



MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi



U.S.T.T-B

Université des Sciences, des Techniques et des
Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie



ANNEE UNIVERSITAIRE: 2013-2014

Thèse N°.....

TITRE

**ACCUEIL, INFORMATION ET PRISE
EN CHARGE DES USAGERS : CAS DES
CENTRES DE SANTE EN COMMUNE I
DU DISTRICT DE BAMAKO (MALI).**

THESE

**Présentée et soutenue publiquement le -----/-----/2014
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie**

Par Monsieur Amadou Zantigui DOUMBIA

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

JURY:

Président: Professeur Saharé FONGORO

Membres: Docteur Abou KONE

Docteur Niélé Hawa DIARRA

Directeur: Professeur Samba DIOP

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013-2014

ADMINISTRATION

DOYEN: **Seydou DOUMBIA** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN: **Ousmane FAYE** - MAITRE ASSISTANT

SECRETAIRE PRINCIPAL: **Mahamadou DIAKITE** - MAITRE DE CONFERENCE

AGENT COMPTABLE: **Harouna SIDIBE** - INSPECTEUR DU TRESOR

PROFESSEURS A LA RETRAITE

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

Mr Abdourahamane S.MAIGA	Parasitologie
Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Mamadou L.DIOMBANA	Stomatologie

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

D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP †	Chirurgie Générale, chef de D.E.R
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mme TRAORE J.THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco- obstétrique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Mady MACALOU	Orthopédie –Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO †	ORL
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie-traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Tiemoko D.COULIBALY	Odontologie
Mme Diéneba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation

Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco-obstétrique
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie-Obstétrique
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie-Obstétrique
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacary GUINDO	ORL
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seïbou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Ibrahima TEGUETTE	Gynécologie-Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie-Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koréssy TALL	Anesthésie-Réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie-Réanimation

Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
Mr Tioukany THERA	Gynécologie
Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Honoré jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

4. ASSISTANT

Mr Drissa TRAORE	Anatomie
------------------	----------

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA †	Immunologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie Médicale chef de

D.E.R

Mr Ibrahim I.MAIGA	Bactériologie-Virologie
--------------------	-------------------------

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Mahamadou A.THERA	Parasitologie - Mycologie

Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Bokary Y.SACKO	Biochimie
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie

3. MAITRE ASSISTANT

Mr Bakary MAIGA	Immunologie
-----------------	-------------

4. ASSISTANTS

Mr Mamadou BA Médicale	Biologie Parasitologie Entomologie
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Issa KONATE	Chimie organique
Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
Mr Mamoudou MAIGA	Bactériologie
Mr Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
Mr Sidi Boula SISSOKO	Histo-Embryologie
Mr Bréhima DIAKITE	Génétique
Mr Yaya KASSOUGUE	Génétique
Mme Safiatou NIARE	Parasitologie
Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie
Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
Mr Aboubacar Alassane Oumar	Pharmacologie
Mr Seidina Aboubacar Samba DIAKITE	Immunologie
Mr Sanou khô COULIBALY	Toxicologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE †	Neurologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y.MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie

Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Adama D.KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies infectieuses chef de D.E.R
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE †	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K.MINTA	Maladies infectieuses
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa Ah.CISSE	Rhumatologie-Dermatologie
Mr Mamadou B.DIARRA	Cardiologie
Mr Moussa T.DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie
Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie
Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale-Ophtalmologie

4. ASSISTANT

Mr Drissa TRAORE	Anatomie
------------------	----------

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie, chef de D.E.R
-------------------	-------------------------------------

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Hamadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médecine

4. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale
Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
Mr Abdrahamane COULIBALY	Anthropologie médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Cheick O. DIAWARA	Bibliographie
Mr Ousmane MAGASSY	Biostatistique
Mr Ahmed BAH	Chirurgie dentaire
Mr Mody A. CAMARA	Radiologie
Mr Bougady	Prothèse scellée
Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies infectieuses
Mr Rouillah DIAKITE	Biophysique et Médecine Nucléaire
Mme Djénéba DIALLO	Néphrologie
Mr Alou DIARRA	Cardiologie
Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
Mme Assétou FOFANA	Maladies infectieuses
Mr Seydou GUEYE	Chirurgie buccale
Mr Abdoulaye KALLE	Gastroentérologie
Mr Amsalah NIANG	Odonto-Préventive et sociale
Mr Mamadou KAREMBE	Neurologie
Mme Fatouma Sirifi GUINDO	Médecine de famille
Mr Alassane PEROU	Radiologie
Mme Kadidia TOURE	Médecine dentaire
Mr Oumar WANE	Chirurgie dentaire

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Lamine GAYE	Physiologie
-----------------	-------------

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie cette œuvre :

A DIEU le tout puissant le Miséricordieux pour m’avoir donné le courage et la santé d’accomplir ce travail.

A son messager MOHAMED (Paix et salut sur lui) pour m’avoir donné la chance de mener à terme ce travail.

A mon père Zantigui et à ma mère Maïmouna TRAORE:

Les mots me manquent, pour exprimer tout ce que j’ai au fond du cœur pour vous, je vous dis que le Tout Puissant exhause aujourd’hui un de vos vœux que vous attendez depuis fort longtemps. Merci *Boua* et *Nah* pour tout ce que vous avez fait pour moi. Que Dieu vous garde longtemps à nos côtés.

A mon père Madou DOUMBIA et à ses trois épouses Batouma, Ami et Awa:

Ce travail est le résultat de votre soutien et de vos nombreuses bénédictions.

Que DIEU vous prête une longue vie.

A mes frères et sœur: Sékou, Drissa, Mamadou et OUASSA

L’unité familiale n’a pas de prix, qu’elle demeure pour nous l’objectif premier.

Restons unis et solidaires pour honorer Papa et Maman.

A mes oncles: Dr TRAORE Mahamadou Modibo et Dr TRAORE Moussa.

Votre soutien, votre courage et votre bonne volonté d’aider ont été sans faille tant dans mon cursus universitaire que dans l’élaboration de cette thèse.

Merci Docteurs ! Que le Tout Puissant vous accorde longue vie avec beaucoup de santé pour que vous puissiez bénéficier le fruit de ce travail.

A mes tantes: merci pour vos prières et vos conseils.

A mes camarades de la chambre au Point G: Abdoulaye SAMAKE, Mahamadou YALCOUYE, Martial PAOLO, j’ai partagé avec vous mes moments de joie et de peine. Bonne chance dans vos carrières.

AU PEUPLE MALIEN: Que la paix et l’harmonie reviennent au MALI BA.

REMERCIEMENTS

A ma Patrie le Mali: pour la formation reçue.

A mes formateurs du primaire à l'université: pour la qualité de la formation reçue ainsi que vos précieux conseils.

A tous mes maîtres de stages qui m'ont appris le sens élevé de la dignité et de l'abnégation qui caractérisent le métier de médecin.

Au Pr Samba DIOP: merci d'avoir bien voulu guider mes pas pour ce travail.

A tout le personnel de la bibliothèque de la FMOS -FPH

A mes collaborateurs: Siaka B DOUMBIA, Noumakan CAMARA, Sékou L TRAORE, Boubacar DIAKITE, Amadou DOLO.

Votre maturité d'esprit et votre bon sens me laissent sans voix. Je suis honoré de vous avoir comme collaborateurs. Que Dieu nous unisse davantage.

A tous les enquêteurs de cette étude: merci pour vos soutiens.

Aux ménages de la commune I singulièrement ceux sélectionnés pour l'enquête qui ont permis la réalisation de ce travail en fournissant les données de base pour nos analyses.

A ma famille d'accueil au Point G (famille DIABATE) pour l'hospitalité.

A notre grande famille à Daoudabougou/Bamako.

A tout le personnel du cabinet 2MSI et Mandé pour votre soutien moral.

A mes amis: Gaoussou KEITA, Dr KONE Lassiné, Dr TRAORE Mohamed, **mes promotionnels du lycée de la série science biologique (SB) au collège Michel Allaire de Bamako**, j'ai compris avec vous le sens du mot amitié.

Que le bon Dieu consolide nos liens d'amitié fraternelle.

A tous les apprenants de la FMOS-FPH pour le soutien mutuel.

Toutes les bonnes volontés qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail, qu'ils trouvent ici mes meilleures reconnaissances.

Merci beaucoup à toutes et à tous.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

Hommage aux Membres du jury

A notre Maître et Président du jury :

Professeur Saharé FONGORO

- **Professeur de Néphrologie ;**
- **Maître de conférences en Néphrologie ;**
- **Chef de service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du Point G ;**
- **Praticien hospitalier ;**
- **Chevalier de l'ordre de mérite de la santé ;**
- **Détenteur du diplôme d'honneur de l'ordre des médecins.**

Cher maître, C'est un immense honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre amour du travail bien fait et vos qualités humaines font de vous un maître exemplaire et respecté.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements pour ce que vous faites pour nous.

Qu'ALLAH vous prête une longue vie avec beaucoup de santé. Amen !

A notre Maître et Membre du jury

Docteur Abou KONE

- **Médecin Directeur Technique du CSCOM de Koulouba ;**
- **Président de l'association Action Jeune pour la Santé et le Développement ;**
- **Chargé de cours de pathologies médicales à l'Ecole de Santé de Bamako ;**
- **Chargé de cours de sémiologie urogénitale à l'IFSSA.**

Cher maître, Vous avez fait preuve de beaucoup de compréhension et de disponibilité. Nous avons été touchés par votre gentillesse.

C'est un grand honneur pour nous de vous compter parmi nos juges.

Trouvez ici l'expression de notre profonde estime.

Que le Tout Puissant vous accorde longue vie.

A notre Maître et Membre du jury

Docteur Niélé Hawa DIARRA

- **Médecin chercheur au DER de Santé Publique à la FMOS/ FAPH ;**
- **Coordinatrice de FOGARTY et de prévention du paludisme chez la femme enceinte ;**
- **Chargée de Suivi d'Etudes sur la résilience, enfance et santé publique au DER.**

Cher maître, nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre sagesse, vos accueils toujours courtois et affectifs nous ont conquis.

Veuillez accepter cher maître, l'expression de notre très haute considération.

Que le bon Dieu vous donne une longue vie. Amen !

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Samba DIOP

- **Maître de conférences en anthropologie médicale;**
- **Enseignant chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique au DER de santé publique à la FMOS/FAPH du Mali;**
- **Membre du comité d'éthique de la FMOS, l'INRSP et le CNESS.**

Permettez nous de vous remercier cher maître pour la confiance que vous avez faite en nous acceptant au sein de votre département.

Votre rigueur scientifique, votre persévérance et votre dévouement constant pour le travail bien fait font de vous un chercheur éminent.

C'est un honneur pour nous d'être cités parmi vos élèves.

Veillez accepter cher maître, le témoignage de notre sincère et profonde gratitude.

Que Dieu vous garde longtemps à nos côtés. Amen !

