

ETUDE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE SUR LES PERCEPTIONS CULTURELLES RELATIVES A LA SANTE, LA MALADIE ET LA SEXUALITE

Rapport final

**PROJET D'AMÉLIORATION DE
L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ
PRIMAIRES ET L'EXERCICE DES
DROITS SEXUELS ET
REPRODUCTIFS, RÉGION DE KAYES**

Novembre 2017

Mohamed Alhousseiny MAIGA, free-lance

+223 76 30 21 21 / 66 30 21 21

mohamed5_maiga@yahoo.fr

Table des matières/sommaire

i.	Avant-propos.....	4
ii.	Remerciements.....	4
I.	Introduction.....	5
II.	Contexte et justification.....	5
III.	Objectifs de l'étude.....	6
IV.	Méthodologie.....	6
V.	Resultats.....	8
5.1.	Caractéristiques des menages.....	8
5.2.	Analyse des conditions socio-démographiques et socio-culturelles empêchant l'accès aux soins des populations.....	12
5.3.	Conditions socio-économiques et environnementales et les pratiques socio-culturelles constituant un frein à une meilleure promotion de la santé.....	12
5.3.1.	Conditions socio-économiques et mode de vie des menages.....	12
5.3.2.	Pratiques socio-culturelles.....	19
5.4.	Principales raisons à fréquenter autre qu'un agent de santé.....	22
5.5.	Perceptions des usagers des services de santé vis-à-vis des structures de santé et de l'offre de services et comportement des prestataires de service vis-à-vis des usagers.....	23
5.6.	Facteurs socioculturels en lien avec la maladie au sein des communautés	25
5.7.	Facteurs socioculturels et religieux empêchant la communication sur la sexualité au sein de la famille/ménage.....	25
5.8.	Perception de la maladie.....	26
5.9.	Motivations/raisons à fréquenter un centre de santé.....	30
	Annexes.....	31

Liste des abréviations et acronymes utilisés

ASACO Association de santé communautaire
ATR Accoucheuses traditionnelles recyclées
CPN Consultation prénatale
CPON Consultation postnatale
CSCOM Centre de Santé Communautaire
CSRéf Centre de Santé de Référence
EDSM Enquête Démographique de Santé Mali
FAP Femme en Age de Procréer
FE Femme enceinte
IO Infirmière Obstétricienne
IST : infections sexuellement transmissibles
PF Planification Familiale
SR Santé de la reproduction
TDR : termes de références
VIH : virus d'immunodéficience humaine

i. Avant-propos

Le présent document a été réalisé à partir des résultats d'enquêtes quantitatives et qualitatives auprès des ménages, des leaders communautaires et des collectivités territoriales (Conseil de Cercle, Mairie), des équipes des CSCOM et des ASACO, des personnes ressources, de revue documentaire et d'entretiens avec des responsables de services locaux.

Les erreurs éventuelles qui pourraient être décelées dans les informations, proviendraient d'une mauvaise compréhension ou d'une mauvaise interprétation par le consultant. Ce dernier s'en excuse d'avance auprès des lecteurs et surtout des responsables qui ont eu l'amabilité de s'entretenir avec lui et ses enquêteurs.

Les opinions et jugements de valeurs contenus dans le rapport sont des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue du commanditaire de l'étude à savoir Medicos Del Mundo.

ii. Remerciements

Le consultant remercie très chaleureusement toutes les personnes qui ont participé directement et/ou indirectement à la présente étude. Il s'agit des communautés hommes et femmes du cercle de Bafoulabé qui, en dépit de l'intensité de leurs occupations, n'ont ménagé ni leur temps ni leur énergie pour s'occuper de l'enquête et des enquêteurs. Parmi cette communauté, les femmes et les hommes des différents villages concernés, ont fait preuve d'une large sollicitation souvent à des moments chauds de la journée. Qu'ils trouvent ici tous les compliments du consultant et de son équipe.

Le consultant tient à souligner enfin, l'ambiance de franche et agréable collaboration qui a régné tout au long des travaux de terrain ainsi qu'à saluer la grande motivation et l'extrême professionnalisme de l'ensemble des cadres de Medicos Del Mundo à Bafoulabé et à Bamako ainsi que du Centre de santé de référence et du service du développement social de Bafoulabé. Ses sincères remerciements sont adressés particulièrement aux chefs de villages et à tous les chefs de ménages des douze aires de santé visitées. Le succès de cette opération leur revient avant toute chose.

I. Introduction

Le district sanitaire de Bafoulabé est couvert par un système de santé à deux échelons conformément à la Politique Nationale de Santé.

- 1^{er} niveau: (19 CSCOM fonctionnels, 6 maternités rurales, 5 structures parapubliques/Privées, 34 sites SEC).
- 2^{ème} niveau: Le CSRéf

Médicos del Mundo intervient au sein du district depuis 2010, à travers le renforcement du système de santé. Son intervention actuelle intitulée << Amélioration de l'Accès aux Soins de Santé Primaire et l'Exercice des Droits Sexuels et Reproductifs >>, vise l'amélioration de la santé des populations de façon globale.

Dans le cadre de ses activités, Médicos del Mundo a jugé nécessaire d'identifier les barrières socioculturelles relatives aux questions de santé, de maladie et de sexualité d'où l'intérêt de la présente étude.

II. Contexte et justifications de l'étude

La santé selon l'OMS est `un état complet de bien-être physique, mentale et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Cependant, la situation sanitaire et sociale du Mali est caractérisée par des facteurs multiples avec des conséquences très lourdes pour les femmes, les adolescents, les jeunes et les enfants à cause de leur vulnérabilité et de l'insuffisance des mesures concrètes prises à leur endroit.

Ces facteurs sont à l'origine du faible niveau de certains indicateurs relatifs à la santé et aux difficultés d'atteinte des objectifs souhaités, malgré les efforts entrepris par le gouvernement et les partenaires techniques et financiers.

Au cours de son intervention, Médicos del Mundo a constaté parmi les indicateurs de santé du district sanitaire :

- Un faible taux de Consultation prénatale (68%) ;
- Un faible taux de CPN4 pour des raisons de CPN tardives;
- Un taux d'accouchement assisté à 41% seulement, pour des raisons du nombre élevé des accouchements à domicile ;
- Un taux faible d'accouchement par personnel qualifié (22%) pour des raisons de l'insuffisance de personnel qualifié au niveau des CSCOM;
- Huit cas de violences faites aux femmes enregistrés au niveau du Centre de santé de Référence en 2016;
- Une faible couverture des services de santé.

A ces indicateurs, il faut ajouter

- L'insuffisance et les difficultés de fonctionnement des comités de lutte contre les pratiques néfastes ;
- L'insuffisance de couverture en infrastructures socio-sanitaires, dotées de moyens adéquats ;

- La faible accessibilité aux services de santé;
- Des pratiques socioculturelles et des comportements préjudiciables à la santé des groupes vulnérables ;
- De nombreuses barrières (financières, socioculturelles, sanitaires et géographiques) entravant l'accès aux soins de santé pour les femmes et les jeunes ;
- Des besoins en soins de santé des populations importants et non satisfaits ;
- Des mariages précoces/forcés et des grossesses non désirées imputables aux conditions socioéconomiques, culturels et aux traditions.

Face à cette situation, Médicos del Mundo envisage mener une étude socio anthropologique au sein du district sanitaire de Bafoulabe, pour identifier les pratiques socioculturelles impactant la demande et l'offre des soins de santé des populations.

III. Objectifs

L'objectif général est d'avoir des informations plus approfondies sur les perceptions culturelles relatives à la santé, la maladie et la sexualité.

IV. Méthodologie

La méthodologie générale, a fait appel à une démarche participative qui a impliqué l'ensemble des parties prenantes en termes de triangulation des sources de l'information elle-même gage de fiabilité.

La MARP (Méthode Active de Recherche et de planification Participative) a été appliquée dans ses trois principes méthodologiques et de façon thématique. Elle s'est appliquée sur un ensemble de questions auxquelles on a cherché à apporter des réponses permettant de tenir compte, dans l'orientation à faire, des leçons tirées des perceptions des communautés quant à la maladie, la sexualité et la santé. Pour cette raison, l'analyse a cherché à confronter différents points de vue de manière à dégager les points forts et les points faibles du système actuel d'offres de services.

Le processus d'analyse quantitative des données a consisté séquentiellement entre autres à la :

- Codification et au paramétrage des bases de données sur le logiciel SPSS ;
- Saisie, compilation et apurement des données ;
- Analyse et interprétation des résultats et rapportage.

Les bases de saisie ont été conçues sur le logiciel de statistique SPSS ; ce processus consiste à faire le paramétrage de toutes les questions du questionnaire. C'est ainsi qu'une base de saisie a été conçue.

A l'arrivée des premiers questionnaires du terrain, un test des bases a été effectué afin de s'assurer que toutes les questions ou variables et les éléments de réponse ou valeurs ont été pris en compte dans la plateforme de saisie. Ainsi, toutes les vérifications ont été observées au niveau de la base de saisie.

Ensuite, il a été affecté un numéro à chaque questionnaire en fonction des types de questionnaires ou fiches afin d'éviter la duplication dans la saisie et faciliter la

répartition et le suivi des travaux de saisie. Aussi, cette codification des questionnaires a permis au superviseur de saisie de faire un contrôle de qualité des opérations de saisie.

La saisie des questionnaires a été effectuée sous le contrôle d'un superviseur dont le rôle est de procéder à un contrôle de qualité et de l'apurement des données. Ainsi, deux (2) agents furent désignés pour l'apurement des données afin de minimiser les erreurs. Ce travail a consisté à vérifier une à une toutes les fiches saisie pour corriger les erreurs de saisie produites par les opérateurs de saisie. Ceci a prolongé indépendamment de notre volonté, le temps de production du rapport dû au 30 novembre 2017.

Le traitement des données a été effectué de façon séquentielle sur le logiciel SPSS par types de bases de saisie.

L'analyse des résultats est une activité d'achèvement du processus d'apurement. Elle est effectuée en fonction des questionnements correspondant par section et selon les spécifications des Tdrs.

Le rapportage est l'étape de récit des analyses des résultats de l'enquête. Il a été effectué selon la préséance.

