en charge (89,9%).

-Au niveau de l'utilisation des méthodes de traitements non médicaux, il ressort que nos populations préfèrent toujours la médecine traditionnelle (51,9%).

Au terme de notre discussion, nous retenons que les centres de santé de la commune II assurent les activités préventives, curatives et promotionnelles (le paquet minimum d'activité).Aussi, il serait très important d'intégrer l'identité culturelle du patient dans sa prise en charge dans nos structures sanitaires.

VII Recommandations

Au terme de notre étude, les principales recommandations relatives à l'utilisation des services de santé et à la qualité des soins perçus par la population sont les suivantes :

Au plan opérationnel

A l'endroit des autorités sanitaires et partenaires financiers :

- Améliorer le taux de scolarisation et l'alphabétisation de la population ;
- Appuyer la création d'une mutuelle de santé pour améliorer l'utilisation des services de santé ;
- Améliorer la qualité de l'offre de soins;
- Lutter contre la pauvreté;
- Recycler le personnel de santé à travers la formation continue et la formation en gestion administrative et financière, ainsi qu'en communication sociale et technique.

A l'endroit du personnel de santé :

- Informer et sensibiliser les populations sur l'importance de la consultation prénatale, des accouchements au CSCOM, de la vaccination, de la planification familiale, les examens et bilans généraux surtout au niveau des ménages ;
- Afficher les prix des médicaments essentiels, des prestations, et les horaires de service afin de mieux informer les patients ;
- Informer et sensibiliser les femmes sur l'importance des CPN et des CPON.
- Assurer une meilleure gestion des médicaments et vaccins pour éviter les ruptures
- Assurer une meilleure prise en charge des patients.

A l'endroit des responsables des centres de santé de la commune II.

- Améliorer les conditions de travail du personnel de santé.

□ Organiser des tournées de sensibilisation dans l'ensemble des quartiers de la commune II du district de Bamako afin d'améliorer la fréquentation des centres de santé.

□ Améliorer la performance technique des agents de santé à travers des séances de formation au sein des centres de santé.

A l'endroit des relais communautaires

□ Informer et sensibiliser la population sur l'importance de l'utilisation des services de santé (CSCOM, CSREF, Cliniques, Centres hospitaliers) et de l'inconvénient de l'automédication traditionnelle ou personnelle, des pharmacies par terre et de l'accouchement à domicile.

□ Sensibiliser la population sur les risques liés à l'automédication

Au plan de la recherche

□ Approfondir la réflexion sur le sujet à travers des sujets de recherches sur certaines questions clés telles que :

□ Les déterminants de la sous fréquentation ayant une implication dans la qualité des soins.

□ Les principaux déterminants de la qualité technique des soins au niveau des formations sanitaires nationales.

VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- **YANNICK JAFFRE**, Anthropologue, shadyc, hautes études en sciences sociales extrait de Programme de santé, mars 2000 page 48 adsp n° 30
- 2 - **AUDIBERT M, E ROODENEBEKE, A PAVY-LETOURMY, J MATHONNAT** : Utilisation des services de santé en Afrique: L'approche communautaire en termes d'offre de soins est –elle une réponse, communication présentée au développement durable et santé dans les pays du sud, Lyon ; Décembre 2004.
- 3- **AG IKNANE A, KADJOKE M, KANTE N et AL**,
Comprendre l'impact de la décentralisation sur les services de la santé de la reproduction en Afrique : le cas du Mali, Analyse documentaire, UE, ASACOB/INRSP, 2003, p 24 ; 118p.
- 4- **GRUENAIIS M-E**, Communautés et Etat dans les systèmes de santé en Afrique, in Bernard Hours (dir.) ; système et politique de santé .De la santé publique à l'anthropologie, Karthala /Médecine du monde, Paris 2001, 67-85.
- 5- **FOURNIER P, HADDAD S**, Dimension de la qualité de services de santé en Afrique au Sud du Sahara, in Brunet Jailley, J(Ed), Innover dans les systèmes de santé : Expérience d'Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala, 1997, 275278 ; 435p.
- 6- **Yves PRIGENT**, psychiatre et psychanalyste, *Vivre la séparation*, Paris, DDB, 1998, p.67.
- 7- **Marc Claude van den BOSSCHE**, « Corps sexué-différence sexuelle », dans *Approches du corps*, session interdisciplinaire, ICT, Toulouse, 1996, Ronéo, p 58-59.
- 8- **Mohamed MEBTOUL**, acteurs sociaux face à la santé publique, Médecins, Etat et usagers (Algérie), 2002, 89p.
- 9- **MASSE R**, La santé publique comme projet politique et projet individuel, in Bernard Hours (dir.) ; système et politique de santé .De la santé publique à l'anthropologie, Karthala /Médecine du monde, Paris 2001, pp.41-64.