Liste des sigles

- 1- **ASACO**: Association de Santé Communautaire.
- 2- **ASACOBA**: Association de Santé Communautaire de Banconi.
- 3- **ASACOBOUL I**: Association de Santé Communautaire de Boukassombougou I.
- 4- **ASACOBOUL II**: Association de Santé Communautaire de Boukassombougou II.
- 5- **ASACODIAN**: Association de Santé Communautaire de Banconi Dianguinébourgou.
- 6- **ASACODJE**: Association de Santé Communautaire de Djélibougou.
- 7- **ASACODOU**: Association de Santé Communautaire de Doumanzana.
- 8- **ASACOFADI**: Association de Santé Communautaire de Fadjiouila.
- 9- **ASACKO NORD**: Association de Santé Communautaire de Korofina nord.
- 10- **ASACOKOSSA**: Association de Santé Communautaire de Korofina sud.
- 11- **ASACOMSI**: Association de Santé Communautaire de Mékin Sikoro.
- 12- **ASACOS**: Association de Santé Communautaire de Sotuba.
- 13- **ASACOSISOU**: Association de Santé Communautaire de Sikoro et de Sourakabougou.
- 14- **CHU**: Centre Hospitalo-Universitaire.
- 15- **CNESS**: Comité National d’Ethique en Science de la Santé.
- 16- **CSCom**: Centre de Santé Communautaire.
- 17- **CSRef**: Centre de Santé de Référence.
- 18- **DER**: Département d’Etudes et de Recherche.
- 19- **FAPH**: Faculté de Pharmacie.
- 20- **FMOS**: Faculté de Médecine et d’Odonto-Stomatologie.
- 21- **FOGARTY**: John Hopking University Baltimire, USA.
- 22- **IFSSA**: Institut de Formation en Science de la Santé.
- 23- **INRSP**: Institut National de Recherche en Santé Publique.
- 24- **INSTAT**: Institut National de la Statistique.
- 25- **OMS**: Organisation Mondiale de la Santé.
- 26- **RGPH**: Recensement Général de la Population et de l’Habitat.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I- Introduction	1
II- Approche conceptuelle	5
1- Description de la recherche.....	5
2- Hypothèses	13
3- Objectifs.....	13
3-1 Objectif général	13
3-2 Objectifs spécifiques.....	13
4- Justification de la recherche	13
III- Démarche méthodologique	14
1- Cadre d'étude.....	15
2- Variables utilisées.....	18
3- Type et période d'étude.....	18
4- Population d'étude et échantillonnage	18
4-1 Population d'étude.....	18
4-2 Echantillonnage	18
4-2-1 Pas de sondage.....	19
4-2-2 Choix des concessions.....	19
4-3 Critères d'inclusion.....	20
4-4 Critères de non inclusion.....	20
5- Techniques de collecte des données.....	20
5-1 Etude quantitative.....	20
5-2 Etude qualitative.....	21
6- Gestion et analyse des données.....	23
7- Considérations éthiques.....	23
8- Diagramme de GANT.....	24

IV- Résultats	25
1- Etude quantitative.....	26-44
2- Etude qualitative.....	45-49
V- Commentaires et discussions	50
VI -Conclusion	56
VII- Propositions	57-58
VIII- Références	59-62
IX- Annexes	63
Annexe 1: Questionnaire des ménages.....	64-67
Annexe 2: Guide d’entretien des focus group.....	68
Annexe 3: Fiche signalétique (en français, en anglais et en bamanankan)....	69-74
Annexe 4: Certificats de formation.....	75
☞ Certificat de transcription de la langue bamanan	
☞ Certificat en éthique de la recherche	

Liste des tableaux

Tableau I: Attributs et dimensions de la qualité.....	11
Tableau II: Déterminants de l'accès focalisé sur la prestation des services de santé.....	12
Tableau III: Répartition des quartiers de la commune I en fonction du sexe de la population totale, du nombre de concessions et de ménages en 2011.....	16
Tableau IV: Répartition des usagers en fonction du sexe.....	26
Tableau V: Répartition des usagers en fonction de la tranche d'âge.....	26
Tableau VI: Répartition des usagers en fonction de la tranche d'âge et du sexe.....	27
Tableau VII: Répartition des usagers en fonction de leur statut dans la famille.....	28
Tableau VIII: Répartition des usagers en fonction de la distance entre leur domicile et le centre de santé le plus proche.....	29
Tableau IX: Répartition des usagers en fonction de la fréquentation des centres de santé de la commune I du district de Bamako.....	29
Tableau X: Répartition des usagers en fonction de la fréquentation des centres de santé et du sexe.....	30
Tableau XI: Répartition des usagers en fonction de la fréquentation des centres de santé et de la tranche d'âge.....	31
Tableau XII: Raisons de non fréquentation des centres de santé.....	33
Tableau XIII: Raisons de non fréquentation des centres de santé en fonction du sexe.....	33
Tableau XIV: Raisons de non fréquentation des centres de santé en fonction de la tranche d'âge.....	34

Tableau XV: Répartition des usagers en fonction des méthodes de traitements alternatifs	34
Tableau XVI: Répartition des usagers en fonction méthodes de traitements alternatifs et du sexe.....	35
Tableau XVII: Répartition des usagers selon les méthodes de traitements alternatifs utilisés	35
Tableau XVIII: Répartition des usagers en fonction des méthodes de traitements alternatifs utilisés et du sexe.....	36
Tableau XIX: Répartition des usagers en fonction du délai de consultation après le début de la maladie.....	36
Tableau XX: Répartition des usagers en fonction des moyens de déplacement utilisés pour aller au centre de santé.....	37
Tableau XXI: Répartition des usagers en fonction des moyens de déplacement utilisés et du sexe.....	37
Tableau XXII: Répartition des usagers en fonction des moyens de déplacement utilisés et de la tranche d'âge.....	38
Tableau XXIII: Répartition des usagers en fonction du niveau d'accès à l'information liée à la santé.....	39
Tableau XXIV: Répartition des usagers en fonction du niveau d'accès à l'information liée à la santé et du sexe.....	39
Tableau XXV: Répartition des usagers en fonction des moyens d'accès à l'information liée à la santé.....	40
Tableau XXVI: Répartition des patients selon l'information reçue sur leur état de santé.....	40
Tableau XXVII: Répartition des usagers en fonction de la qualité de l'accueil.....	41

Tableau XXVIII: Répartition des usagers en fonction de la qualité de l'accueil et du sexe.....	41
Tableau XXIX: Répartition selon la présentation de l'agent de santé aux usagers malades avant la consultation.....	42
Tableau XXX: Répartition des usagers en fonction de la qualité de la consultation.....	42
Tableau XXXI: Répartition en fonction de la qualité de la prise en charge des patients	43
Tableau XXXII: Répartition des patients en fonction de la qualité de la prise en charge et du sexe.....	44
Tableau XXXIII: Répartition des usagers en fonction de la perception du coût des prestations des services du centre de santé.....	44
Tableau XXXIV: Répartition des usagers selon l'opinion générale sur leur séjour au centre de santé.....	44

Liste des figures

Figure 1: Cadre conceptuel du système de soins d'après le modèle de Poole et Carlton (1986).....	8
Figure 2: Carte des aires de santé de la commune I du district de Bamako.....	17
Figure 3: Répartition des usagers en fonction de la profession.....	27
Figure 4: Répartition des usagers en fonction du statut matrimonial.....	28
Figure 5: Répartition des usagers en fonction des centres de santé fréquentés.....	32

INTRODUCTION

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 soignés 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 [4].

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 à 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. 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 trances rituelles dans certaines sociétés occidentales modernes) et normal dans une autre (par exemple, les trances 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 est 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 à 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 les 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 de 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 des 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 la santé (publics, communautaires, privés ou confessionnels) [11].

Cette politique semble occultée, ou du moins sous estimée 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 socioculturels.

Les autres déterminants sont plus spécifiques et dépendants de l'environnement (accès géographique, état de santé des patients, valeur sociale de la localisation du centre 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:** sociodémographiques (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 précédentes.

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].

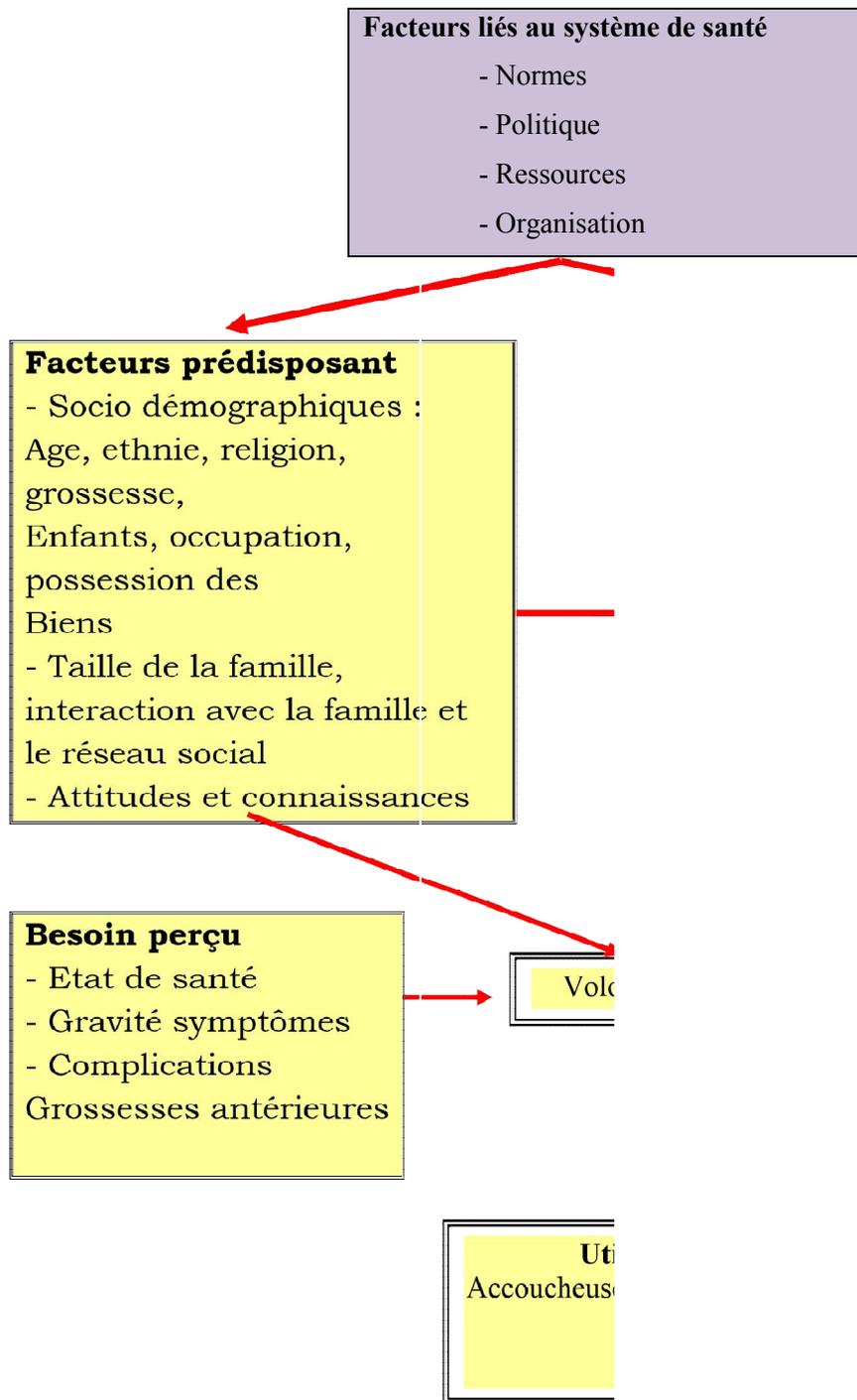


Figure 1: Cadre conceptuel du système de soins d’après le modèle de Poole et Carlton (1986).

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 première catégorie (**efficacité**) renvoie au résultat en termes de santé. **L'efficience et le caractère optimal** sont proches et nuancent la notion de résultat pour intégrer des contraintes, entre autres financières.

La quatrième catégorie (**l'acceptabilité**) 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].

C- Définition des concepts

Accueil: façon de recevoir quelqu'un, lieu où l'on reçoit un client, un usager [25].

Information: action d'informer ou de donner des renseignements [26].

Prendre en charge: s'occuper de (quelqu'un) ; apporter l'aide nécessaire (soins) pour s'occuper d'un patient [27].

Malade: une personne souffrant d'une maladie. Lorsqu'il est pris en charge par un médecin ou qu'il reçoit une attention médicale, on parle alors de patient [28].

Usager: est une personne qui a recours à un service. Nous parlerons ici les usagers du système de santé, toute personne qui utilise ou est susceptible d'avoir à utiliser les services de santé, publics ou privés.

Le terme d'usager ne s'applique pas seulement à la personne malade: il s'étend à la famille, aux proches, aux utilisateurs potentiels du service de santé [29].