V. Résultats de l'étude

5.1. Caractéristiques des ménages

Pour aborder les questions liées à la démographie et à la culture du milieu, une répartition des répondants et celle des différentes interviews semi-structurées, ont été faites selon les critères suivants :

Tableau 1: Répartition des répondants par statut d'origine

Milieu	Statut/origine					
	Autochtone		Allochtone		Ensemble	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Urbain	18	34%	8	26%	26	31%
Rural	35	66%	23	74%	58	69%
Ensemble	53	100%	31	100%	84	100%

Tableau 2: Répartition selon l'ethnie et le milieu de résidence

ETHNIE	Milieu					
	Urbain		Rural		Ensemble	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Bambara/Malinké	9	35%	36	62%	45	54%
Khasonké	8	31%	5	9%	13	15%
Sarakolé	2	8%	0	0%	2	2%
Autres	7	27%	17	29%	24	29%
Ensemble	26	100%	58	100%	84	100%

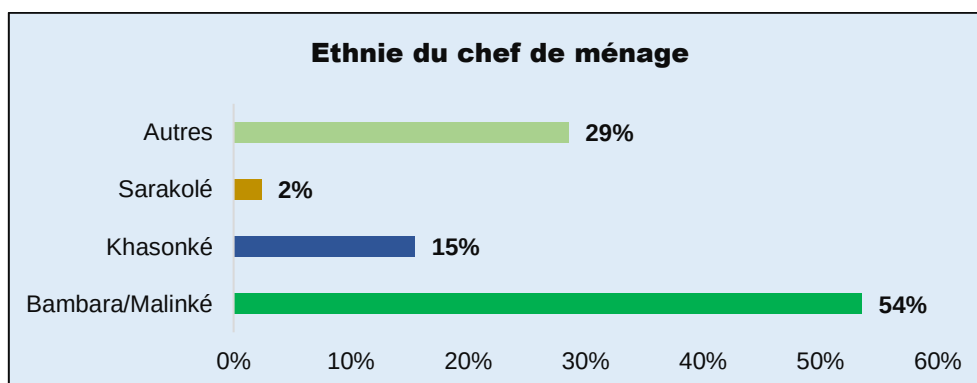


Tableau 3 : Répartition des enquêtés par sexe selon le lieu de résidence

Milieu	Sexe					
	Masculin		Féminin		Ensemble	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Urbain	61	36%	69	40%	130	38%
Rural	109	64%	104	60%	213	62%
Ensemble	170	100%	173	100%	343	100%

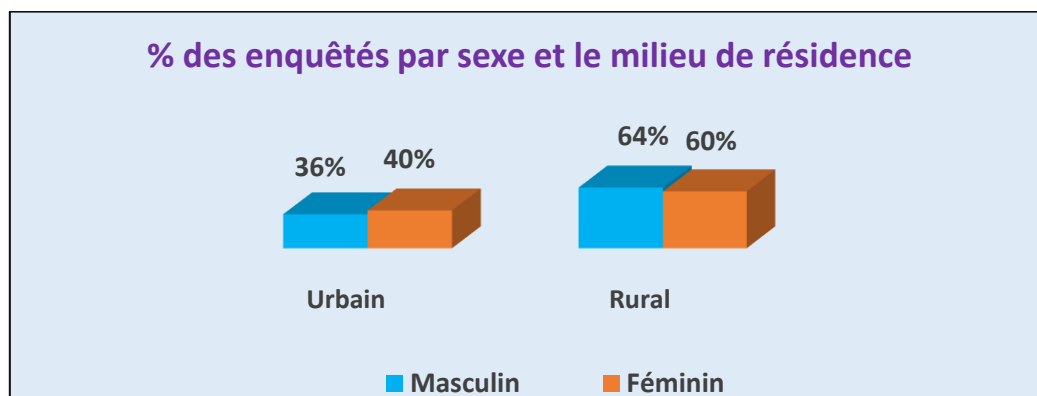


Tableau 5 : Répartition des chefs de ménage par groupe d'âge et selon le statut de résidence

Groupe d'âges	Statut de résidence					
	Résidant présent		Résidant absent		Ensemble	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
< 30 ans	1	4%	4	7%	5	6%
30-39 ans	5	21%	12	20%	17	20%
40-49 ans	7	29%	13	22%	20	24%
50 ans+	11	46%	31	52%	42	50%
Ensemble	24	100%	60	100%	84	100%
Age moyen des chefs de ménage	47 ans		49 ans		48 ans	

Tableau 6 : Répartition des chefs de ménage par groupe d'âge selon l'état matrimonial

Groupes d'âge	Etat matrimonial					
	Marié (e) monogame		Marié (e) polygame		Ensemble	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
< 30 ans	5	9%	0	0%	5	6%
30-39 ans	13	23%	4	15%	17	20%
40-49 ans	15	26%	5	19%	20	24%
50 ans+	24	42%	18	67%	42	50%
Ensemble	57	100%	27	100%	84	100%

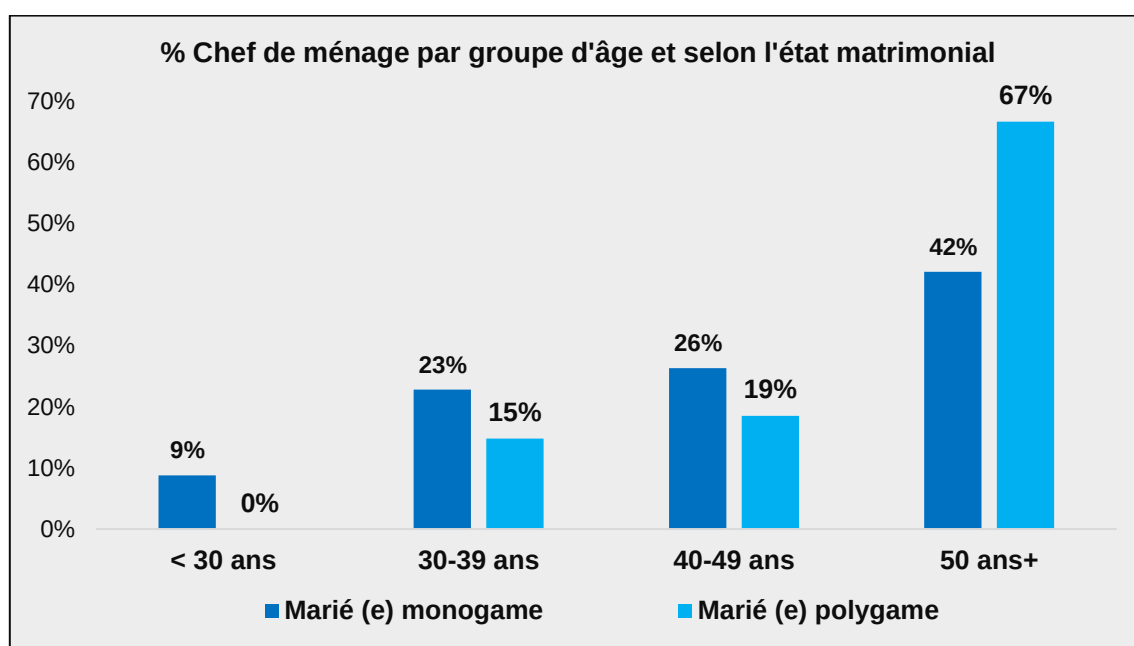


Tableau 7 : Répartition des enquêtés selon la religion et le milieu de résidence

RELIGION	Milieu					
	Urbain		Rural		Ensemble	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Musulman	26	100%	57	98%	83	99%
Animiste	0	0%	1	2%	1	1%
Ensemble	26	100%	58	100%	84	100%

5.2. Analyse des conditions sociodémographiques et socioculturelles empêchant l'accès aux soins des populations

Le profil épidémiologique de la zone se caractérise par une endémicité stable marquée par une recrudescence saisonnière pendant et après la saison des pluies, c'est-à-dire de juin à décembre, avec une létalité relativement élevée, notamment chez les enfants. Les calendriers saisonniers montrent une persistance assez prolongée de la pandémie dans les 12 aires de santé concernées par l'enquête. Ceci est dû en partie, à la présence des eaux stagnantes des cours d'eau, de l'insalubrité engendrée elle aussi par la promiscuité dans les villages, de la mobilité des acteurs sociaux et du maillage faible des centres de santé.

Selon EDSM, avec les niveaux actuels de mortalité, un enfant malien sur cinq décèdera avant d'atteindre son cinquième anniversaire (191/00). On constate une surmortalité des enfants du milieu rural par rapport à ceux du milieu urbain. Globalement le risque de décéder entre naissance et cinq ans est supérieur de 48% en milieu rural par rapport au milieu urbain (234 pour mille contre 158 pour mille). Le niveau d'instruction de la mère influence de façon importante les risques de décéder des enfants. La probabilité de décéder avant cinq ans est 223 pour mille pour les enfants dont la mère n'a aucune instruction et de 102 pour mille lorsque celle-ci a atteint le niveau secondaire ou plus.

En somme les populations sont sujettes à la fréquence élevée des maladies infectieuses et parasitaires ; la persistance du risque élevé d'épidémies ; l'insuffisance de la lutte contre les IST/VIH et SIDA ; la prévalence élevée de la malnutrition et des carences en micro-nutriments.

5.3. Conditions socioéconomiques, environnementales et les pratiques socioculturelles constituant un frein à une meilleure promotion de la santé

5.3.1. Conditions socioéconomiques et socio-environnementales et mode de vie des ménages

Malgré les efforts faits en matière de desserte ferroviaire et plus récemment par la route, le cercle de Bafoulabé est fortement enclavé de l'intérieur surtout en période d'hivernage. Plusieurs villages se trouvent totalement coupés de l'extérieur pendant toute la période des précipitations. Même en période d'étiage, le fleuve Sénégal et ses affluents constituent un obstacle majeur qui entame sérieusement la fréquentation régulière des centres de santé.

Le fleuve Sénégal constitue un obstacle naturel qui affecte la fréquentation des centres de santé notamment le CSRéf et le CSCOM de Bafoulabé.

En milieu rural plus de 20% des usagers se trouvent au-delà de 15 km du centre de santé. Ceci est un facteur très important qui affecte sérieusement la fréquentation des centres de soins (CSCOM, maternités rurales).