10- HUREIKI, JOHNSON, La pensée touarègue ou sens de l'équilibre, les médecins touarègues traditionnelles. Approche ethnographique, Karthala, 1999, 33-138.

11- KANTA K : Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de Segué (cercle de Kolokani), thèse méd, Bamako, FMPOS, 2007, 154p.

12- MASMAR, W.KHOURY, H NASSIF, Décembre 2003, 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, Rapport, Liban.

13- SISSOKO H, Aspects reliés à l'utilisation des accouchements traditionnels au Mali, thèse méd, Bamako FMPOS, 2002, 65p.

14- DIAKITE L : accueil, information et prise en charge des usagers, cas de la commune V et VI du district de Bamako.

Thèse de médecine Bamako, FMPOS, 2009

15- NIMAGA MS : Etude de la dimension anthropologique de l'accueil du patient : cas du CSCOM du quartier Hippodrome en Commune II du District de Bamako (Mali).

Thèse de médecine, Bamako, FMPOS, 2011

16-BODY A.B : utilisation des services de santé par les populations en commune V du district de Bamako : cas du CSCOM de Baco-Djicoroni. Thèse méd. Bamako, FMPOS, 2010

17- TRAORE Sidy, COULIBALY Seydou O, SIDIBE MarieCécile:

Comportement et coûts liés au paludisme chez les femmes des campagnes de pêcheurs dans la zone de Sélingué au Mali. Rapport, Bamako, novembre 1992, 52p.

18- KOUADIO B.Y.O : Les sentiments des parents en consultation de chirurgie pédiatrique. Thèse méd, Abidjan 2004 ; n° 3727 ; 116 p.

19- KANTE N, SOUMARE N'diaye, Niangalia : Qualité des soins dans les centres de santé communautaire de la région de Koulikoro (république du Mali) ; INRSP, mai 1997, 6 p.

20- ZOUMENOU Alcibiade Modeste G. S. Utilisation des services de santé par la population au sein de la commune II du district de Bamako. Etude comparative au sein des quartiers : Missira et la Zone industrielle. Thèse méd Bamako 2008 ; p 83.

ANNEXES

Questionnaire des ménages

Introduction : Bonjour, je suis étudiant – chercheur en médecine, je vous sollicite pour une entrevue sur la qualité de l'accueil et de la prestation des services de soins de santé. Il s'agit d'une enquête anonyme et confidentielle et vous êtes libre d'y participer ou de ne pas y participer sans aucun préjudice pour vous ! Voudriez-vous y participer ? Je vous remercie !

1. N° fiche d'enquête /___/ 2. Date d'enquête /___/___/___/

3. Lieu de l'enquête /_____/ 4- ID de l'enquêteur : /_____/

5- Commune /___/

Caractéristiques sociodémographiques

6. Âge: /___/ 1- 18 à 26 ans 2- 27 à 35 ans 3- 36 à 44 ans 4- 45 ans et plus ;

7. Sexe : /___/ 1- Masculin 2- Féminin

8- Profession : /___/ 1- Fonctionnaire 2- Ménagère 3- Elèves/Étudiant

4- Sans emplois ; 99-Autres à préciser

9. Statut matrimonial: /___/ 1 = célibataire ; 2 = fiancé (e) ; 3 = marié(e) ; 4 = divorcé(e) 5= veuf (ve).

10. Statut de l'interviewé(e) dans la famille

11. Distance CS/_____/ Km

Evaluer la fréquence d'utilisation des services de santé

12. Fréquentez-vous l'un des centres de santé de la commune V ? /___/ 1=oui 2=Non

13. Si non, pour quelle raison ? /___/ 1 = distance ; 2 = accueil ; 3 = prise en charge ; 4 = coût de la consultation ; 5 = coût des médicaments ; 99 = autres (à préciser)

14. Si oui, lequel (lesquels) ? /_____/

15. Quand est-ce que vous partez au centre de santé ? / ____ /

1. Directement après la découverte de la maladie ;
2. Après avoir essayé tous les traitements traditionnels ;
3. Lorsque la maladie s'aggrave ;

99. Autres à préciser.....

16. Allez-vous au centre de santé chaque fois que vous êtes malades ? / ____ /

1= oui ; 2= non.

17. Allez-vous au centre de santé uniquement pour certaines maladies ? / ____ /

1= oui ; 2 = non.

18. Si oui, quelles sont les maladies pour lesquelles vous consultez le centre de santé ?

.....

19. Avez-vous recours à d'autres pratiques en dehors de la médecine moderne ?

/ ____ / 1= oui ; 2= non

.