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

Ressources
<ul style="list-style-type: none">- 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)
<ul style="list-style-type: none">- Examen clinique convenablement exécuté- Utilisation appropriée- Diagnostic bien porté- Médicaments adéquats prescrits- Surveillance jusqu'à la guérison
Processus (aspects interpersonnels)
<ul style="list-style-type: none">- 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
<ul style="list-style-type: none">- Efficacité des soins- Guérison rapide

1.4. Tableau II: Déterminants de l'accès focalisé 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 défini, -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 socioculturelles 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.

. La prise en compte de la dimension anthropologique de l'accueil du patient peut contribuer à l'amélioration de la prise en charge dans les centres de santé.

3. Objectifs

3.1 Objectif général

Documenter le système d'accueil, d'information et de prise en charge des usagers au niveau des structures sanitaires de la commune I du district de Bamako.

3.2 Objectifs spécifiques

- Décrire le niveau d'appréciation de l'accueil des usagers.
- Déterminer le niveau d'information liée à la santé.
- Déterminer le niveau de satisfaction des usagers.

4. Justification de la recherche

Plusieurs facteurs justifient cette étude :

- L'insuffisance d'études approfondies entre les facteurs sociaux et la santé dans le contexte du Mali;
- L'importance de l'accueil, de l'information et de la prise en charge des patients et des usagers dans les structures sanitaires;
- L'importance de la prise en compte de la dimension culturelle et religieuse de l'identité du patient dans sa prise en charge.

DEMARCHE METHODOLOGIQUE

III- Démarche méthodologique

1- Cadre d'étude:

L'étude a été effectuée dans la commune I du district de Bamako (Mali).

Présentation de la commune I (source: mairie de la commune I)

Créée par l'ordonnance n°78-32/CMLN du 18 août 1978, modifiée par la loi n°82-29/AN-RM du 02 février 1982, la commune I située à l'est du district de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger couvre une superficie de 34,26 km² soit 12,83% de la superficie totale du district de Bamako. Selon le dernier recensement (RGPH-2011), la population est estimée à 369 925 habitants, soit 26273 concessions et 57801 ménages. Elle est limitée :

- au nord par le cercle de Kati (Commune de Dialakorodji) ;
- au sud par une portion du fleuve Niger ;
- à l'ouest par le marigot de Banconi (limite avec la commune II) ;
- à l'est par le Cercle de Kati et le marigot de Farakoba.

La commune I compte neuf (9) quartiers qui sont: Banconi, Boukassombougou, Djélibougou, Doumanzana, Fadjiguila, Korofina nord, Korofina sud, Sikoro et Sotuba.

Les quartiers les plus fortement peuplés de la commune I sont les quartiers de Banconi, Boukassombougou et Sikoro. Ce sont des quartiers où l'on retrouve le plus fort taux de personne/ménage (15 à 20 personnes). Dans les autres quartiers de la commune la taille du ménage est relativement réduite à 5 ou 6 personnes avec peu d'enfants [15].

Il existe un brassage culturel avec la cohabitation de toutes les ethnies. Il s'agit principalement de bambara, bobo, dogon, peulh, soninké et sonrhaï. Aussi les religions musulmane, chrétienne et animiste se côtoient, mais l'islam est largement prédominant.

Tableau III: Répartition des quartiers de la commune I en fonction du sexe de la population totale, du nombre de concessions et de ménages en 2011 [16].

Quartiers de la commune I	Population résidente			Nombre de concessions	Nombre de ménages
	HOMME	FEMME	TOTAL		
Banconi	60907	58650	119557	8491	18681
Boukassombougou	27011	27655	54665	3883	8542
Djélibougou	20600	21241	41841	2972	6538
Doumanzana	17275	16971	44246	2432	5351
Fadjiguila	13678	13604	27283	1938	4263
Korofina nord	13484	13733	27217	1933	4253
Korofina sud	4846	4592	9438	670	1475
Sikoro	25024	24697	49721	3531	7769
Sotuba	2999	2268	5867	417	917
Population flottante	84	4	88	6	14
TOTAL	185913	184012	369925	26273	57801

La commune I du district de Bamako dispose de treize (13) structures sanitaires dont douze (12) à caractère communautaire (CSCoM) et un (1) public (CSRef) ainsi que des structures privées (infirmières, cabinets médicaux et cliniques).

Le CSRef de la commune I du district de Bamako reçoit les malades provenant des CSCoM et des structures sanitaires privées de la dite commune.

Les CSCoM sont au nombre de douze (12) : ASACOBA ; ASACOBOUL I ; ASACOBOUL II ; ASACODIAN ; ASACODJE ; ASACODOU ; ASACOFADI ; ASACKO NORD ; ASACOKOSSA ; ASACOMSI ; ASACOSISOU ; ASACOS.

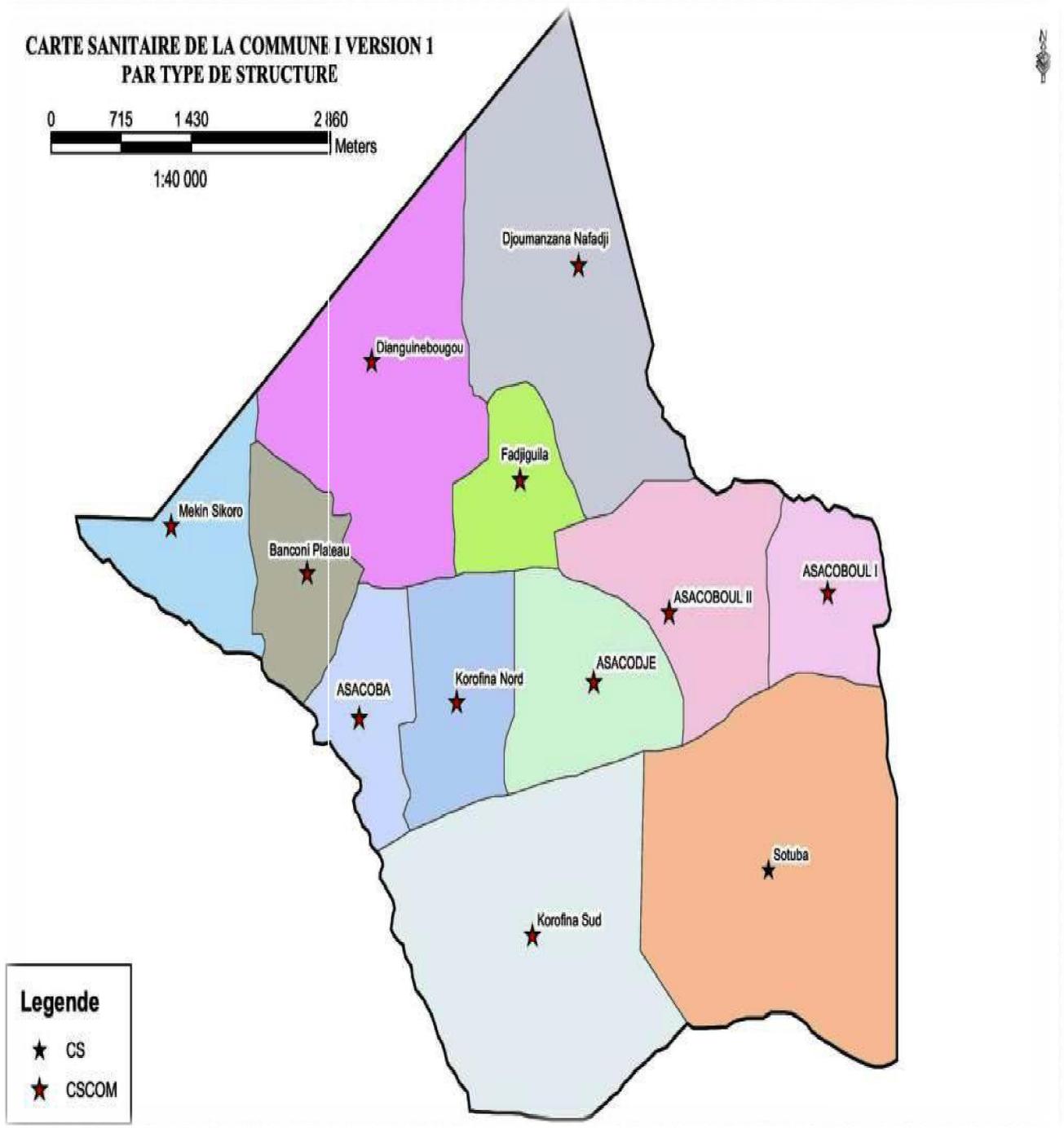


Figure 2: Carte des aires de santé de la commune I du district de Bamako [15].

2 - Variables utilisées

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

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

3- Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive du 26 juin 2013 au 30 mai 2014.

4- Population d'étude et échantillonnage

4-1 Population d'étude

Toute personne âgée de 18 ans et plus résidant dans la commune I du district de Bamako pendant au moins six (6) mois.

4-2 Echantillonnage

La taille d'échantillon nécessaire à l'étude a été déterminée à partir de la formule de Daniel Schwarz :

$$n = z^2 \frac{p \cdot q}{i^2}$$

n = taille minimale de l'échantillon.

Z = paramètre lié au risque d'erreur, $Z = 1,96$ (soit 2) pour un risque d'erreur de 5 %.

p = prévalence attendue de la satisfaction de l'accueil, exprimée en fraction de 1 ($p=0,28$ selon l'étude de DIAKITE A L. [17]).

q = $1 - p$, prévalence attendue des usagers qui n'ont pas été satisfaits de l'accueil, exprimée en fraction de 1 ($q = 1 - 0,28$).

i = précision absolue souhaitée, exprimée en fraction de 1 ($i=0,05$).

Ainsi la taille minimale de l'échantillon est de

$$n = 1,96^2 * \frac{0,28(1-0,28)}{0,05^2} = 310$$

La taille minimale nécessaire à la réalisation de cette étude a été estimée à 310 ménages.

4-2-1 Pas de sondage:

Pour sélectionner notre taille d'échantillon (310 ménages) dans les cinq quartiers sélectionnés de notre site d'étude, nous avons calculé le pas de sondage (K)

$$K = N / n$$

N= le nombre de concessions dans les cinq(5) quartiers sélectionnés de la commune I du district de Bamako (Mali).

n= la taille de notre échantillon.

Donc $K = 18325 / 310$ soit $K = 59$ ce qui signifiait qu'il fallait enquêter un ménage sur 59 pour avoir l'effectif requis sur l'échantillon.

4-2-2 Choix des concessions:

Le centre des quartiers sélectionnés a été considéré comme point de départ de notre enquête.

Pour le choix de la rue, nous avons utilisé la méthode EPI qui consistait à jeter derrière un stylo dont la pointe montrait la rue à prendre.

Dans la rue choisie chaque concession a été numérotée et nous avons procédé à un tirage au sort, le numéro tiré correspondait à la première concession à visiter. Dans chaque concession sélectionnée, un ménage a été choisi au hasard et toutes les personnes répondant aux critères d'inclusion ont été interrogées.

Les concessions suivantes ont été visitées en allant à droite tout en respectant le pas de sondage (59) jusqu'à atteindre la taille de l'échantillon.

4-3 Critères d'inclusion:

- Les hommes et les femmes âgés de 18 ans et plus ;
- Les personnes résidant en commune I depuis au moins six (6) mois ;
- Toute personne acceptant de participer à l'enquête et présente à domicile le jour de l'enquête.

4-4 Critères de non inclusion:

- Les hommes et les 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 de collecte des données

5- 1 Etude quantitative

Cette étude a concerné un(1) quartier sur deux(2) dans la commune I du district de Bamako.

La sélection des quartiers a été faite sur la base d'un tirage aléatoire. Ainsi, Banconi, Doumanzana, Fadjiguila, Korofina nord et Sikoro ont été sélectionnés parmi les quartiers de la commune I du district de Bamako.

L'enquête a concerné 310 ménages dans la commune I repartis entre les cinq quartiers sélectionnés (soit 62 ménages par quartier).