Rappelons que les pathologies les plus fréquemment rencontrées dans les douze aires de santé sont : le paludisme ; les affections respiratoires ; les affections de la peau ; les maladies diarrhéiques ; les affections de l'appareil digestif ; les parasitoses intestinales ; les affections de l'œil ; les traumatismes ; les affections de la cavité buccale et la malnutrition

Le paludisme reste l'affection la plus répandue dans les formations sanitaires. Les maladies à potentiel épidémique demeurent la rougeole et la méningite qui se distinguent par leur persistance tandis que la morbidité élevée caractérise surtout la malaria. La persistance de ces maladies, est dûe à une faible couverture sanitaire se caractérisant par une faible accessibilité tant géographique que financière.

Plusieurs autres facettes expliquent cet état de fait.

● **Sur le plan socio-économique :**

Les problèmes à ce niveau se caractérisent par :

- un faible pouvoir d'achat des communautés et une production alimentaire insuffisante surtout pour cette campagne agricole qui s'avère déficitaire dans plusieurs aires de santé ;
- une hygiène précaire.

La promiscuité du logement et l'insalubrité s'observent à travers le cadre de vie apprécié à travers le type de logement, le mode d'évacuation des ordures, le type de lieu d'aisance, le mode d'approvisionnement en eau des populations et le type de sanitaire. Si dans les villages les comportements des ménages sont homogènes, en milieu urbain, le niveau de vie conditionne le cadre de vie.

Même s'il est difficile de caractériser les ménages ruraux en fonction du niveau de vie et de l'environnement sanitaire, on peut toutefois noter que les ménages ruraux pauvres sont majoritairement des agriculteurs de subsistance ou des agro-éleveurs, qu'ils vivent dans un environnement sanitaire peu salubre, s'intéressent au centre de santé le moins cher ou à consultation gratuite en cas de maladie au cours de l'année et connaissent une forte promiscuité du logement.

En milieu urbain de Mahina ou semi-urbain de Bafoulabé, l'analyse approfondie des données permet de confirmer la corrélation positive entre le niveau de vie, l'environnement sanitaire et le logement. Elle fait ressortir une distinction nette entre d'une part, les ménages pauvres ou de niveau de vie intermédiaire, salariés ou agriculteurs, qui vivent dans un environnement sanitaire caractérisé par la précarité, et, d'autre part, les ménages non pauvres, salariés ou indépendants évolutifs, qui ont un environnement sanitaire décent.

- un analphabétisme qui est le véritable goulot d'étranglement des efforts déployés par les services socio- sanitaires et les ONG. L'analphabétisme est la résultante du faible taux de scolarisation, lui-même dû à l'excentricité des écoles de base, à la mobilité des populations ; au mariage précoce des filles ; à la faiblesse des moyens de l'Etat, à l'exode des bras valides soninké et khasonké et à la mobilité des communautés peuhl-éleveurs, etc.

En effet, l'une des conséquences et non la moindre, est l'ignorance des communautés. Cette dernière affecte les facteurs de développement en général et par ricochet la prise de conscience vis-à-vis de la santé de la mère et de l'enfant.

Ni les hommes, ni les femmes rencontrées ne saisissent en fait la politique nationale de santé à fortiori leur rôle dans la promotion sociale et sanitaire à l'échelle à la fois de la communauté et de la familiale. Un effort important doit être déployé au niveau de ce maillon qui est sans nul doute, le soubassement de tout développement endogène et autocentré.

② Sur le plan démographique :

- Assez faible maîtrise de l'effectif de la population dans les 12 aires de santé ;
- Les mouvements migratoires importants et en particulier en saison pluvieuse ;
- Un taux de fécondité élevé ;
- Une mortalité maternelle élevée ;
- Une mortalité infanto juvénile élevée.

③ Sur le plan socio-culturel :

Certaines pratiques néfastes à la santé tels que l'excision, le mariage forcé, le lévirat, le sororat, les interdits alimentaires persistent.

La médecine traditionnelle constitue un recours très fréquent et de première intention pour les populations. Mais, ce secteur n'est pas bien organisé, ce qui rend difficile la collaboration avec le secteur dit de la médecine moderne.

La persistance de pratiques traditionnelles néfastes pour la santé (mariages forcés, le lévirat, sororat, excision, tabous alimentaires, incestes, autres violences basées sur le genre, etc.) et le manque d'organisation des thérapeutes traditionnels ne sont pas de tendance à améliorer la situation. Au contraire, dans biens de cas, les services de santé constatent des résistances suite à des négligences ou la prise de médicaments prohibés.

④ Sur le plan institutionnel :

- Excentration du pouvoir administratif
- Insuffisance de partenaires
- Une insuffisance du personnel technique et de soutien
- Le bénévolat dans un service public.

⑥ **Au niveau communautaire**

© de façon transversale :

- Insécurité alimentaire prononcée avec comme corollaire sous-nutrition;
- Analphabétisme à large échelle des hommes et des femmes;
- Ignorance apparente des mesures d'hygiènes et d'assainissement avec comme conséquences la méconnaissance même des avantages liés à la vaccination, à la CPN, à la CPON et à la nutrition des enfants à travers les ressources locales;
- Inertie et attentisme des communautés;
- Exode et départ des bras valides;
- Dépravation des mœurs favorables à la propagation des IST et SIDA surtout avec l'avènement des TIC et autres réseaux sociaux;
- Pesanteur sociale et persistance de pratiques sociales néfastes;
- Insuffisance d'implication positive des ressources externes des communautés notamment les ressortissants basés en dehors du terroir

© de façon spécifique :

- Manque de moyens adéquats au niveau de l'offre à procéder à la stratégie avancée;
- Manque d'engouement des communautés autour de leur formation sanitaire quand celle-ci est à plus de 5km
- Participation de nulle à peu efficace dans la gestion du CSCOM;
- ASACO peu dynamique et peu motivé : gestion peu transparente, manque de mécanisme de communication avec les communautés, méconnaissance des textes et des rôles dévolus aux membres, intérêts stratégiques prononcés de certains membres
- Recours aux soins traditionnels et aux médicaments de rue provoquant des cas de résistance;
- Place limitée à réduite des relais communautaires (quand ils existent) dans la mobilisation sociale autour des thèmes d'IEC.

Les causes de cette situation s'expliquent par :

- L'insuffisance du personnel des CSCOM, qui met plus de temps à s'occuper des malades diminuant leurs espaces de manœuvre pour assurer lors des stratégies avancées effectuées, la supervision des relais ;
- Le manque d'appui technique à la planification, à la gestion, au suivi supervision et au monitoring des activités des relais dans les aires de santé ;
- La non maîtrise de la Communication pour le changement de comportement par les équipes dans certains CSCOM ;
- L'insuffisance de politique dans la mise en œuvre des plans intégrés de communication.

L'analyse des problèmes de santé prouve également que les hommes et les femmes ont une convergence de points de vue par rapport aux causes des maladies et leurs effets sur le développement économique et social de la communauté.

La mortalité infantile n'est pas perçue comme une fatalité contrairement à un passé récent. Aujourd'hui, la mère sait qu'elle est dûe en grande partie au paludisme et ses complications, puis les autres maladies infantiles comme les IRA, les diarrhées talonnent les infections palustres. Le premier recours est la pharmacopée aussi bien pour les adultes que pour les enfants. La mère donne très souvent des décoctions à l'enfant et ce sont souvent des cas désespérés qui arrivent au CSCOM.

L'ignorance et l'analphabétisme des parents constituent l'une des causes sous-jacentes de la mortalité infantile. Quand bien même elles savent que c'est l'anophèle qui est le vecteur du paludisme, les mères ne prennent suffisamment de précaution pour mettre à l'abri les enfants des piqûres de moustiques surtout au crépuscule. Les enfants font un bon moment légèrement ou pas couvert avant que les parents ne les installent dans les moustiquaires imprégnées offertes par les services de santé.

Les complications du paludisme chez l'enfant sont mal perçues par la mère. Les diarrhées qui en découlent souvent et la fièvre sont mal prises en charge. Le papa s'investit peu ou pas dans la prise en charge et même en amont, la prise de décision à consulter un professionnel de la santé. Les médicaments de la rue sont beaucoup utilisés. L'utilisation abusive du paracétamol et d'autres médicaments de rue, est revenue plusieurs fois dans les entretiens en focus group

Les maladies de la mère sont à la même loge. Les consultations pré et post-natales sont perçues comme une préoccupation secondaire tant que des complications ne surviennent pendant la grossesse. Là aussi, les services de santé accusent un laxisme de fait des époux et leaders de famille. A l'échelle de la femme, les CPN sont souvent un moyen de se procurer de MII et la plupart des femmes en grossesse se limite à une seule visite (taux de pertes de vue élevé). Les accouchements assistés sont rares et comme dans le cas des maladies infantiles seules les cas compliqués sont acheminés au CSCOM (cf. § suivant).

Le CS Réf, le Service du Développement social et les ONG d'appui telles Medicos Del Mundo, Maries Stopes International, Plan Mali... ont joué un grand rôle dans la mobilisation sociale.

Les pesanteurs culturelles, l'ignorance des parents, l'enclavement de la zone (faut-il le rappeler), l'insuffisance dans l'encadrement de proximité, sont des facteurs qui ne sont pas de tendance à améliorer la situation.