20. Si oui, lesquelles? / ____ / 1=Le marabout; 2=Le guérisseur ; 3=Les personnes

âgées ; 99= autres (à préciser).....

21. Quel moyen de déplacement utilisez-vous pour aller au centre ? / ____ /

1 = bicyclette ; 2= moto ; 3 = automobiles ; 99 = autres (à préciser)

.....

22. Avez-vous accès à l'information reliée à la santé ? / ____ / 1= oui ; 2= non.

23. Si oui, par quels moyens ? / ____ / 1 = radio ; 2 = télévision journaux ;

3 = réunions ; 99 = autres (à préciser).....

24. Allez-vous au centre de santé quand votre enfant est malade ? / ____ /

1 = oui ; 2 = non.

Evaluer le niveau d'appréciation de l'accueil par l'utilisateur

25. A quand remonte votre dernière consultation dans le centre de santé ? / ____ /

1=moins de 15 jours, 2= 15 à 30jours, plus de 30jours.

26. Quel a été le motif de votre consultation ?.....

27. Avez-vous pris des médicaments avant de vous rendre au centre de santé ?
/___/ 1 = oui ; 2= non.

28. Si oui, quelle est la nature de ces médicaments ?/___/ 1=pharmaceutiques,
2= traditionnels, 4= chinois, 99=autres (à préciser).....

29. Avez-vous été satisfait(e) s de l'accueil reçu ? /___/ 1= très satisfaisant ;
2= assez satisfaisant ; 3 = peu satisfaisant ; 4 = pas du tout satisfaisant.

30. L'agent de santé qui vous a reçu, vous a-t-il suffisamment prêté attention ?
/___/ 1 = Beaucoup ; 2 = Moyennement ; 3 = Pas du tout ; 88 = NSP.

31. Les locaux sont-ils agréables ? /___/ 1 = Beaucoup ; 2 = Moyennement ;
3= pas du tout ; 88= NSP

32. Avez-vous identifié les fonctions des personnes travaillant dans le centre?
/___/ 1=Oui ; 2=Non.

33. Si oui, lesquelles /___/ 1=Interne ; 2=Médecin ; 3 =Infirmier ; 4=Sage-
femme, 5=Aide soignant ; 99 = Autres (à préciser)

Le niveau de satisfaction et d'information de l'utilisateur

34. L'agent de santé s'est-il présenté à vous avant le début de la consultation ?
/___/ 1=Oui ; 2=Non.

35. Que pensez-vous de votre consultation ? /___/ 1 = très satisfaisant ;
2 = assez satisfaisant ; 3= peu satisfaisant ; 4= pas du tout satisfaisant

36. Quelle a été la conduite à tenir de l'agent de santé après votre consultation ?
/___/ 1 = traitement ambulatoire ; 2 = une observation ; 3 = hospitalisation ;
4 = envoyer vers un spécialiste ; 5 = examens complémentaires.

37. Avez-vous reçu(e) s une ordonnance ? /___/ 1 = oui ; 2 = non.

38. Avez-vous reçu (e) s les informations sur tous les produits inscrits sur
votre ordonnance ? /___/ 1= oui ; 2 = non.

39. Où est ce que vous comptez acheter vos médicaments ? /___/ 1 = dans
une pharmacie privée ; 2 = à la pharmacie du centre de santé ;
3 = avec les vendeurs ambulants de médicaments.

40. Avez vous reçu(e) s des informations sans pour autant être obligé(e) de les
demander sur votre état de santé ? /___/ 1 = oui ; 2 = non ; 88 = NSP.

41. Si oui, lesquelles ? /___/ 1 = votre traitement ; 2 = votre maladie ;
3 = vos soins ; 4 = les examens complémentaires à réaliser.

42. Avez-vous obtenu(e) s un rendez-vous pour le contrôle ? /___/ 1 = oui ;
2 = Non

43. Etes-vous retourné(e) s pour consultation de contrôle ? /___/ 1 = oui ;
2 = non.

44. Qu'avez-vous pensez de la durée entre la première consultation et la
consultation de contrôle ? /___/ 1 = très longue ; 2 = longue ;
3 = raisonnable ; 4 = courte.

45. Le personnel du service a t-il été aimable ? /___/ 1 = oui ; 2 = non ;
88 = NSP.

46. Que pensez-vous du prix des prestations du centre de santé ? /___/
1 = très coûteux ; 2 = abordable ; 3 = moins coûteux.

47. Que pensez-vous des précautions prises par le personnel pour respecter votre
intimité ? /___/ 1 = très satisfaisant ; 2 = assez satisfaisant ; 3 = peu satisfaisant
; 4 = pas du tout satisfaisant.