Nous avons comme matériels des fiches d'enquêtes, un cahier de 100 pages, un crayon, une gomme, des stylos, un ordinateur équipé des logiciels de saisie (SPSS, Excel et Word), une imprimante, 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 (voir en annexe 1) conçu à cette fin comprenant quatre (4) modules à savoir :

- le module 1: traite le statut sociodémographique des usagers.
- le module 2: s'intéresse à la fréquence d'utilisation des services de santé par les usagers.
- le module 3 qui traite l'appréciation de l'accueil par les usagers.
- un quatrième qui s'appuie sur le niveau d'information et de satisfaction de la prise en charge des patients.

5-2 Etude qualitative

L'étude par focus group (groupe focal) a été choisie en raison de la liberté d'expression qu'elle favorise et l'approfondissement des points de vue des participants. Il s'agissait d'entretiens collectifs qui ont permis de collecter des informations sur notre sujet d'étude.

Les entretiens étaient semi-dirigés, ils reposaient sur des questions ouvertes élaborées dans le guide d'entretien (voir en annexe 2). Les participants étaient invités à faire part de leurs opinions, la discussion y était libre mais focalisée sur le sujet étudié.

a- Composition des focus group

La population choisie de manière aléatoire était celle de Banconi Dianguinébougou et de Korofina nord.

Il a été opté pour deux (2) groupes homogènes (appartenant au même sexe) afin d'avoir une meilleure dynamique de groupe.

Le nombre de participants à chaque focus group était de sept (7), tous volontaires, avec respect de l'anonymat. Les entretiens auprès des participants ont été réalisés en langue locale bamanan.

b- Déroulement des focus group

□ Lieu de réunion: Il a été choisi la cour d'une école publique car c'est un lieu neutre, calme et accessible par les participants.

□ Durée: Chaque focus group avait une durée comprise entre 40 et 50 minutes.

□ Intervenants: Il y avait trois « intervenants » au cours de chaque focus group:

- Le groupe de participants (femmes ou hommes): regroupé autour d'une table, il leur a été donné une feuille blanche où il était inscrit: leur âge, leur niveau d'instruction, leur ethnie, leur statut familial et le centre de santé qu'ils fréquentaient. Initialement, le principe du focus group et le thème leur étaient présentés. Il leur a été demandé leur accord pour la retranscription de tout ce qui serait dit pour l'analyse ultérieure et l'utilisation des données à des fins scientifiques.

- Le modérateur (auteur de la thèse): Il était chargé d'animer le groupe et de créer une dynamique de groupe en amenant tous les participants à s'exprimer et en dirigeant les débats en fonction du guide d'entretien (voir en annexe 2). L'objectif était de faire émerger les différents points de vue.

Avant de débiter l'enregistrement, il a souhaité la bienvenue aux participants, les remercier d'être venus, se présenter et expliquer le déroulement du focus group.

- L'observateur (ou trice): Il connaissait la thématique, s'occupait des enregistrements audio des séances.

□ Mode d'enregistrement: Un appareil numérique d'enregistrement audio a été utilisé: Smartphone placé au milieu de la table accessible à toutes les voix.

□ Retranscription: Une fois les données recueillies sous forme d'enregistrement sonore, leur retranscription a été réalisée de façon intégrale, sans reformulation des propos. Cette retranscription des focus group (femmes ou hommes) se trouve en deuxième partie des résultats des études.

6- Gestion et analyse des données

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS 20.0 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 (χ^2) 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.

7- Considérations éthiques :

Nous avons reçu une double formation certifiée en langue nationale bamana et en éthique de recherche (voir en annexe 4) afin d'une part de développer une communication centrée sur les aptitudes langagières des usagers des centres de service de santé. Et d'autre part de mieux aviser en matière de respect des règles et des 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.

8- Diagramme de GANT: chronogramme

Activités	Date									
	Juin juillet 2013	Août 2013	Février 2014	Mars 2014	Mars avril 2014	Avril 2014	avril mai 2014	Juillet 2014	Juillet octobre 2014	Le 07 février 2015
Formation en langue bamanan	✓									
Formation en éthique		✓								
Proposition de sujets de thèse			✓							
Obtention du thème et formation du groupe de travail				✓						
Revue documentaire					✓					
Elaboration et correction du protocole de thèse par le directeur de thèse						✓				
Début de l'enquête, collecte et analyse des données							✓			
Première correction du document par le directeur								✓		
Deuxième correction du document par le président et les membres du jury									✓	
Correction finale										
soutenance										✓

RESULTATS

IV-Résultats:

1- Etude quantitative

L'enquête quantitative s'est déroulée du 15 avril au 30 mai 2014 dans la commune I du district de Bamako. Elle a concerné 310 ménages dont les résultats sont les suivants :

1-1- Caractéristiques socio-démographiques des personnes enquêtées:

Tableau IV: Répartition des usagers en fonction du sexe.

Sexe	Effectifs	Pourcentage
Féminin	201	64,8
Masculin	109	35,2
Total	310	100,0

Le sexe féminin était le plus représenté avec 64,8%.

NB: Sex-ratio= 1,84

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

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
18 à 26 ans	90	29,0
27 à 35 ans	97	31,3
36 à 44 ans	53	17,1
45 ans et plus	70	22,6
Total	310	100,0

La tranche d'âge de 27 à 35 ans était majoritaire avec 31,3%.

Tableau VI: Répartition des usagers en fonction de la tranche d'âge et du sexe.

Tranche d'âge \ Sexe	18 à 26 ans	27 à 35 ans	36 à 44 ans	45 ans et plus	Total
Féminin	56 (62,2%)	69 (71,1%)	36 (67,9%)	40 (57,1%)	201 (64,8%)
Masculin	34 (37,8%)	28 (28,9%)	17 (32,1%)	30 (42,9%)	109 (35,2%)
Total	90 (100%)	97 (100%)	53 (100%)	70 (100%)	310 (100%)

$\chi^2 = 3,991$ p= 0,262

Le sexe féminin était le plus représenté dans la tranche d'âge [27-35 ans] avec 71,1%.

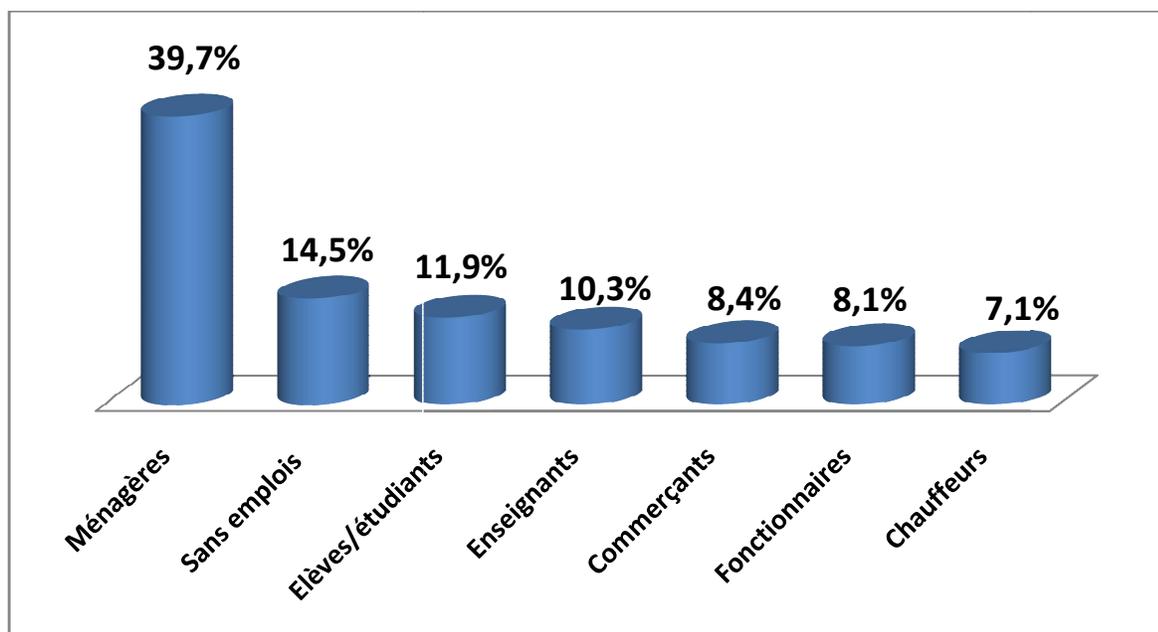


Figure 3: Répartition des usagers en fonction de la profession.

Les ménagères ont été les plus représentées soit 39,7 %.

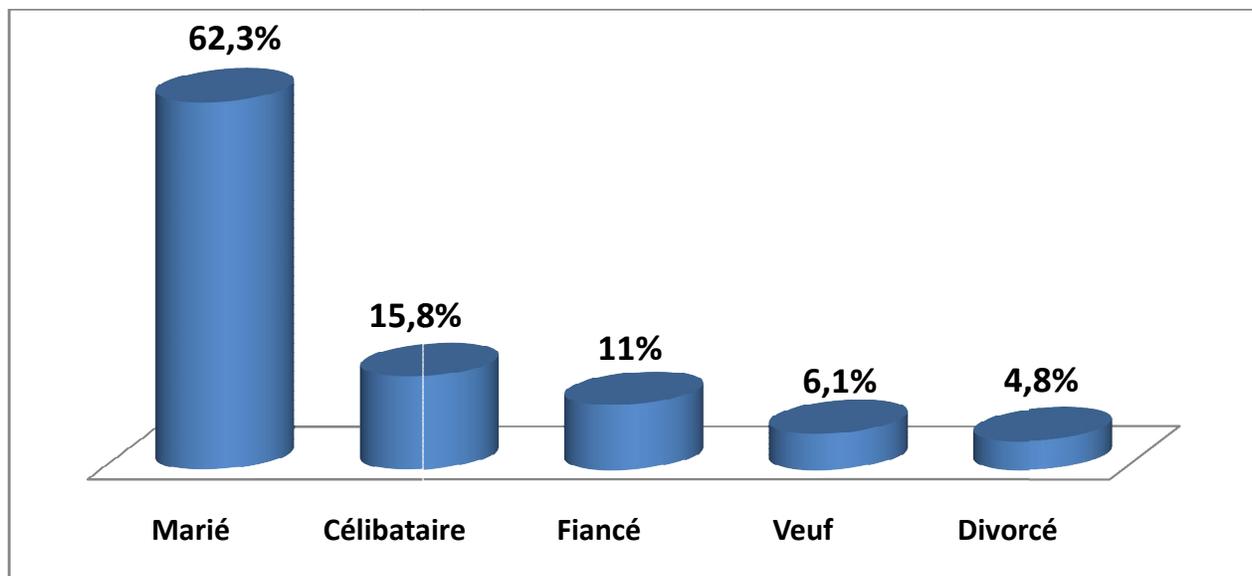


Figure 4: Répartition des usagers en fonction du statut matrimonial.

La majorité des usagers était mariée (62,3%).

Tableau VII : Répartition des usagers en fonction de leur statut familial.

Statut familial	Effectifs	Pourcentage
Mère	180	58,1
Père	70	22,6
Enfant	46	14,8
Grand mère	14	4,5
Total	310	100,0

Les mères étaient majoritairement représentées soit 58,1%.

1-2- Fréquentation des centres de santé par les usagers.

Tableau VIII: Répartition des usagers en fonction de la distance entre leur domicile et le centre de santé le plus proche.

Distance	Effectifs	Pourcentage
Moins d'un demi-km	90	29,0
Entre un demi-km et un km	170	54,8
Plus d'un km	50	16,1
Total	310	100,0

La majorité des usagers parcourait un demi-km à un km soit 54,8%.

Tableau IX: Répartition des usagers en fonction de la fréquentation des centres de santé de la commune I du district de Bamako.

Fréquentation des centres de santé	Effectifs	Pourcentage
Oui	253	81,6
Non	57	18,4
Total	310	100,0

Le taux de fréquentation des centres de santé était de 81,6 %.

Tableau X: Répartition des usagers en fonction de la fréquentation des centres de santé et du sexe.

Sexe	Fréquentation des Centres de santé	Oui	Non	Total
	Féminin		164 (64,8%)	37 (64,9%)
Masculin		89 (35,2%)	20 (35,1%)	109 (35,2%)
Total		253 (100%)	57 (100%)	310 (100%)

$$x^2 = 1,538$$

$$p = 0,990$$

Les centres de santé étaient plus fréquentés par les femmes soit 64,8%.