Tableau 8: Distance par rapport au lieu de la dernière consultation

<i>Distance par rapport au lieu de la dernière consultation</i>	<i>Milieu</i>					
	<i>Urbain</i>		<i>Rural</i>		<i>Ensemble</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Moins d'1 km	1	5%	7	21%	8	15%
1 à 2 km	14	64%	5	15%	19	35%
3 à 4 km	6	27%	2	6%	8	15%
5 km à 15 km	1	5%	11	33%	12	22%
Plus de 15 km	0	0%	8	24%	8	15%
Ensemble	22	100%	33	100%	55	100%

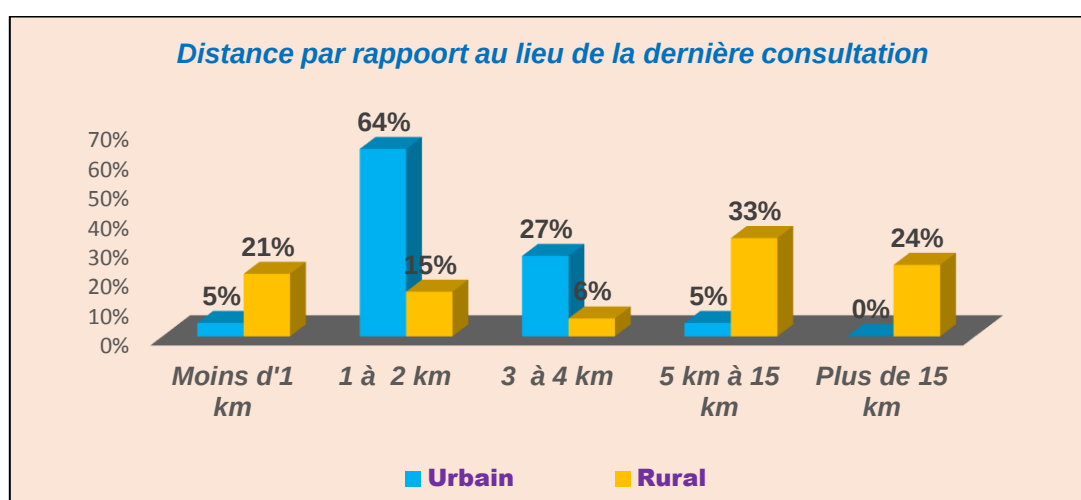


Tableau 9: Principales causes de la maladie dans l'aire de santé

Principales causes de la maladie	Eff	%
TRAVAUX DURS	2	1%
HUMIDITE	5	3%
HYGIENE ALIMENTAIRE	14	10%
HYGIENE, PAUVRETE, CHERTE DES MEDICAMENTS	1	1%
INSALUBRITE	6	4%
IGNORANCE	1	1%
INSUFFISANCE DE NOURRITURE	6	4%
MAL NUTRITION	2	1%
PALUDISME	10	7%
MANQUE DE NOURRITURE	7	5%
MANQUE DE POUVOIR	2	1%
MICROBE	10	7%
PIQURES DES MOUSTIQUES	32	22%
PAUVRETE	21	15%
REGIME ALIMENTAIRE	8	6%
CHANGEMENT CLIMENTIQUE	3	2%
CUBE MAGGI	1	1%
DOULEUR EPISODIQUE	1	1%
EPIGASTRIQUE	1	1%
ETAT DES LOGEMENTS	1	1%
EXCITANT	1	1%
NON SCOLARISATION	1	1%
RHUME	1	1%
DEGAT NATUREL	1	1%
TENSION ARTERIELLE	1	1%
L'EAU INSALUBRE	4	3%
Ensemble	143	100%

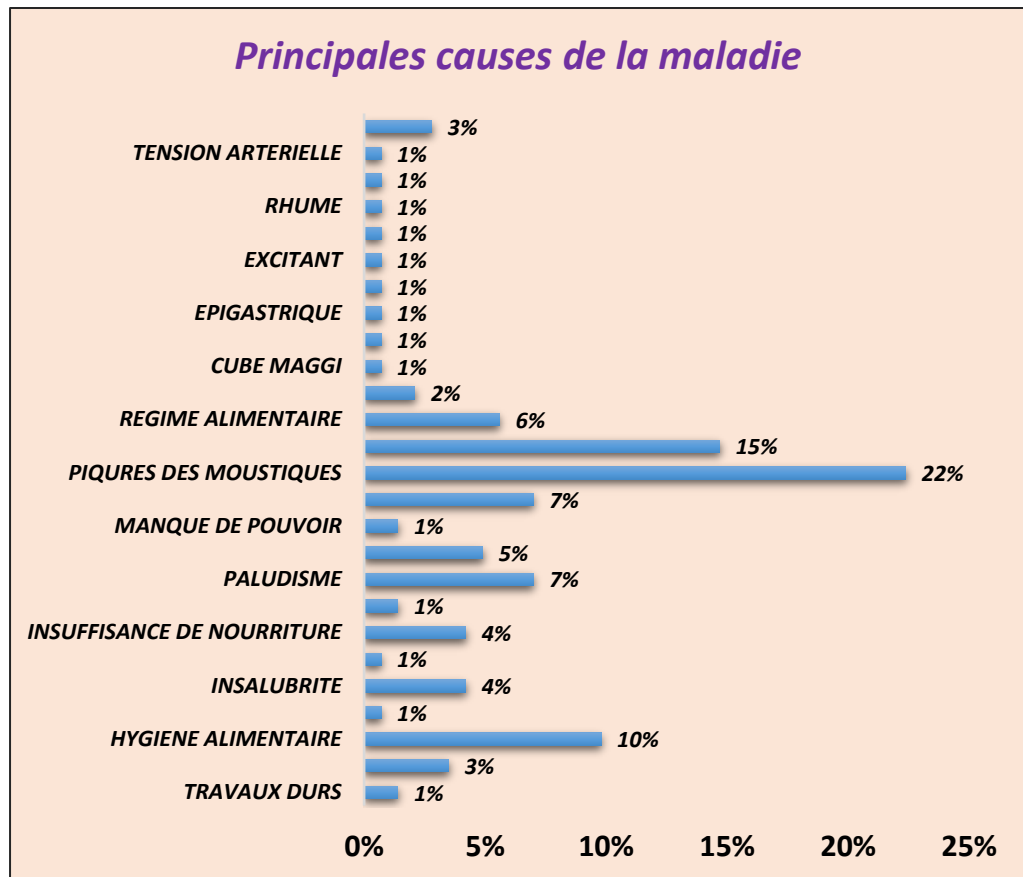
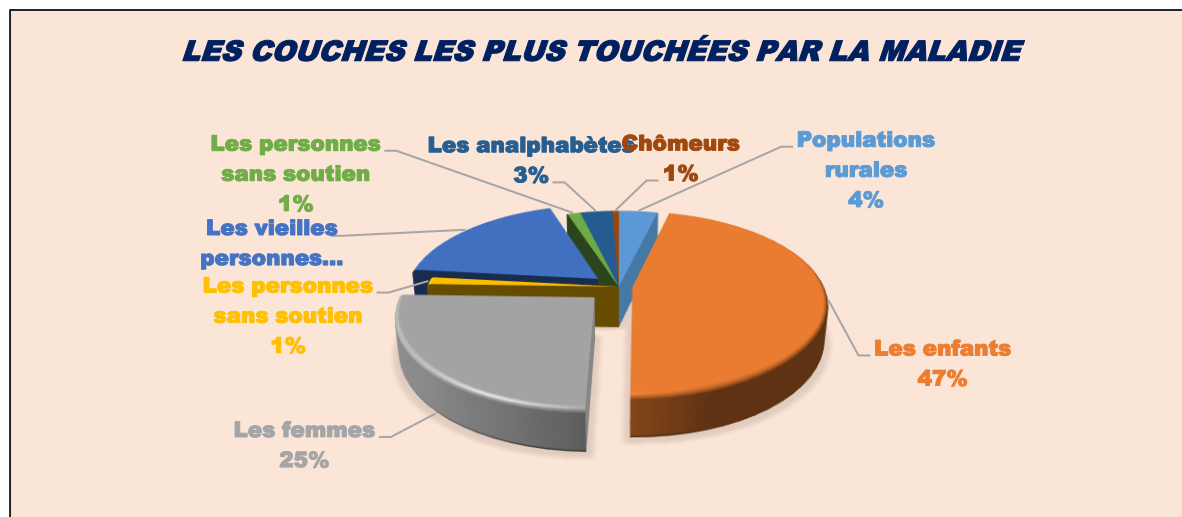


Tableau 10: Les couches les plus touchées par la maladie dans l'aire de santé

Les couches les plus touchées par la maladie	%
Populations rurales	7%
Les enfants	88%
Les femmes	48%
Les personnes sans soutien	2%
Les vieilles personnes	35%
Les personnes sans soutien	2%
Les analphabètes	6%
Chômeurs	1%



5.3.2. Pratiques socio-culturelles

Rappelons que l'enquête a concerné les 12 aires de santé appuyées par le projet. Ici, la communauté est essentiellement composée de Khasonké, malinké, soninké, peuhl et bambara. Parmi ces groupes ethniques, il s'est avéré que les soninkés fréquentent plus les centres de santé que les autres. Ceci est dû à l'influence de certains membres du ménage résidant le plus souvent à l'extérieur.

Dans l'ensemble, les communautés font recours à priori aux soins traditionnels notamment les feuilles, les racines et les écorces de plantes locales. Cette pratique est fortement ancrée dans les mœurs et constitue une entrave sérieuse à la fréquentation des centres de santé les plus proches et même en milieu urbain de Bafoulabé et de Mahina. Les communautés toute catégorie confondue font confiance dans la plupart des cas aux vertus des plantes et des croyances culturelles et cultuelles.

Tableau 11: Type d'agent de santé vu à la dernière consultation

Raisons	Milieu					
	Urbain		Rural		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Sage-femme/infirmier	3	14%	4	13%	7	13%
Aide-soignant	0	0%	3	10%	3	6%
Guérisseur/traditionnel	12	55%	19	63%	31	60%
Médecin	5	23%	3	10%	8	15%
Pharmacien	1	5%	0	0%	1	2%
Autres	1	5%	1	3%	2	4%
Ensemble	22	100%	30	100%	52	100%

En marge de l'attachement à la pharmacopée comme premier recours, des attitudes néfastes à la fréquentation des centres de santé persistent encore. Il s'agit entre autres de :

- *la prise de décision à fréquenter le centre de santé revient au chef de ménage.* En effet, le rôle du chef de ménage est prépondérant quant à la prise de décision à fréquenter le centre de santé. Il est très courant de se rendre à l'évidence que c'est au chef de ménage que revient généralement la décision d'autoriser l'épouse, l'enfant ou le jeune d'aller se faire soigner auprès du personnel médical en cas de maladie. La femme dont l'époux réside à l'extérieur (surtout en milieu soninké) sauf dans des cas d'extrême urgence, doit attendre la décision de celui-ci pour une consultation médicale. Si la décision est prise, la femme malade doit être toujours accompagnée au centre de santé ;
- *l'hostilité des grand-mères à la fréquentation des centres de santé est un frein à la fréquentation des centres de santé.* En ce qui concerne les CPN, CPON et accouchements, l'avis des vieilles femmes est d'abord sollicité par le jeune époux avant de communiquer avec sa femme. Dans la plupart des cas, elles sont réticentes et évoquent le passé où elles ont fait plusieurs maternités sans avoir recours à un personnel médical pour convaincre leur fils et son épouse. Pour les grands-mères, retenir la douleur est un signe de bravoure et de maîtrise de soi chez la femme ;
- *le recours à la médecine traditionnelle et à l'accoucheuse traditionnelle, participe à la perpétuation de la tradition.* Ces pratiques ont encore pignon sur rue. En effet, plusieurs accoucheuses traditionnelles malgré les formations dispensées continuent à accoucher des femmes à domicile. Les raisons même si elles sont économiques (« le mari qui ne veut pas dépenser », « la femme qui ruine son mari »), sont également culturelles. Conduire personnellement sa femme chez l'agent médical est perçu négativement dans certains milieux (« il aime trop sa femme, dit-on »).