48. Avez-vous été satisfait(e) s de votre prise en charge ? /___/ 1 = très satisfaisant ;
2 = assez satisfaisant ; 3 = peu satisfaisant ; 4 = pas du tout satisfaisant.

49. Quelle est votre opinion générale sur votre séjour au centre de santé ? /___/ 1
= très satisfaisant ; 2 = assez satisfaisant ; 3 = peu satisfaisant ;
4 = pas du tout satisfaisant.

C'est la fin de l'entretien, je vous remercie pour votre participation.

GUIDE D'ENTREVUE DU GROUPE

Introduction : Bonjour, je m'appelle «Camara Noumakan» je suis étudiant chercheur en médecine je travaille sur la qualité de l'accueil et de la prestation des services de santé.

Vous avez été sollicité pour participer à ce groupe de discussion. En tant que usagers votre point de vue est important et peut améliorer la qualité de l'accueil et des soins dans les services de santé de votre commune

Cette entrevue se fait sur une base anonyme, les propos seront enregistrés afin d'en permettre une analyse la plus proche possible.

Durée : 1heure

QUESTIONNAIRES

- 1- Que pensez-vous de l'accueil au niveau des structures sanitaires de votre commune ?
- 2- Avez-vous accès à l'information reliées à la santé ?
- 3- Que pensez-vous du coût de la prestation des services de santé ?
- 4- Avez-vous recours à d'autres pratiques en dehors de la médecine moderne ?
- 5- Que pensez-vous de la prise en charge dans les structures sanitaires de votre commune ?

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : CAMARA

Prénom: Noumakan

Téléphone : (00223) 73-16-30-65

E-mail : camaranoumakan@yahoo.fr

Titre : Accueil, information et prise en charge du patient : cas des centres de santé de la commune II du district de Bamako

Année universitaire : 2013-2014

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie du Mali.

Secteur d'intérêt : Médecine et Ethique

Résumé : Il s'agit d'une étude transversale descriptive qui s'est déroulée du 15 mars 2014 au 30 mai 2014 au sein de la communes II du district de Bamako. Cette étude a porté sur l'accueil, l'information et la prise en charge des usagers. Elle a eu comme objectifs spécifiques :

- 1-déterminer le niveau d'accueil,
- 2-déterminer le niveau d'information,
- 3-déterminer le niveau de satisfaction des usagers des services de santé.

La taille de notre échantillon était de 312 ménages.

A la lumière de nos résultats, on observe que le sexe féminin a prédominé dans notre étude avec 69,9% et la tranche d'âge [27 -35] a été représentative .Le taux de fréquentation des centres de santé était de 91,4%. Les centres de santé communautaires (cscm) ont enregistré un taux de fréquentation supérieur à celui des autres structures sanitaires avec 63,5%.

Notre étude révèle que 51,9% des usagers ont eu recours à d'autres méthodes de traitement en dehors de la médecine moderne .

Par rapport au niveau d'appréciation de l'accueil, 80,7% des usagers ont affirmé avoir été satisfaits.

Au niveau de l'information, 76,0% des usagers ont affirmé avoir eu accès à l'information liée à la santé. De plus, 56,8% des usagers en consultation affirment avoir reçu les informations sur leurs états de santé, les produits prescrits, sur la conduite à tenir.

Enfin, les usagers dans la majorité ont été satisfaits de leur prise en charge avec 89,9%.

Mots clés : Accueil, information et prise en charge

SHEET

Name: CAMARA

First name: Noumakan

Telephone: (00223) 73-16-30-65

E-mail: camaranoumakan@yahoo.fr

Title: Welcome, information and support for the patient: the case of health centers in the town district of Bamako II

Academic Year: 2013-2014

Country of Origin: Mali

City of defense: Bamako

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine, Pharmacy and Dentistry of Mali.

Focus Area: Medicine and Ethics

Summary: This is a descriptive cross-sectional study was conducted from 15 March 2014 to 30 May 2014 in the Commons II district of Bamako. This study focused on hospitality, information and support for users. She had the following specific objectives:

- 1-determine the level of reception,
- 2-determine the level of information,
- 3-determine the level of satisfaction of users of health services.

The sample size was 312 households.

In light of our results, we see that the female predominated in our study with 69.9% and the age [27 -35] was representative. The attendance rate of health centers was

91.4%. The community health centers (community health center) had a higher attendance rate than other health facilities with 63.5%. Our

study reveals that 51.9% of users have resorted to other methods of treatment outside of modern medicine.

From the level of appreciation of the home, 80.7% of users said they were satisfied.

In terms of information, 76.0% of users said they had access to information related to health. In addition, 56.8% of users say they have been in consultation information about their health conditions, products prescribed on what to do.

Finally, users in the majority were satisfied with their care with 89.9%.

Keywords: Home, Information and Support