Tableau XI: Répartition des usagers en fonction de la fréquentation des centres de santé et de la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Fréquentation des Centres de santé		Total
	Oui	Non	
18 à 26 ans	76 (30,0%)	14 (24,6%)	90 (29,0%)
27 à 35 ans	85 (33,6%)	12 (21,1%)	97 (31,3%)
36 à 44 ans	40 (15,8%)	13 (22,8%)	53 (17,1%)
45 ans et plus	52 (20,6%)	18 (31,6%)	70 (22,6%)
Total	253 (100%)	57 (100%)	310 (100%)

$$x^2 = 6,651$$

$$p = 0,084$$

La tranche d'âge [27- 35 ans] fréquentait majoritairement les centres de santé soit 33,6%.

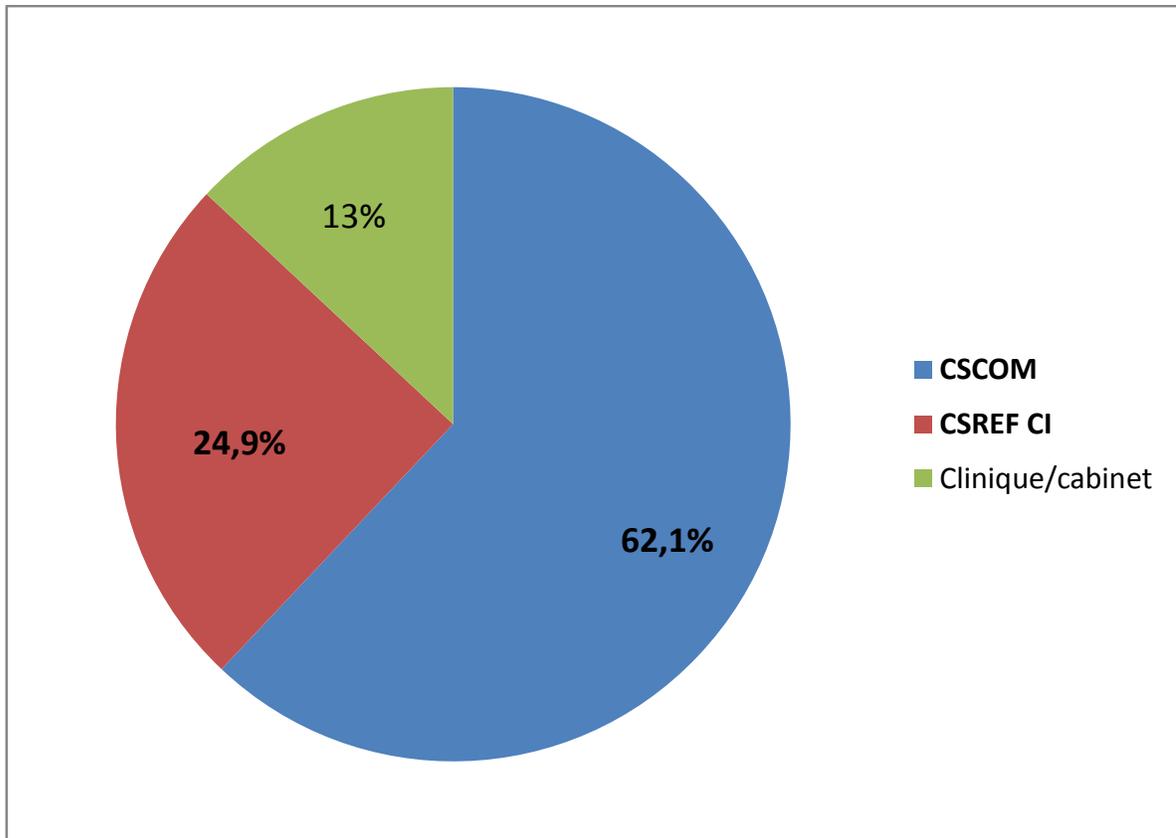


Figure 5: Répartition des usagers en fonction des centres de santé fréquentés.

Le taux de fréquentation dans les centres de santé publics (CSCOM et CSREF) était de 87%.

Tableau XII: Raisons de non fréquentation des centres de santé.

Raisons de non fréquentation des centres de santé	Effectifs	Pourcentage
Coût des médicaments	27	47,4
Accueil	21	36,8
Prise en charge	6	10,5
Coût de la consultation	2	3,5
Distance	1	1,8
Total	57	100,0

Le coût des médicaments était la principale raison de non fréquentation des centres de santé soit 47,4 %.

Tableau XIII: Raisons de non fréquentation des centres de santé (CS) en fonction du sexe.

Sexe	Raisons de non fréquentation des C S					
	Coût des médicaments	Accueil	Prise en charge	Coût de la consultation	Distance	Total
Féminin	20 (74,1%)	11 (52,4%)	5 (83,3%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	37 (64,9%)
Masculin	7 (25,9%)	10 (47,6%)	1 (16,7%)	1 (50,0%)	1 (100%)	20 (35,1%)
Total	27 (100%)	21 (100%)	6 (100%)	2 (100%)	1 (100%)	57 (100%)

$$x^2 = 5,381$$

$$p = 0,250$$

Le coût des médicaments a été la raison de non fréquentation des centres de santé par les femmes dans 74,1% des cas.

Tableau XIV: Raisons de non fréquentation des centres de santé en fonction de la tranche d'âge.

Raisons						Total
Tranche d'âge	Coût des médicaments	Accueil	Prise en charge	Coût de la consultation	Distance	
18 à 26 ans	9 (33,3%)	4 (19,0%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	14 (24,6%)
27 à 35 ans	2 (7,4%)	8 (38,1%)	1 (16,7%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	12 (21,1%)
36 à 44 ans	5 (18,5%)	3 (14,3%)	4 (66,7%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	13 (22,8%)
45 ans et plus	11 (40,7%)	6 (28,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)	18 (31,6%)
Total	27 (100%)	21 (100%)	6 (100%)	2 (100%)	1 (100%)	57 (100%)
$\chi^2 = 19,950$					p= 0,068	

Le coût des médicaments comme raison de non fréquentation des centres de santé était plus élevé dans la tranche d'âge [45 ans et plus] soit 40,7%.

Tableau XV: Répartition des usagers en fonction des méthodes de traitements alternatifs.

Usagers	Effectifs	Pourcentage
Utilisation des pratiques non médicales	203	65,5
Utilisation des pratiques médicales	107	34,5
Total	310	100,0

L'utilisation des pratiques non médicales était de 65,5%.

Tableau XVIII: Répartition des usagers en fonction des méthodes de de traitements utilisés et du sexe.

Recours alter-natifs Sexe	Guérisseurs	Personnes âgées	Marabouts	Géomanciens	Total
Féminin	98 (68,5%)	19 (59,4%)	12 (54,5%)	4 (66,7%)	133 (65,5%)
Masculin	45 (31,5%)	13 (40,6%)	10 (45,5%)	2 (33,3%)	70 (34,5%)
Total	143 (100%)	32 (100%)	22 (100%)	6 (100%)	203 (100%)

$$x^2 = 9,46$$

$$p = 0,051$$

La plupart des femmes faisaient recours aux guérisseurs en dehors de la médecine moderne soit 68,5%.

Tableau XIX: Répartition des usagers en fonction du délai de consultation après le début de la maladie.

Délai de consultation après le début de la maladie	Effectifs	Pourcentage
Après avoir pris les médicaments en vente libre	166	65,6
Après avoir essayé les traitements traditionnels	60	23,7
Directement après la découverte de la maladie	22	8,7
Après l'aggravation de la maladie	5	2,0
Total	253	100,0

Après le début de la maladie, 65,6% des usagers se sont rendus dans un centre de santé après une automédication.

Tableau XX: Répartition des usagers en fonction des moyens de déplacement utilisés pour aller au centre de santé.

Moyens de déplacement utilisés	Effectifs	Pourcentage
Pied	112	44,3
Moto	95	37,5
Automobile	45	17,8
Bicyclette	1	0,4
Total	253	100,0

Le pied était le moyen de déplacement le plus utilisé par 44,3% des usagers.

Tableau XXI: Répartition des usagers en fonction des moyens de déplacement utilisés et du sexe.

Moyens \ Sexe	Pied	Moto	Automobile	Bicyclette	Total
Féminin	84 (75,0%)	44 (46,3%)	29 (64,4%)	0 (0,0%)	164 (64,8%)
Masculin	28 (25,0%)	51 (53,7%)	16 (35,6%)	1 (100,0%)	89 (35,2%)
Total	112 (100%)	95 (100%)	45 (100%)	1 (100%)	253 (100%)

$$x^2 = 12,100$$

$$p = 0,007$$

Dans ce tableau, il ressort que 75% des femmes partaient à pied aux centres de santé.

Tableau XXII: Répartition des usagers en fonction des moyens de déplacement utilisés et de la tranche d'âge.

Tranche d'âge \ Moyens utilisés	Pied	Moto	Automobile	Bicyclette	Total
18 à 26 ans	42 (37,5%)	24 (25,3%)	10 (22,2%)	0 (0,0%)	76 (30,0%)
27 à 35 ans	30 (26,8%)	39 (41,1%)	15 (33,3%)	1 (100,0%)	85 (33,6%)
36 à 44 ans	20 (17,9%)	13 (13,7%)	7 (15,6%)	0 (0,0%)	40 (15,8%)
45 ans et plus	20 (17,9%)	19 (20,0%)	13 (28,9%)	0 (0,0%)	52 (20,6%)
	112	95	45	1	253
Total	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)

$$x^2 = 11,311$$

$$p = 0,255$$

Le pied était le moyen de déplacement le plus utilisé dans la tranche d'âge [18 et 26 ans] soit 37,5%.

1-3 - Evaluation du niveau d'information liée à la santé des usagers.

Tableau XXIII: Répartition des usagers en fonction du niveau d'accès à l'information liée à la santé.

Accès à l'information sanitaire	Effectifs	Pourcentage
Oui	227	73,2
Non	83	26,8
Total	310	100,0

Le taux d'accès à l'information sanitaire était de 73,2%.

Tableau XXIV: Répartition des usagers en fonction du niveau d'accès à l'information liée à la santé et du sexe.

Sexe \ Accès à l'information sanitaire	Accès à l'information sanitaire		Total
	Oui	Non	
Féminin	149 (65,6%)	52 (62,7%)	201 (64,8%)
Masculin	78 (34,4%)	31 (37,3%)	109 (35,2%)
Total	227 (100%)	83 (100%)	310 (100%)

$$\chi^2 = 0,232$$

$$p = 0,626$$

L'accès à l'information sanitaire a été plus élevé chez les femmes soit 65,6%.

Tableau XXV: Répartition des usagers en fonction des moyens d'accès à l'information liée à la santé.

Sources d'informations	Effectifs	Pourcentage
Radio	69	30,4
Télévision	62	27,3
Agent de santé	43	19,0
Ami	27	11,9
Réunion	26	11,4
Total	227	100,0

Le moyen le plus utilisé pour s'informer était la radio soit 30,4%.

Tableau XXVI: Répartition des patients selon l'information reçue sur leur état de santé.

Patients	Effectifs	Pourcentage
Information reçue	181	71,5
Pas d'information reçue	67	26,5
Ne sait pas	5	2,0
Total	253	100,0

Les patients ayant reçu l'information sur leur état de santé étaient majoritaires soit 71,5%.

1-4- Evaluation du niveau d'appréciation de l'accueil

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

Qualité de l'accueil	Effectifs	Pourcentage
Très satisfaisante	170	67,2
Assez satisfaisante	51	20,2
Peu satisfaisante	18	7,1
Pas du tout satisfaisante	14	5,5
Total	253	100,0

L'accueil des usagers a été qualifié satisfaisant dans 87,4% des cas.

Tableau XXVIII: Répartition des usagers en fonction de la qualité de l'accueil et du sexe.