Dans ces mêmes milieux, les vieilles personnes enseignent à la femme « de ne pas ruiner son époux » et « la femme doit se comporter en véritable femme ». Ceci dénote en effet, que la femme doit pouvoir tout supporter comme pression au foyer ou comme douleur dans son corps lors de la procréation. L'accoucheuse traditionnelle est souvent investie de pouvoirs mystiques pouvant « soulager » la femme lors de l'accouchement. Pour cela, elles utilisent très souvent des talismans (*tafo*) et des incantations. Ces croyances même si elles en perte de crédibilité, sont profondément ancrées dans certaines sociétés.

Par ailleurs, dans certaines localités comme à Gounfan ou à Foutouba, beaucoup de femmes et d'hommes rencontrés ne croient pas curieusement à la médecine conventionnelle. Les ressortissants de Kita qui s'y installent progressivement pour les activités agricoles, sont à la même enseigne. Ils préfèrent utiliser les feuilles et racines et ne viennent au CSCOM qu'en cas de désespoir ou d'extrême urgence. Ainsi donc le recours au tradithérapeute ou au marabout, précède la fréquentation du CSCOM ;

- *les attitudes de la femme pendant la grossesse et l'accouchement.* La femme au début ne veut pas qu'on sache qu'elle est enceinte. Pendant plusieurs semaines, elle continue à « masquer » sa grossesse et du coup ne fait recours aux CPN que tardivement. En outre, certaines femmes ne veulent ni se faire consulter ni se faire accoucher par un agent médical ayant l'âge de leur fille.
- *Des croyances et coutumes empiriques :* à Gourdapé (Sélinkegny), il existe des castes qui ne doivent pas être présents dans certaines familles lors d'un accouchement.

Tableau 12: Les alternatives au traitement dans un centre de santé

Alternatives au traitement dans un centre de santé	Milieu					
	Urbain		Rural		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Guérisseur traditionnel (« Yiribola »)	51	91,1%	72	87,8%	123	89,1%
Guérisseur-Marabout	1	1,8%	0	0,0%	1	0,7%
Marabout	3	5,4%	10	12,2%	13	9,4%
Féticheur	1	1,8%	0	0,0%	1	0,7%
Ensemble	56	100%	82	100%	138	100%

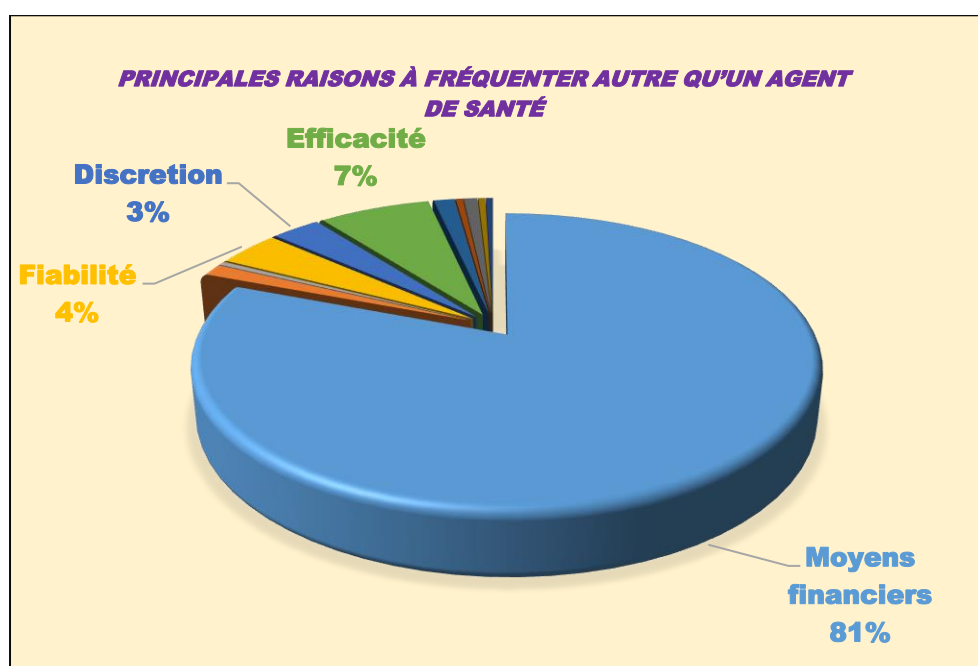
Au niveau de chaque aire de santé il existe au moins un tradipraticien. Parmi eux, les vieilles femmes se distinguent par leur efficacité dans le traitement des enfants. A Mahina, les prestations d'une vieille femme (aujourd'hui décédée) dans le traitement des enfants impactait même sur la fréquentation du CSCOM de la localité tant elle était appréciée et sollicitée par les mères.

5.4. Les principales raisons à fréquenter autre qu'un agent de santé

Dans l'imaginaire populaire, la pauvreté est la principale raison de non fréquentation des centres de santé. A la question de savoir pourquoi ne fréquente-t-on pas un centre de santé en cas de maladie, la réponse est presque connue d'avance : « c'est la pauvreté ». Ce constat est fait aussi bien en milieu urbain (79,5%) qu'en milieu rural (81,6%), chez les hommes que chez les femmes. La pauvreté est perçue comme la deuxième cause des maladies : quand on est pauvre, on est malade dit-on. Ensuite, une frange importante ne croit pas à l'efficacité de la médecine conventionnelle.

Tableau 13: les principales raisons à fréquenter autre qu'un agent de santé

Principales raisons à fréquenter autre qu'un agent de santé	Milieu					
	Urbain		Rural		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Moyens financiers	70	79,5%	115	81,6%	185	80,8%
Moyens financiers; efficacité	2	2,3%	1	0,7%	3	1,3%
Moyens financiers; conviction personnelle	0	0,0%	1	0,7%	1	0,4%
Fiabilité	1	1,1%	8	5,7%	9	3,9%
Discretion	1	1,1%	6	4,3%	7	3,1%
Efficacité	7	8,0%	9	6,4%	16	7,0%
Conviction personnelle	2	2,3%	1	0,7%	3	1,3%
Moyens financiers; discrétion	1	1,1%	0	0,0%	1	0,4%
Discretion-Efficacité	2	2,3%	0	0,0%	2	0,9%
Efficacité -moyens financiers	1	1,1%	0	0,0%	1	0,4%
Efficacité- conviction personnelle	1	1,1%	0	0,0%	1	0,4%
Ensemble	88	100%	141	100%	229	100%



Les moyens financiers sont évoqués dans une très large mesure par les hommes et les femmes comme la cause de renoncement à fréquenter un agent de santé. Les coûts du traitement sont coûteux pour 81 % des interviewés. En revanche, 7% estiment que l'efficacité dans le traitement est à rechercher au niveau de la pharmacopée.

5.5. Perceptions des usagers des services de santé vis-à-vis des structures de santé et de l'offre de services et comportement des prestataires de service vis-à-vis des usagers

La qualité de l'accueil repose sur certains critères comme l'orientation, l'installation, le respect de l'ordre de passage, la disponibilité et rapidité de la prise en charge, la qualification de l'agent qui accueille, la manière d'accueillir, l'environnement et l'attitude de l'agent face à la patiente.

De façon générale, les avis sur l'accueil sont négatifs dans les CSCOM et varient selon les items. Plus de trois femmes sur cinq n'ont pas un avis favorable par rapport à l'installation, la rapidité de la prise en charge et la manière d'accueillir. Plus de 4 jeunes sur 5 ne font pas confiance aux agents de santé en cas d'IST ou d'infection au VIH. L'item le plus apprécié est le respect de l'ordre de passage, tandis que les moins appréciés sont la disponibilité (occasions manquées, pertes de temps), l'installation dans la salle d'attente et la qualification de l'agent.

Les femmes et les jeunes (surtout) apprécient mal l'accueil, l'état des structures dans les CSCOM (environnement insalubre) et surtout le manque d'intimité (manque de paravent) et de discrétion de la part des agents de santé. Le dernier item est évoqué spécifiquement par les jeunes comme obstacle à leur fréquentation des centres de santé pour les cas d'infection aux VIH et IST. Après l'accueil, l'orientation prend une grande place dans la satisfaction ou non du patient. Il se trouve malheureusement que c'est un maillon faible dans la plupart des centres de santé visité.

La qualification de certains agents à l'accueil, résume tout le désarroi de certaines personnes interrogées lors de cette enquête. En milieu urbain et dans une moindre mesure chez les communautés ayant un fort taux d'émigration (soninkés), les populations sont de plus en plus exigeantes par rapport au niveau de traitement et du traitant. En outre, l'accueil censé prendre une grande partie des soucis du patient se transforme très souvent en stress et du coup le malade n'a que des difficultés à expliquer tout le mal qui l'amène au centre.

La « qualité de l'accueil », montre que l'installation pendant l'attente nécessite une attention particulière. En effet, elle présente le taux d'insatisfaction élevé, suivie de la rapidité de la prise en charge. Par ailleurs, il est aussi important de prendre en compte les attentes des usagers qui souhaitent être reçu par du personnel d'orientation pour mieux les guider à leur arrivée au centre de santé. Les usagers recherchent des salles d'attentes mieux équipées en assises, du personnel susceptible d'expliquer les démarches, d'orienter dans les salles, et de les introduire dans les consultations.