Sexe	Qualité de l'accueil				
	Très satisfaisante	Assez satisfaisante	Peu satisfaisante	Pas du tout satisfaisante	Total
Feminin	120 (73,2%)	31 (18,9%)	4 (2,4%)	9 (5,5%)	164 (100%)
Masculin	50 (56,2%)	20 (22,5%)	14 (15,7%)	5 (5,6%)	89 (100%)
Total	170 (67,2%)	51 (20,2%)	18 (7,1%)	14 (5,5%)	253 (100%)

$$\chi^2 = 17,173$$

$$P = 0,001$$

Le taux de satisfaction de l'accueil était important chez les femmes soit 92,1%.

Tableau XXIX: Répartition selon la présentation de l'agent de santé aux patients avant la consultation.

Agent de santé	Effectifs	Pourcentage
Pas de présentation avant la consultation	202	79,8
Présentation avant la consultation	51	20,2
Total	253	100

Les agents de santé ne s'étaient pas présentés à leur patient avant le début de la consultation dans 79,8%.

1-5- Evaluation de la prise en charge après le séjour au centre de santé

Tableau XXX: Répartition des patients en fonction de la qualité de la consultation.

Qualité de la consultation	Effectifs	Pourcentage
Très satisfaisante	179	70,7
Assez satisfaisante	49	19,4
Peu satisfaisante	19	7,5
Pas du tout satisfaisante	6	2,5
Total	253	100

Les patients étaient satisfaits de leur consultation dans 90,1% des cas.

Tableau XXXI: Répartition en fonction de la qualité de la prise en charge des patients.

Prise en charge	Effectifs	Pourcentage
Très satisfaisante	163	64,4
Assez satisfaisante	57	22,5
Peu satisfaisante	29	11,5
Pas du tout satisfaisante	4	1,6
Total	253	100

Le taux de satisfaction de la prise en charge des patients était de 86,9%.

Tableau XXXII: Répartition des patients en fonction de la qualité de la prise en charge et du sexe.

Sexe \ Qualité de la prise en charge	Qualité de la prise en charge				Total
	Très satisfaisante	Assez satisfaisante	Peu satisfaisante	Pas du tout satisfaisante	
Feminin	115 (70,1%)	30 (18,3%)	15 (9,1%)	4 (2,4%)	164 (100%)
Masculin	48 (53,9%)	27 (30,3%)	14 (15,7%)	0 (0%)	89 (100%)
Total	163 (64,4%)	57 (22,5%)	29 (11,5%)	4 (1,6%)	253 (100%)

$$\chi^2 = 10,410$$

$$p = 0,015$$

Le taux de non satisfaction de la prise en charge était important chez les femmes soit 11,5%.

Tableau XXXIII: Répartition des usagers en fonction de la perception du coût des prestations des services du centre de santé.

Coût des prestations	Effectifs	Pourcentage
Abordable	163	64,4
Très coûteux	64	25,3
Moins coûteux	26	10,3
Total	253	100

Le coût des prestations était abordable pour 64,4% des usagers.

Tableau XXXIV: Répartition des usagers selon l'opinion générale sur leur séjour au centre de santé.

Opinion générale	Effectifs	Pourcentage
Très satisfaisante	148	58,5
Assez satisfaisante	65	25,7
Peu satisfaisante	34	13,4
Pas du tout satisfaisante	6	2,4
Total	253	100

L'opinion générale des usagers sur leur séjour au centre de santé a été très satisfaisante dans 58,5% des cas.

2- Etude qualitative

Il s'agissait de quatorze (14) participants (ou usagers) dont sept (7) participants dans chacun des deux(2) focus group (femmes et hommes)

2-1 focus group de femmes

Modérateur (M): Amadou Zantigui DOUMBIA ; Observatrice: Ya DIARRA

Lieu: Banconi Dianguinébougu (commune I du district de Bamako)

Date: 18/07/2014

ID	Age	Niveau d'instruction	Ethnie	Statut familial	Centres de santé fréquentés
P1	27	primaire	bambara	mère	ASACOBA
P2	30	primaire	malinké	mère	ASACOBA
P3	28	coranique	peulh	mère	CS Réf CI
P4	31	non scolarisée	bobo	mère	Clinique
P5	28	supérieure	bambara	mère	ASACOBA
P6	32	coranique	sarakolé	mère	ASACOBA
P7	30	non scolarisée	dogon	mère	Cabinet médical

L'âge moyen des femmes était de **29,4 ans**

M: Que pensez-vous de l'accueil au niveau des structures sanitaires de la commune I du district de Bamako ?

P1: mon accueil a été chaleureux à l'ASACOBA ; l'agent de santé qui m'a accueillie était un gentil peulh, très souriant qui plaisantait avec moi, vraiment c'était une causerie de cousinage (sinakuya).

P3 : l'accueil est souvent fonction de liens parentaux ou de moyens financiers. C'est pourquoi je m'habille en grande dame pour me rendre au centre de santé pour faire bonne figure.

P5 : à l'ASACOBA, l'accueil des usagers est acceptable. A l'arrivée, tu prends le ticket au guichet sans bousculade après tu pars t'asseoir devant le bureau du médecin en suivant l'ordre d'arrivée. Cela j'ai beaucoup apprécié.

P7 : l'accueil est souvent décevant; certaines soignantes n'ont aucun respect envers les usagers.

M: Avez-vous accès à l'information liée à la santé ?

P1 : je suis informée à travers les causeries organisées dans le CSCCom.

P2 : ma principale source d'information est mon mari qui écoute tout le temps la radio.

P4 : notre voisine qui est agent de santé nous informe à chaque fois qu'il y a une campagne de vaccination.

P6 : je suis informée à travers les causeries entre nous les femmes.

M: Que pensez-vous de la prise en charge dans les centres de santé de votre commune ?

P7 : certains agents de santé ne se préoccupent pas de la santé des malades mais plutôt de l'argent. En effet on sait que le premier soin est gratuit mais malheureusement on vous fait payer.

P5 : leur traitement est souvent sans effet sur la maladie car il se fait par tâtonnement. La maladie n'est pas réellement diagnostiquée.

P6 : certains prescrivent trop de médicaments (ordonnance kilométrique) pour un traitement.

P4 : la qualité de la prise en charge dans notre CSCCom laisse à désirer car il y a moins de personnels qualifiés.

M: Que pensez-vous du coût de la prestation au niveau des structures sanitaires de la commune I du district de Bamako ?

P1 : le coût de la prestation est à la portée du pauvre

P7 : le coût dépasse souvent notre attente car j'ai été victime d'un cas lors d'un accouchement j'ai payé trop chère la prestation.

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

P5 : je fais recours à la médecine traditionnelle dans les cas des traumatismes tels que la fracture, la luxation, l'entorse.

P3 : Non, je fais confiance à la médecine moderne surtout en cas de grossesse.

2-2 Focus group d'hommes

Modérateur (M): Amadou Zantigui DOUMBIA ; Observateur: Dr TRAORE Moussa

Lieu: Korofina nord (commune I du district de Bamako).

Date: 25/07/2014

ID	Age	Niveau d'instruction	Ethnie	Statut familial	Centres de santé fréquentés
P1	26	primaire	miniaka	Père	CS Réf CI
P2	24	coranique	peulh	Père	ASACKO NORD
P3	23	primaire	sénoufo	Père	CS Réf CI
P4	25	supérieure	bambara	Père	CS Réf CI
P5	24	non scolarisé	bozo	Père	ASACKO NORD
P6	23	secondaire	somono	Père	Cabinet médical
P7	25	supérieure	bambara	Père	CS Réf CI

L'âge moyen des hommes était de **24,3 ans**

M: Que pensez-vous de l'accueil dans les structures sanitaires de la commune I du district de Bamako?

P7 : l'accueil est d'une bonne qualité, je n'ai pas eu vraiment de problèmes.

P4 : il n'y a pas d'accueil dans nos structures de santé, il n'y a que du laisser-aller : c'est de l'anarchie totale.

P3 : j'ai été négligé par les agents de santé. Quand j'ai été victime d'accident de la voie publique, on m'a transporté au CS Ref CI. Personne ne s'est occupée de moi jusqu'à l'arrivée de mes parents.

P2 : l'accueil est parfois acceptable dans l'ensemble car certains personnels sanitaires ont le temps de l'écoute.

M: Avez-vous accès à l'information liée à la santé ?

P1 : je suis informé à travers les causeries du « grin ».

P5 : mes sources d'information sont : les médias et les réseaux sociaux.

M: Que pensez-vous de la prise en charge dans les centres de santé de la commune I du district de Bamako (Mali) ?

P7 : de nos jours avec la prolifération des structures sanitaires privées, la prise en charge dans nos structures sanitaires étatiques laisse à désirer ; les malades sont souvent détournés vers les structures privées.

P6 : j'ai eu satisfaction de ma prise en charge qui a été moins coûteuse et efficace.

P2 : la prise en charge est moins chère mais la récurrence n'est pas rare.

M: Que pensez-vous du coût de la prestation au niveau des structures sanitaires de la commune I du district de Bamako (Mali) ?

P1 : la prise en charge est moins chère mais la qualité n'est pas au rendez-vous.

P3 : le coût de la prestation est supportable pour le malien à revenu moyen.

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

P2 : je fais plus confiance à la pharmacopée traditionnelle en cas d'hémorroïde.

P6 : devant les maladies exogènes (sorcellerie par exemple) où tout le bilan médical est négatif, on fait recours aux géomanciens, aux marabouts et aux guérisseurs traditionnels.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

V. Commentaires et discussions

1- Limites de l'étude:

Les focus group permettant de recueillir l'avis de plusieurs personnes en même temps étaient plus difficiles à mettre en place que des entretiens individuels puisque les participants étaient des personnes actives avec peu de disponibilité.

2- Par rapport aux caractéristiques sociodémographiques des usagers

Le sex-ratio a été de 1,84 en faveur des femmes. Cette prédominance féminine reflète l'état même de la population du Mali en général et particulièrement celle de Bamako [16].

La majorité des usagers avait un âge compris entre 18 et 35 ans soit 60,3% avec des extrêmes entre 18 et 70 ans ; ce résultat dénote que notre population d'étude était majoritairement jeune.

Les mariés ont représenté 62,3% ; ce résultat nous amène à dire que la population d'étude était à majorité jeune et mariée.

Les ménagères ont représenté 39,7 %. Ce résultat nous démontre que les tâches ménagères sont les principales activités des femmes.

3- Par rapport à la fréquentation des centres de santé

Nous avons trouvé que 81,6% des personnes enquêtées fréquentaient les centres de santé. Le taux de fréquentation des structures sanitaires publiques (CSCom et CSRef) a été de 87%. Ce résultat est proche de celui de NIMAGA, M.S [18] qui trouve un taux de fréquentation élevé des centres de santé publics (CSCom et CSRef) soit 74,2%.

La distance entre le domicile des usagers et le centre de santé le plus proche a été déclarée moins longue dans 54,8% des cas. Notre résultat est conforme à celui de COULIBALY F. [19] qui trouve que la majorité des usagers parcourait environ 500 à 1000 mètres avec un taux de 51,4%.

Ce constat est très important, car les CSCom sont créés dans le but d'un rapprochement le plus possible des populations afin de leur faciliter les soins de santé primaires.

4- Par rapport à l'utilisation des méthodes de traitements alternatifs:

Les usagers interrogés ont eu recours à des pratiques non médicales dans 65,5%. Les guérisseurs ont été les principaux recours en dehors de la médecine moderne soit 70,4%. Les mêmes constats ont été rapportés par COULIBALY F. [19] et SIDIBE T. [20] qui trouvent respectivement 82,8% et 42,8% des malades faisant recours aux tradithérapeutes. Ces résultats nous amènent à dire que la plupart des usagers utilisent la médecine traditionnelle comme un traitement de complément à la médecine moderne.

Nous avons aussi constaté que 65,6% des usagers ne se sont rendus dans un centre de santé qu'à la suite d'une automédication. Ce constat ressort également dans d'autres études NIMAGA, M.S [18] et COULIBALY F. [19] qui trouvent respectivement 50,4% et 50,8%. Cela dénote qu'une grande partie des usagers ne fait recours aux structures de santé qu'en cas d'échec à l'automédication.