La qualité de la communication et du respect lors des consultations au niveau des CSCOM, élément important à prendre en compte de la qualité des soins, nécessite également une attention particulière sur certains aspects notamment: le manque d'information donnée aux usagers sur les traitements, le diagnostic, mais également le manque de prise en compte des préoccupations et craintes des patients lors des consultations.

Il s'agit pour les usagers de souhaiter une plus grande proximité sociale et relationnelle avec le soignant, tout en désirant une consultation discrète et intime dans une relation de confiance et de confidentialité. Il n'est pas rare de voir des usagers contourner un CSCOM plus proche pour aller à un autre plus éloigné.

De plus, un accent particulier doit être mis sur l'intimité lors des CPN et une vigilance concernant la communication verbale au niveau des CSCOM. En revanche, on note un bon degré de satisfaction des usagers concernant la qualification du personnel soignant au niveau CSRéf de Bafoulabé.

Ce chapitre est un élément essentiel de la qualité des services. Le comportement du personnel peut déterminer l'augmentation ou la baisse de la fréquentation d'un service de santé. Le respect des droits des clients doit constituer un objectif pour les personnes chargées des prestations de services dans les structures sanitaires à la base.

En effet, les résultats de cette analyse ne respectent pas intégralement les « droits des clients », entre autres sur « i) Droit à l'information : donner aux clients toutes les informations complémentaires ou souhaitées ; ii) Droit à préserver son intimité : examiner les malades et s'entretenir avec eux dans un lieu où l'intimité physique est respectée. Si d'autres personnes (stagiaires, superviseurs) sont présentes, informer les clients du rôle joué par chacune d'elle; iii) Droit à la dignité, traiter les malades avec courtoisie, considération et respect quelque soit leur situation sociale, éviter toute forme de discrimination dans les rapports avec les clients, iv) Droit d'expression : Ecouter les clients avec attention, qu'il s'agisse de compléments d'information ou de réclamations/suggestions en rapport avec la qualité des services »

Les droits des usagers devront être de nouveau abordés et discutés avec les agents de santé des différents CSCOM visités.

Ces différents facteurs sont en partie une cause de renoncement aux soins de santé. A ceux-ci s'ajoute la paupérisation continue des communautés. L'économie de la zone d'étude repose essentiellement sur le secteur primaire (agriculture, élevage, pêche) et tertiaire (commerce). Dans le premier cas et comme partout au pays, les activités agricoles sont tributaires des caprices du climat. La campagne agricole passée, s'annonce déficitaire selon les responsables des collectivités territoriales rencontrées ce qui n'est pas de tendance à favoriser la fréquentation des centres de santé.

Jadis, les localités riveraines du chemin de fer notamment Mahina, devraient indiscutablement leur essor économique à cette infrastructure tant historique que mythique. Aujourd'hui, elle ne représente que l'ombre d'elle-même et ceci a affecté considérablement le panier de la ménagère et par ricochet le pouvoir d'achat du ménage.

5.6. Facteurs socioculturels en lien avec la maladie au sein des communautés

Les facteurs socio-culturels au sein des communautés en lien avec la maladie sont multiples, variés, complexes et souvent sensibles à l'évocation. Il s'agit entre autres :

- *du manque de priorisation des dépenses liées à la santé* : les dépenses liées à la maladie viennent après celles consacrées à l'entretien personnel en milieu urbain de Mahina et de Bafoulabé. En milieu rural, les ménages préfèrent thésauriser dans le bétail qui est appelé pour la circonstance « *nafo*lo » en référence à la richesse. Rarement, un chef de famille se débarrasse de son animal pour investir dans les soins de la famille. Il y a même un adage qui corrobore cette assertion : « *si quelqu'un doit mourir demain, c'est aujourd'hui qu'on l'amène au CSCOM* ».
- *des préjugés* : les rumeurs courent assez vite et les présomptions implicites sont d'actualité. Un agent de santé par exemple peut se retrouver discrédité du fait d'une maladresse occasionnelle ;
- *d'une certaine fierté des communautés* ;
- *de l'échec dans l'éducation parentale* : aujourd'hui aussi bien en milieu urbain que rural, la jeunesse se trouve sans repères. A ce phénomène s'ajoutent l'échec du système éducatif et la déperdition scolaire. Les réseaux sociaux et les TIC au lieu d'être source instructive de communication et d'information, ont plutôt perverti les mœurs des jeunes et adolescents tout sexe confondu et tout milieu confondu.

5.7. Facteurs socioculturels et religieux empêchant la communication sur la sexualité au sein de la famille/ménage

La sexualité constitue encore un sujet tabou (une honte) presque dans tous les milieux urbain et rural et chez tous les groupes ethniques rencontrés. Selon certains chefs de ménage, les valeurs et réalités socioculturelles décommandent au père ou à la mère de discuter directement de sexualité avec son enfant. Aborder le sujet avec l'enfant, c'est lui ouvrir déjà la voie à toutes les perversions possibles et en conséquence, le tuteur n'aura plus d'emprise sur ses comportements. D'où, parler de sexualité est perçu comme une sorte d'acculturation voire une dépravation de mœurs.

Dans le même sillage, l'utilisation des produits contraceptifs est perçue comme une réelle volonté publique de promotion de la prostitution. Là aussi le sujet est difficilement abordable en public. Dès qu'une femme en parle lors des séances publiques elle est qualifiée immédiatement de mœurs légères à la limite de « femme facile ».

Au niveau des centres de santé, les jeunes redoutent les critiques de la part des agents soignants d'une part et d'autre part, leur indiscretion. Pour eux, il n'est pas rare d'apprendre les résultats de leur diagnostic le lendemain, dans la rue. Pis, suite à une campagne de dépistage de la part d'une ONG internationale, certains volontaires ayant fait leur test, ont appris avec stupéfaction la confirmation de leur séropositivité par d'autres personnes. Certains patients rechignent à aller au CSCOM arguant la présence d'une personne nommément désignée pour son indiscretion avérée.

Sur un autre plan, certaines femmes éconduisent discrètement leurs filles pour des tests de grossesse afin de sauver leur propre mariage puisque il est admis que c'est de la responsabilité de la maman de savoir tout sur sa fille et de prévenir par conséquent les grossesses indésirables préjudiciables à la quiétude dans le foyer.

La zone d'étude se caractérise par sa tolérance religieuse. La principale religion demeure l'islam. Il est modéré à tous égards et cohabite sans encombre avec d'autres religions dans le milieu. Cependant force est de constater la présence de groupuscules courants islamiques comme les « pieds nus » réticents dans une moindre mesure à la fréquentation des centres de santé par les femmes pour les CPN par exemple.

5.8. Perception de la maladie

Lors des interviews en focus group, des termes comme : « *il y a des moments où l'on doit normalement tomber malade comme en début d'hivernage ou à la fin des récoltes* » ou « *la maladie fait partie de la vie* » résument la conception que font les communautés de la maladie. Certains attribuent à la maladie des vertus spirituelles « *la maladie purifie le corps et assainit l'âme* ».

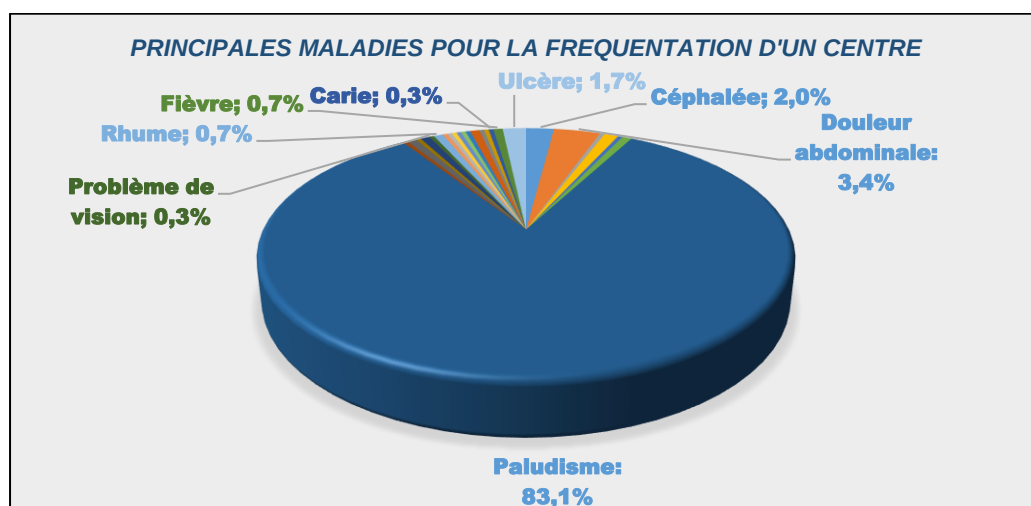
Tableau 14: Raison principale de non consultation

Raisons	Milieu					
	Urbain		Rural		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Maladie pas grave, passagère	27	79%	21	48%	48	62%
Eloignement service	0	0%	1	2%	1	1%
Manque de moyen	4	12%	19	43%	23	29%
Automédication	2	6%	2	5%	4	5%
Mauvaise qualité de soins	1	3%	1	2%	2	3%
Ensemble	34	100%	44	100%	78	100%

Toutefois, ce constat relève de l'ignorance pour la plupart des adultes de moins de 60 ans interviewés et pour ceux qui ont fait l'extérieur ou qui savent lire et écrire en français. Ces derniers consultent un agent médical de façon plus régulière que les autres.

Tableau 15: Principales maladies pour lesquelles les centres de santé sont fréquentés.

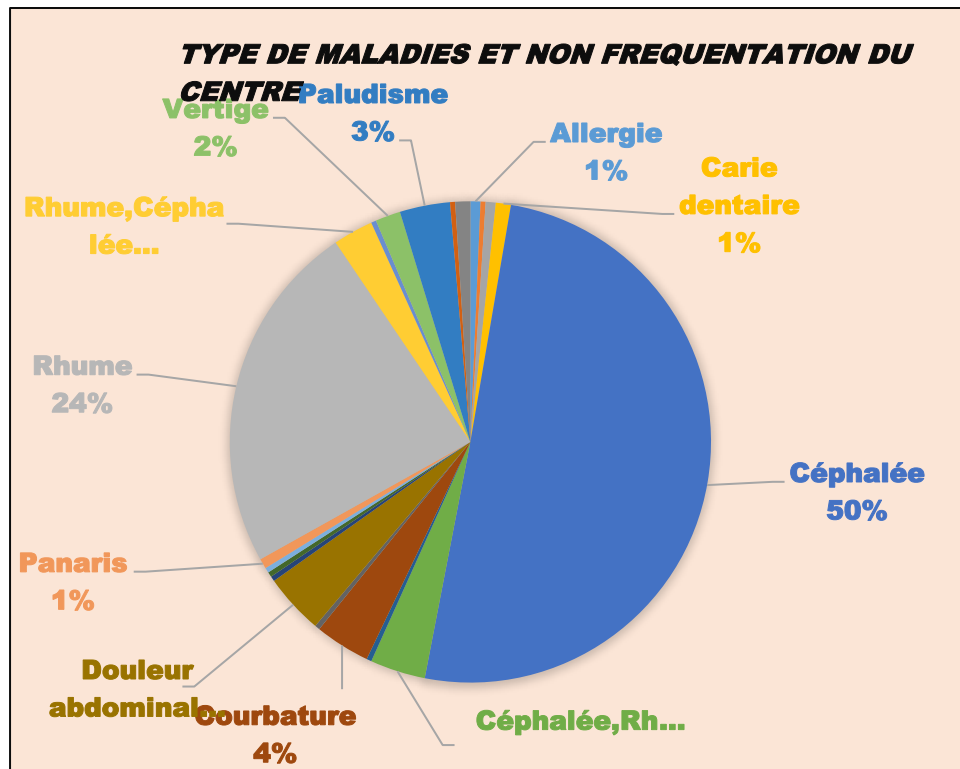
Principales maladies	Milieu					
	Urbain		Rural		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Céphalée	2	2,2%	4	1,9%	6	2,0%
Douleur abdominale	3	3,4%	7	3,4%	10	3,4%
Dysenterie	0	0,0%	1	0,5%	1	0,3%
Estomac	0	0,0%	3	1,5%	3	1,0%
Hémialgie	0	0,0%	1	0,5%	1	0,3%
HTA	1	1,1%	1	0,5%	2	0,7%
Paludisme	74	83,1%	171	83,0%	245	83,1%
Paludisme, anémie	1	1,1%	0	0,0%	1	0,3%
Paludisme, Douleur abdominale	1	1,1%	1	0,5%	2	0,7%
Douleur abdominale ulcère	0	0,0%	1	0,5%	1	0,3%
Paludisme, ulcère	0	0,0%	2	1,0%	2	0,7%
Problème de vision	0	0,0%	1	0,5%	1	0,3%
Rhume	2	2,2%	0	0,0%	2	0,7%
Arthrose	0	0,0%	1	0,5%	1	0,3%
Infection	1	1,1%	0	0,0%	1	0,3%
Paludisme, Typhoïde	1	1,1%	0	0,0%	1	0,3%
Panaris	0	0,0%	1	0,5%	1	0,3%
Typhoïde	0	0,0%	1	0,5%	1	0,3%
Aménorrhée	0	0,0%	1	0,5%	1	0,3%
Vertige	1	1,1%	1	0,5%	2	0,7%
Angine	0	0,0%	1	0,5%	1	0,3%
Gestation	0	0,0%	1	0,5%	1	0,3%
Carie	0	0,0%	1	0,5%	1	0,3%
Fièvre	0	0,0%	2	1,0%	2	0,7%
Ulcère	2	2,2%	3	1,5%	5	1,7%
Ensemble	89	100%	206	100%	295	100%



Le paludisme constitue la principale cause de fréquentation des centres de santé en milieu rural aussi bien qu'en milieu urbain.

Tableau 16: Maladies pour lesquelles les populations ne fréquentent jamais un centre de santé

Types de maladies	Milieu					
	Urbain		Rural		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Allergie	0	0,0%	2	1,0%	2	0,7%
Annexite	0	0,0%	1	0,5%	1	0,3%
Bilharziose	0	0,0%	2	1,0%	2	0,7%
Carie dentaire	3	3,3%	0	0,0%	3	1,0%
Céphalée	40	44,0%	109	53,2%	149	50,3%
Céphalée, Rhume	10	11,0%	1	0,5%	11	3,7%
Constipation	0	0,0%	1	0,5%	1	0,3%
Courbature	9	9,9%	2	1,0%	11	3,7%
Diabète	0	0,0%	1	0,5%	1	0,3%
Douleur abdominale	1	1,1%	11	5,4%	12	4,1%
Estomac	0	0,0%	1	0,5%	1	0,3%
Maux de tête	1	1,1%	0	0,0%	1	0,3%
Paludisme, fatigue	1	1,1%	0	0,0%	1	0,3%
Panaris	0	0,0%	2	1,0%	2	0,7%
Rhume	14	15,4%	56	27,3%	70	23,6%
Rhume, Céphalée	7	7,7%	1	0,5%	8	2,7%
Rhume, douleur abdominale	0	0,0%	1	0,5%	1	0,3%
Vertige	0	0,0%	5	2,4%	5	1,7%
Paludisme	1	1,1%	9	4,4%	10	3,4%
Paludisme, Epigastrique	1	1,1%	0	0,0%	1	0,3%
Douleur abdominale, Céphalée	3	3,3%	0	0,0%	3	1,0%
Ensemble	91	100%	205	100%	296	100%



A ces cas s'ajoutent les maladies d'ordre mental ou psychosomatique pour lesquelles les patients consultent toujours les tradipraticiens et les marabouts.

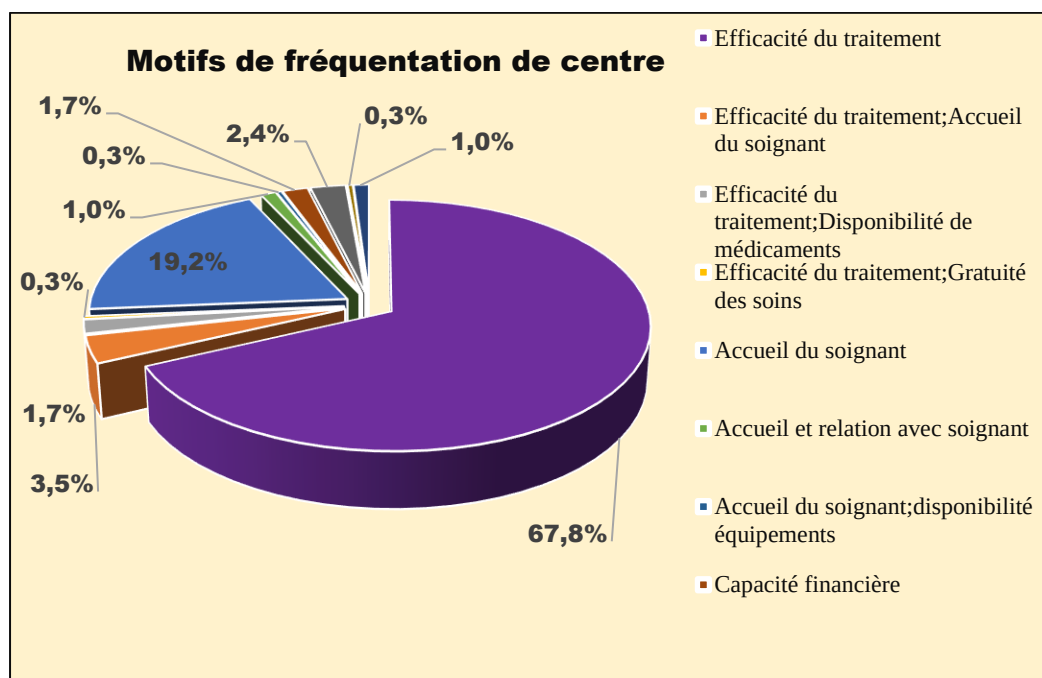
5.9. Motivations/raisons à fréquenter un centre de santé

A l'analyse des informations, la tendance générale est que la pauvreté n'explique pas à elle seule la cause de non fréquentation des centres de santé. Les communautés toute origine confondue, sont de plus en plus exigeante à la qualité des services offerts par la médecine moderne. Pour le bon fonctionnement des CSCOM, les communautés réclament des médecins et des sages-femmes bien formées.

Parmi les communautés des 12 aires de santé visitées, les Soninkés se distinguent par leur compréhension et surtout leur implication dans les activités de sensibilisation de l'ASACO. Les peuhls (éleveurs), jadis considérés comme des transhumants et donc moins intéressés aux offres de services, n'hésitent pas aujourd'hui à vendre leur bétail pour une meilleure qualité de soins.

Tableau17: Motivations/raisons à fréquenter un centre de santé/ médecine moderne

Motivations/raisons à fréquenter un centre de santé	Milieu					
	Urbain		Rural		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Efficacité du traitement	53	61,6%	141	70,5%	194	67,8%
Efficacité du traitement; Accueil du soignant	9	10,5%	1	0,5%	10	3,5%
Efficacité du traitement; Disponibilité de médicaments	5	5,8%	0	0,0%	5	1,7%
Efficacité du traitement; Gratuité des soins	1	1,2%	0	0,0%	1	0,3%
Accueil du soignant	13	15,1%	42	21,0%	55	19,2%
Accueil et relation avec soignant	2	2,3%	1	0,5%	3	1,0%
Accueil du soignant; disponibilité équipements	1	1,2%	0	0,0%	1	0,3%
Capacité financière	0	0,0%	5	2,5%	5	1,7%
Disponibilité de médicaments	2	2,3%	5	2,5%	7	2,4%
Disponibilité équipements	0	0,0%	1	0,5%	1	0,3%
Coût de traitement raisonnable	0	0,0%	3	1,5%	3	1,0%
Autres à préciser	0	0,0%	1	0,5%	1	0,3%
Ensemble	86	100%	200	100%	286	100%



L'efficacité du traitement et les conditions d'accueil comme précédemment annoncé sont les principales motivations des communautés à fréquenter les centres de santé.