Le recours à tel ou tel type de soins n'est pas exclusif : on passe alternativement de l'automédication à une structure moderne en passant par le traitement traditionnel, et vis versa si le premier recours ne parvient pas rapidement à un résultat satisfaisant, on ira dans l'autre secteur [21].

5- Par rapport au niveau d'appréciation de l'accueil

L'accueil a été jugé satisfaisant dans 87,4% des usagers. Ce qui nous amène à dire que les personnels du centre de santé ont un bon système d'accueil des usagers. Ce résultat est conforme à ceux de KOUADIO B.Y.O [22] et d'ONGOIBA Y. [23] qui trouvent que l'accueil des usagers était satisfaisant soit respectivement 85,2% et 81,4 %.

6- Par rapport au niveau d'information liée à la santé:

Plus de la moitié des usagers soit 73,2% déclarait avoir accès à l'information liée à la santé et la radio était la source d'information privilégiée soit 30,4%. Ceci indique la nécessité des radios de proximité dans la diffusion des programmes de santé pouvant avoir un impact positif sur le comportement néfaste de certains usagers. Ce résultat diverge à ceux de LOPEZ A. et all [24] qui trouvent que le médecin traitant et l'internet étaient les sources privilégiées d'information des français soit 80%.

7- Par rapport à l'information sur l'état de santé des usagers.

La quasi-totalité des usagers affirmait avoir reçu les informations sur leur état de santé, les produits prescrits et sur la conduite à tenir soit 71,5%. Ce résultat se rapproche à celui trouvé par COULIBALY F. [19] avec un taux de 74,8%. 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.

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

Le coût des prestations de services de santé était abordable dans 64,4% des usagers. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la plupart de nos usagers était assuré par l'A.M.O (Assurance Maladie Obligatoire) qui pourrait entraîner une hausse du taux d'utilisation des services de santé.

9- Par rapport à la qualité de la prise en charge des patients

Le taux de satisfaction de la prise en charge était de 64,4%. Ce résultat converge à celui de NIMAGA, M.S [18] qui trouve un taux de satisfaction de la prise en charge des patients élevé soit 70,1%. Cela dénote que nos structures sanitaires répondent aux besoins de nos populations.

10- Par rapport à l'étude qualitative

L'accueil dans les structures de santé qu'ils fréquentaient, les usagers avaient les avis partagés. Pendant que certains estimaient que l'accueil qui leur est réservé était bon, d'autres pensaient que beaucoup de choses doivent être améliorées sur ce plan. Cependant, la plupart des usagers disait avoir reçu l'information liée à la santé à travers soit les « causeries organisées dans les CSCom » (focus group de femmes) soit les « médias et internet » (focus group d'hommes). En parlant de la prise en charge, selon certains usagers sa qualité laisse à désirer du fait qu'il y a moins de personnels médicaux qualifiés.

CONCLUSION ET PROPOSITIONS

VI. Conclusion

Durant l'étude transversale descriptive qui s'est déroulée du 26 juin 2013 au 30 mai 2014 dans la commune I du district de Bamako, il ressort que le taux d'utilisation des centres de santé était de 81,6 % ; les usagers ont été satisfaits de l'accueil soit 87,4% et plus de la moitié des usagers soit 71,5% déclarait avoir reçu des informations sur leur état de santé, les produits prescrits et les conduites à tenir au cours du traitement. Il découle également que la plupart des usagers affirmait avoir été satisfait de leur prise en charge dans 86,9%.

A l'égard de l'étude qualitative, les usagers avaient les points de vue divergents sur leur accueil dans les structures sanitaires de la commune I. Pendant que certains estimaient que leur accueil était bon, d'autres s'en plaignaient. Cependant, la plupart des usagers disait avoir accès à l'information liée à la santé. En parlant de la prise en charge certains usagers pensaient que sa qualité laisse à désirer du fait qu'il y a moins de personnels médicaux qualifiés.

Au terme de ces études, nous retenons que les centres de santé de la commune I 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. Propositions

D'après les résultats que nous avons obtenus suite à l'enquête, nous pouvons émettre les propositions suivantes:

Au plan opérationnel

A l'endroit des autorités sanitaires

- Améliorer les infrastructures des centres de santé (CSCCom, CSRef)
 - Salle d'accueil confortable ;
 - Salle d'information des familles
 - Salles de prise en charge des patients équipées (salle de consultation, maternité, bloc opératoire).
- Recycler le personnel de santé à travers la formation continue et la formation en communication sociale.

A l'endroit des autorités éducatives

- Améliorer le taux d'alphabétisation de la population.

A l'endroit du personnel de santé

- Améliorer la qualité de l'accueil dans toutes les unités des centres de santé ;
- Informer et sensibiliser les populations sur l'importance de la consultation prénatale, de la vaccination, de la planification familiale et des accouchements dans les centres de santé;
- Afficher les prix des médicaments essentiels, des prestations et les horaires de service afin de mieux informer les usagers;
- Améliorer la qualité des soins.

A l'endroit des responsables des centres de santé

- Améliorer les conditions de travail du personnel 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 votre entourage de l'importance de l'utilisation des services de santé (CSCoM, CSRef, Cliniques, Centres hospitaliers) et de l'inconvénient de l'accouchement à domicile, de l'automédication et des pharmacies par terre.

Au plan de la recherche

Instaurer un thème de recherche sur les raisons réelles de non fréquentation et du mauvais accueil du personnel dans les centres de santé.

REFERENCES

VIII. Références

- 1- **YANNICK J.** Anthropologue, shadyc, hautes études en sciences sociales extrait de programme de santé. Mars 2000. p. 48.
- 2- **AUDIBERT M, ROODENBEKE E.** Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali, analyse de situation et perspectives, Région d'Afrique, département du développement humain. Avril 2005. p.20-69.
- 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. 24-118.
- 4- **GRUENAI S M-E.** Communautés et Etat dans les systèmes de santé en Afrique. In: Bernard Hours, dir. Système et politique de santé publique à l'anthropologie. Paris: Karthala /Médecine du monde; 2001. p. 67-85.
- 5- **FOURNIER P, HADDAD S.** Dimension de la qualité de services de santé en Afrique au Sud du Sahara. In: Brunet J, dir. Innover dans les systèmes de santé: Expérience d'Afrique de l'Ouest. Paris: Karthala;1997. p. 275- 435.
- 6- **Yves P.** Psychiatre et psychanalyste. Vivre la séparation. Paris; 1998. p.67.
- 7- **Marc Claude van den B.** « Corps sexué-différence sexuelle » dans approche du corps, session interdisciplinaire, ICT. Toulouse: Ronéo; 1996. p.27
- 8- **Mohamed M.** Acteurs sociaux face à la santé publique, médecins, Etat et usagers (Algérie). 2002. p.89.
- 9- **MASSE R.** La santé publique comme projet politique et projet individuel. In: Bernard Hours, dir. Système et politique de santé publique à l'anthropologie. Paris: Karthala /Médecine du monde ; 2001. p. 41-64.

10- AUDIBERT M, ROODENEBEKE E, PAVY-LETOURMY A,

MATHONNAT J. Utilisation des services de santé en Afrique: l'approche communautaire en terme d'offre de soins est –elle une réponse, communication présentée au développement durable et santé dans les pays du sud. Lyon; décembre 2004.p .54-78.

11- HUREIKI J. La pensée touarègue ou sens de l'équilibre, les médecins touarègues traditionnelles/ Approche ethnographique. Karthala; 1999.p.29.

12- 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: Med]. Bamako: FMPOS ; 2007. p.154.

13- SISSOKO H. Aspects reliés à l'utilisation des accouchements traditionnels au Mali [thèse: Med]. Bamako: FMPOS ; 2002.p. 65.

14- MASMAR, KHOURY W. NASSIF H. Etude sur les caractéristiques de la population libanaise ne bénéficiant d'aucune couverture médicale. Liban: université Saint Joseph, Institut de gestion de la santé et de la protection sociale; décembre 2003.p.15.

15- Diallo B, socio-anthropologue de la santé, chercheur et consultant. Déterminants socio-culturels de l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale au Mali : Cas de la Commune I du district de Bamako. Programme AFD-Sahel, rapport pays MALI ; février 2013.p.15-29.

16- Institut National de la Statistique (INSTAT) du Ministère de l'Economie, des Finances et du Budget. 4° Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Mali (R.G.P.O) ; mars 2014.

17- DIAKITE A L. Accueil, information et prise en charge des usagers: cas des centres de santé en communes V et VI du district de Bamako (Mali) [thèse: Med]. Bamako: FMPOS; 2009.p17-28.

- 18- NIMAGA M S.** 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: Med]. Bamako: FMPOS; 2011.p.18-19.
- 19- COULIBALY F.** Etude de la perception des femmes sur l'accueil, l'information et la prise en charge dans les centres de sante de Niamakoro en commune VI du district de Bamako (Mali) [thèse: Med]. Bamako: FMPOS ; 2011. p.23-25.
- 20- SIDIBE T.** Etude des itinéraires thérapeutiques et préférentiels des usagers en santé de la commune III du district de Bamako (Mali) : cas du CSCom de N'tomikorobougou [thèse: Med]. Bamako: FMPOS ; 2011.p.81.
- 21- Martine A, Eric R.** Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de la situation et perspectives. Avril 2005.p.15.
- 22- KOUADIO B. Y. O** Les sentiments des parents en consultation de chirurgie pédiatrique [thèse: Med]. Abidjan ; 2004. p. 116- 3727.
- 23- ONGOIBA Y.** Fréquentation du centre de santé communautaire de Kalabancoro [thèse: Med]. Bamako: FMPOS ; 2008.p.45.
- 24- LOPEZ A. et all (Pierre-Louis BRAS, Patrick GOHET).** Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé. Juillet 2010.p.5.
- 25- Accueil.** <http://fr.wikipedia.org/wiki/accueil> [Consulté 13 juillet 2014]
- 26- Information.** Larousse, dictionnaire de poche de la langue française.
- 27- Prise en charge.** [http://fr.wikipedia.org/wiki/](http://fr.wikipedia.org/wiki/prise%20en%20charge%20m%C3%A9dicale) prise en charge médicale [Consulté 13 juillet 2014]
- 28- Patient.** [http://fr.wikipedia.org/wiki/](http://fr.wikipedia.org/wiki/patient) patient [Consulté 13 juillet 2014]
- 29- Usager.** [http://fr.wikipedia.org/wiki/](http://fr.wikipedia.org/wiki/usager) de santé [Cité 15 juillet 2014].

ANNEXES

Annexe 1

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 santé. Il s'agit d'une enquête anonyme et confidentielle et vous êtes libres d'y participer ou de ne pas y participer sans aucun préjudice pour vous ! Voudriez-vous y participer ? Je vous remercie !

1. N° de la fiche d'enquête / _____ / 2. Date du jour d'enquête : / ___ / ___ / ___

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

5- Commune / _I_ /

Caractéristiques sociodémographiques

Q1. Âge: / ___ / 1- 18 à 26 ans 2- 27 à 35 ans 3- 36 à 44 ans 4- 45 ans et plus ;

Q2. Sexe : / _____ / 1- masculin 2- féminin

Q3. Profession : / ___ / 1- fonctionnaire 2- ménagère 3- élèves/étudiant
4- sans emplois ; 99-autres à préciser

Q4. Statut matrimonial: / ___ / 1- célibataire ; 2- fiancé (e) ; 3- marié(e) ;
4- divorcé(e) 5- veuf (ve).

Q5. Statut de l'interviewé dans la famille /.../ 1-mère ; 2-père ; 3-enfant ;
4- grande mère.

Q6. Distance CS / ___ / Km 1-Moins d'un demi (1/2) Km ;
2-Entre un demi et un (1) Km,
3-Plus d'un Km.

Evaluer la fréquence d'utilisation des services de santé

- Q7. Fréquentez-vous l'un des centres de santé de la commune I ? / ___ / 1= oui ;
2=non.
- Q8. 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)
- Q9. Si oui, lequel (lesquels) ? / _____ /
- Q10. 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-Après l'aggravation de la maladie ;
4-Après avoir pris les médicaments en vente libre.
- Q11. Allez-vous au centre de santé chaque fois que vous êtes malades ?
/ ___ / 1= oui ; 2= non.
- Q12. Allez-vous au centre de santé uniquement pour certaines maladies ?
/ ___ / 1= oui ; 2 = non.
- Q13. Si oui, quelles sont les maladies pour lesquelles vous consultez le centre de santé ?.....
- Q14. Avez-vous recours à d'autres pratiques en dehors de la médecine moderne ? / ___ / 1= oui ; 2= non
- Q15. Si oui, lesquelles? / ___ / 1=les marabouts; 2=les guérisseurs ;
3=les personnes âgées ; 4=les géomanciens.
- Q16. Quel moyen de déplacement utilisez-vous pour aller au centre ? / ___ /
1 = bicyclette ; 2= moto ; 3 = automobiles ; 99 = autres (à préciser)
- Q17. Avez-vous accès à l'information liée à la santé ? / ___ / 1= oui ; 2= non.
- Q18. Si oui, par quels moyens ? / ___ / 1 = radio ; 2 = télévision journaux ;
3 = réunions ; 99 = autres (à préciser).....
- Q19. 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

- Q20. A quand remonte votre dernière consultation dans le centre de santé ? / ___ /
1=moins de 15 jours, 2= 15 à 30jours, 3=plus de 30jours.
- Q21. Quel a été le motif de votre consultation ?.....
- Q22. Avez-vous pris des médicaments avant de vous rendre au centre de santé ?
/ ___ / 1 = oui ; 2= non.
- Q23. Si oui, quelle est la nature de ces médicaments ?/ ___ / 1=pharmaceutiques,
2 = traditionnels, 3= chinois, 99 = autres (à préciser).....
- Q24. Avez-vous été satisfait(e) s de l'accueil reçu ? / ___ / 1= très satisfaisant ;
2 = assez satisfaisant ; 3 = peu satisfaisant ; 4 = pas du tout satisfaisant.
- Q25. 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.
- Q26. Les locaux sont-ils agréables ? / ___ / 1 = beaucoup ; 2 = moyennement ;
3 = pas du tout ; 88 = NSP.
- Q27. Avez-vous identifié les fonctions des personnes travaillant dans le centre?
/ ___ / 1=oui ; 2=non.
- Q28. 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

- Q29. L'agent de santé s'est-il présenté à vous avant le début de la consultation ?
/ ___ / 1=oui ; 2=non.
- Q30. Que pensez-vous de votre consultation ? / ___ / 1 = très satisfaisant ;
2 = assez satisfaisant ; 3 = peu satisfaisant ; 4 = pas du tout satisfaisant.
- Q31. 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.
- Q32. Avez-vous reçu(e) s une ordonnance ? / ___ / 1 = oui ; 2 = non.

- Q33. Avez-vous reçu les informations sur tous les produits inscrits sur votre ordonnance ? / ___ / 1 = oui ; 2 = non.
- Q34. 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.
- Q35. 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.
- Q36. Si oui, lesquelles ? / ___ / 1 = votre traitement ; 2 = votre maladie ;
3 = vos soins ; 4 = les examens complémentaires à réaliser.
- Q37. Avez-vous obtenu(e) s un rendez-vous pour le contrôle ? / ___ / 1 = oui ;
2 = non.
- Q38. Etes-vous retourné(e) s pour consultation de contrôle ? / ___ / 1 = oui ;
2 = non.
- Q39. 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.
- Q40. Le personnel du service a t-il été aimable ? / ___ / 1 = oui ; 2 = non ;
88 = NSP.
- Q41. Que pensez-vous du prix des prestations du centre de santé ?
/ ___ / 1 = très coûteux ; 2 = abordable ; 3 = moins coûteux.
- Q42. 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.
- Q43. 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.
- Q44. 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.

Annexe 2

Guide d'entretien des focus group

Modérateur: Amadou Z DOUMBIA ; **Observateur (trice):**

Lieu d'enquête:

Partici- Pant(e)s	Age	Niveau d'instruction	Ethnie	Statut matrimonial	Centres de santé fréquentés
P1					
P2					
P3					
P4					
P5					
P6					
P7					

Introduction : Bonsoir, je suis étudiant – chercheur en médecine, je vous sollicite pour une discussion collective sur la qualité de l'accueil et de la prestation des services de santé. Il s'agit d'une enquête anonyme, les propos seront enregistrés afin d'en permettre une analyse. Les résultats de cette discussion seront confidentiellement traités.

La durée de la discussion s'étendra sur une période de 50 minutes.

Les questions de discussion sont les suivantes :

Q1- Que pensez-vous de l'accueil au niveau des structures sanitaires de la commune I du district de Bamako?

Q2- Avez-vous accès à l'information liée à la santé ?

Q3- Que pensez-vous de la prise en charge dans les centres de santé de votre commune ?

Q4- Que pensez-vous du coût de la prestation au niveau des structures sanitaires de la commune I du district de Bamako (Mali) ?

Q5- Avez-vous recours à d'autres pratiques en dehors de la médecine moderne ?

C'est la fin de la discussion collective, je vous remercie pour vos avis.

Annexe 3

Fiche signalétique



Nom: DOUMBIA

Prénom: Amadou Zantigui

Téléphone: (00223) 70-10-30-00 / (00223) 66-61-21-00

E-mail : amadouzd@yahoo.fr

Titre: Accueil, information et prise en charge des usagers des centres de santé en commune I du district de Bamako (Mali).

Année de soutenance: 2014-2015

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance: Bamako

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

Secteur d'intérêt: Anthropologie médicale et Santé publique

Résumé: Il s'agissait d'une étude transversale descriptive qui s'est déroulée du 26 juin 2013 au 30 mai 2014 au sein de la commune I du district de Bamako. Cette étude a porté sur l'accueil, l'information et la prise en charge des usagers des centres de santé. Elle a eu pour objectifs spécifiques :

- 1- décrire le niveau d'appréciation de l'accueil des usagers,
- 2- déterminer le niveau d'information liée à la santé des usagers,
- 3- déterminer le niveau de satisfaction des usagers.

La taille de notre échantillon a été de 310 ménages.

Il ressort des résultats de notre étude quantitative que le sexe féminin a prédominé avec 64,8%. Le taux de fréquentation des centres de santé a été de 81,6%. Les structures sanitaires publiques ont enregistré un taux de fréquentation élevé soit 87%. Il découle aussi que 65,6% des usagers ne se sont rendus dans un centre de santé qu'à la suite d'une automédication.

Par rapport au niveau d'appréciation de l'accueil, 87,4% des usagers déclaraient avoir été satisfaits.

Au niveau de l'information, 73,2% des usagers ont affirmé avoir l'accès à l'information liée à la santé. De plus, 71,5% des usagers malades affirmaient avoir reçu les informations sur leur état de santé, les produits prescrits, sur la conduite à tenir. La majorité des usagers a été très satisfait de leur prise en charge soit 86,9%.

Quant à l'étude qualitative, les usagers avaient les points de vue divergents sur leur accueil dans les structures sanitaires de la commune I. Pendant que certains estimaient que leur accueil était bon, d'autres se plaignaient. Cependant, la plupart des usagers disait avoir accès à l'information liée à la santé.

Enfin, parlant de la prise en charge certains usagers pensaient que sa qualité laisse à désirer du fait qu'il y a moins de personnels médicaux qualifiés.

Mots clés: Accueil, information, prise en charge, usagers et la commune I.

Version: anglaise

Signalitic sheet

Last name: DOUMBIA

First Name: Amadou Zantigui

Telephone: (00223) 70-10-30-00 / (00223) 66-61-21-00

E-mail: amadouzd@yahoo.fr

Title: reception, information and support for users of health centers in the township I of the district of Bamako.

Academic year: 2014-2015

Native country: Mali

Depot: Library of the faculty of medicine and odonto-stomatology of Mali

Interest sector: Medical anthropology and public health.

Summary: It was about a descriptive cross study that took place from June 2013 to May 2014 within the township I of the district of Bamako. This study focused on the reception, information and support for users of health centers.

It had for specific objectives:

- 1 - to describe the level of appreciation of the users reception,
- 2 - to determine the information's level related to the users health ,
- 3 - to determine the level of satisfaction of support for users of health services.

The size of our sample was 310 households.

From results of our quantitative study showed that women predominated with 64,8%. The company rate of health centers was 81,6%. The public sanitary structures recorded the greatest rate of company with 87%.

We also observed that 65,6% users surrendered in a center of health after a self-medication, or a traditional treatment at home.

In relation to the level of reception, 87,4% users affirmed that they have been satisfied.

In terms of information, 73,2% users said that they had information related to health. Besides, 71,5% users in consultation said they received information about their health state, the prescribed products, and how to behave.

In addition, 86,9% users were satisfied with their care.

Talking about our qualitative study, users had different opinion on their reception in the sanitary structures of the commune I. while some users estimated that their reception was good, others complained. Most of users said that they received information bound to health.

Lastly, some users think that the quality of care is imperfect because there are less qualified medical staffs.

Key words: reception, information, support for users and township I.

Version: langue nationale bamanan

TƐZI BAKURUBA SEBENNI

Jamu : DUMUYA

Togo : Amadu Zantigi

Ɗegɛsurusira: (00223) 70 .10.30.00 / 66.61.21.00

Soubakanamachi Ɗegɛsurusira: amadouzd@yahoo.fr

Titiri: Bamako marabolo folo keneyaso matarafabaw, bisimilali, kunna- fonini n'u furakeli.

Boyoro jamana: Mali

Kalan keyoro duguba: Bamako

Seben bilayoro: keneya kalan kalanyoroba (iniversite) Mali la

Kalan kuntaafan: danbe ni ladamu dogtoroya baara sira kan.

Bakurubasebenni: kalan nin tunbe bamako marabolo folo keneyaso matarafabaw, bisimilali, kunnafonini n'u furakeli kan, Ka ta junkalo 2013 ka taa bila mekalo 2014 la.

A kun kerenkerennen yegew ye minnu ye :

- 1- Ka jatemine ke dogorošo matarafabaaw felaw kan, u bisimilalicogow kan.
- 2- Ka jatemine ke dogorošo matarafabaaw kunnafoninin, keneya ko kan.
- 3- Ka jatemine ke keneya baaradaw matarafabaaw ka nimisiwa keneya ko kan.

Jateminε in kεra ga 310 de kan.

Kεlεsili min sεrεla jateminε in kεnε o ye ko musolakaw de cayara ka d'a kan Kεmεsarala-Kεmεsarala 64,80 o kera musow ye.

Kεmεsara la mεgε 81,60 ye kεneyasow matarafa.

Forobakεneyaso matarafabaaw de cayara ni kεnyεrε ye kεneyasow ye, focogo ma Kεmεsarala-Kεmεsarala 87 taara forobakεneyasola ani 13 taara kεnyεrε ye kεneyasow la.

An ka nininin y'a jira ko kεmεsara la mεgεw 65,60 taara dεgεtεrεso la u kεlen kε ka yalayalafura ta ka dεsε.

Min ye banabaatεw bisimilali ye, kεmεsara la mεgεw 87,40 y'a jira k'u nimisi wasara.

Min ye banabaatεw ka kunnafoniko ye, kεmεsara la mεgεw 73,20 y'a jira k'u ye kunnafoni jεnjεn sεrε kεneyakow kan. O kε, kεmεsara la mεgεw 71,50 minnu lajεra y'a jira k'u ye kunnafoni sεrε u ka kεneyako, fura sεbεnnenw ali u ka furakεcogo taabolo kan.

Kεmεsarala-Kεmεsarala dεgεtεrεso matarafabaa fanba 86,90 y'u ka nimisiwasa jira u ka furakεlikan.

Dajε kεrεnkεrεnnenw : tεgεtεrεso matarafabaaw bisimilali, kunnafonini an'u furakεli.

Annexe 4

CERTIFICATS DE FORMATION

SERMENT D'HYPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.