Annexes

Tableau 19 : Etat sanitaire des enquêtés

Milieu	Malade ou blessé au cours des 4 dernières semaines					
	Oui		Non		Ensemble	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Urbain	30	31%	74	34%	104	33%
Rural	68	69%	144	66%	212	67%
Ensemble	98	100%	218	100%	316	100%

Tableau 20 : Consultation pour des raisons de santé

Milieu	Consultation pour raison de santé au cours des 4 dernières semaines					
	Oui		Non		Ensemble	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Urbain	21	33%	67	37%	88	36%
Rural	42	67%	112	63%	154	64%
Ensemble	63	100%	179	100%	242	100%

Tableau 21 : Lieu où la dernière consultation a été effectuée

Lieu de la dernière consultation	Milieu					
	Urbain		Rural		Ensemble	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Domicile du consultant	1	5%	6	19%	7	13%
Domicile du patient	5	23%	0	0%	5	9%
Hôpital	3	14%	0	0%	3	6%
Pharmacie	2	9%	0	0%	2	4%
Clinique	2	9%	0	0%	2	4%
Centre de santé de référence (ou du cercle)	6	27%	3	9%	9	17%
CSCOM	3	14%	23	72%	26	48%
Ensemble	22	100%	32	100%	54	100%

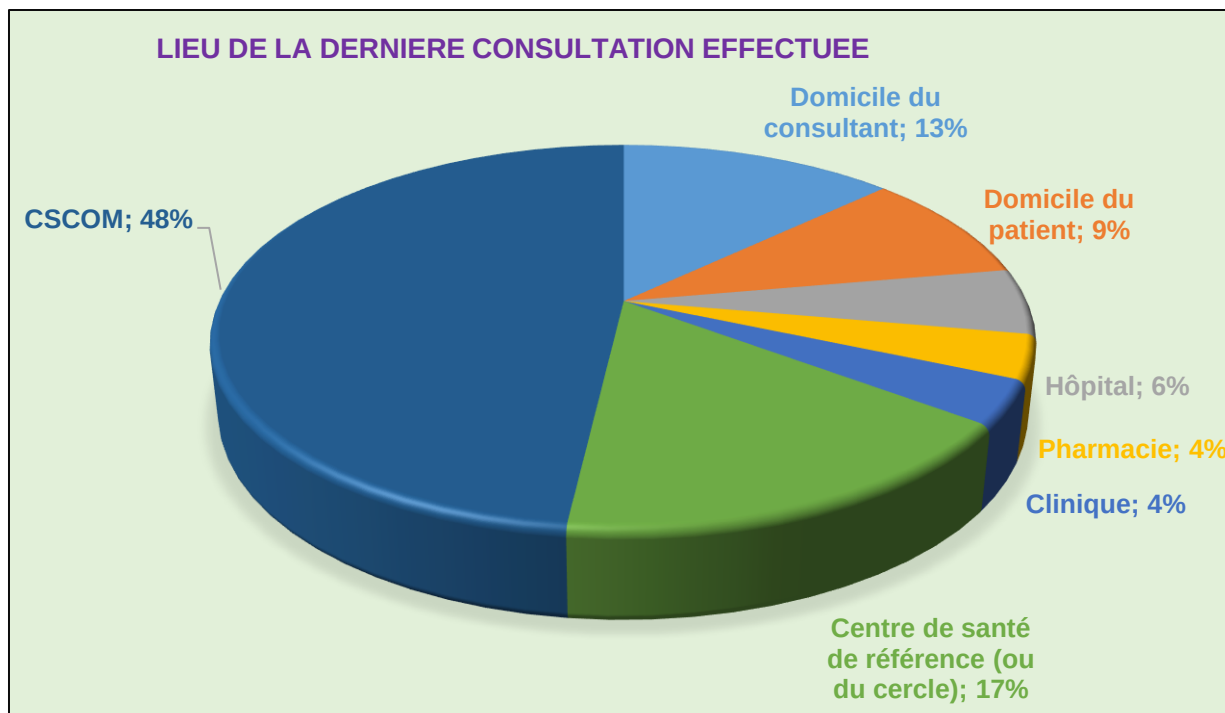


Tableau 22 : Statut de l'établissement fréquenté

Statut de l'établissement fréquenté lors de la dernière consultation	Milieu					
	Urbain		Rural		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Public	17	77%	7	21%	24	44%
Privé	3	14%	0	0%	3	5%
Communautaire	2	9%	21	64%	23	42%
Confessionnel	0	0%	5	15%	5	9%
Ensemble	22	100%	33	100%	55	100%

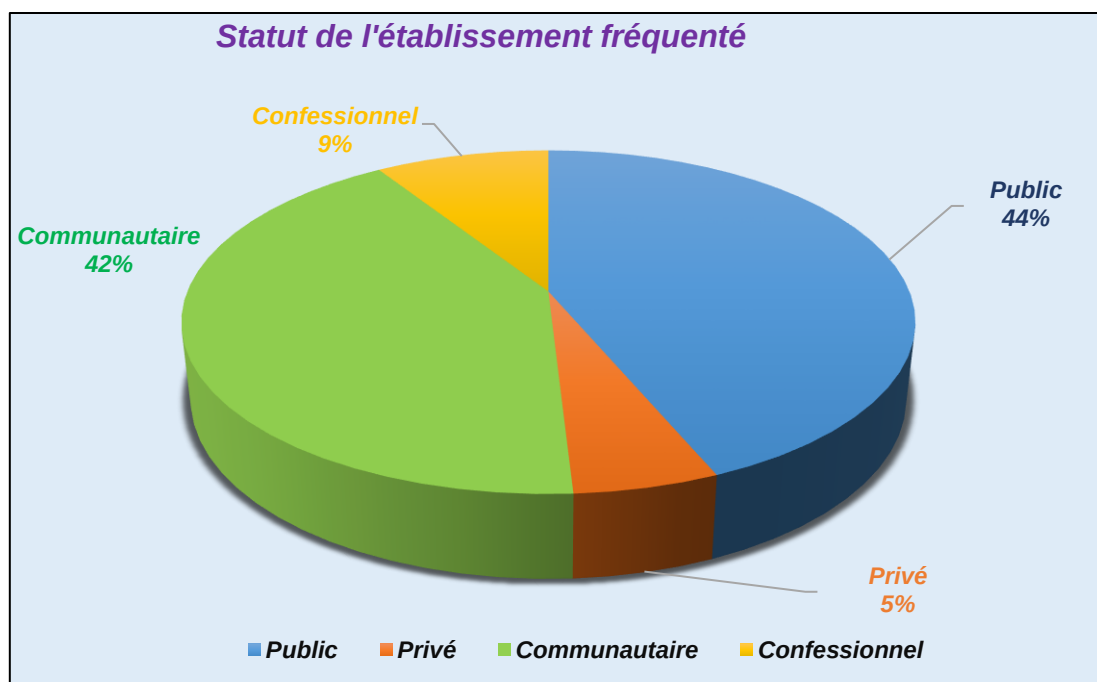


Tableau 23 : Etat de santé des femmes et enfants depuis 18 mois

Etat de santé des femmes et enfants depuis 18 mois	Milieu					
	Urbain		Rural		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Stable	2	2,2%	5	3,4%	7	3,0%
Amélioré	38	42,7%	65	44,8%	103	44,0%
Dégradé	49	55,1%	75	51,7%	124	53,0%
Ensemble	89	100%	145	100%	234	100%

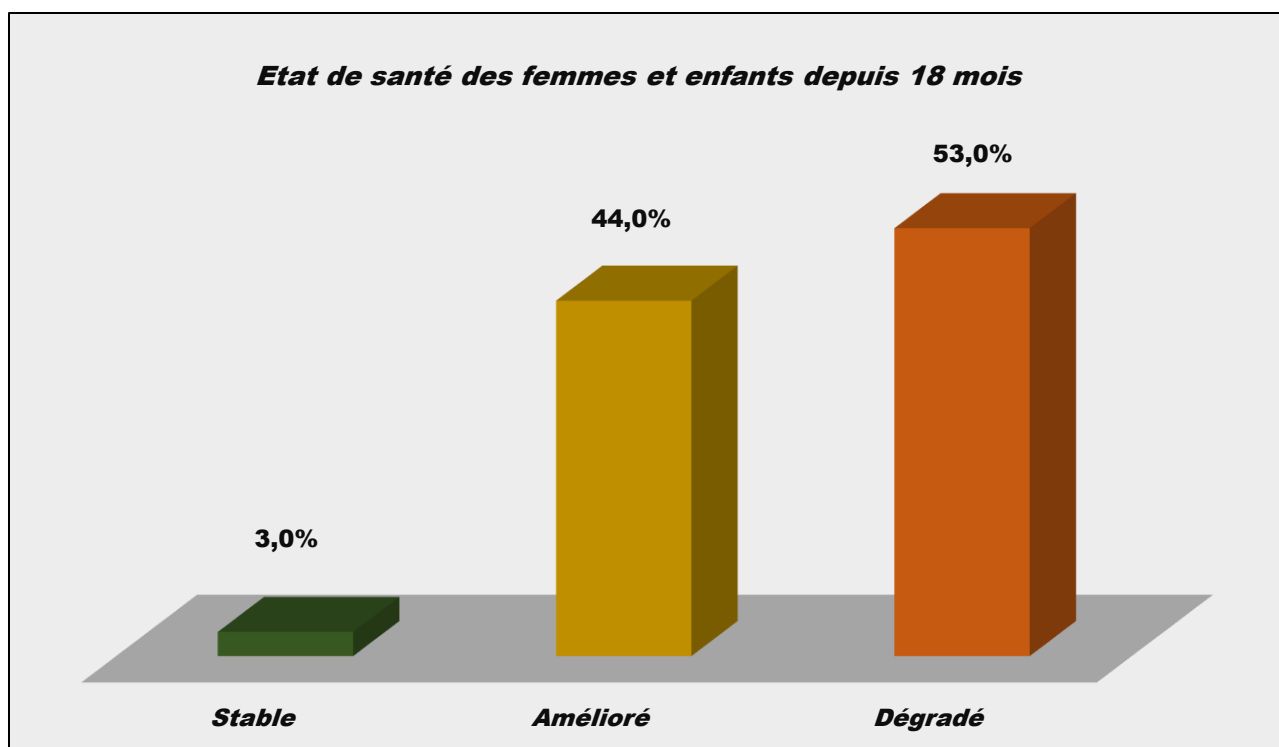
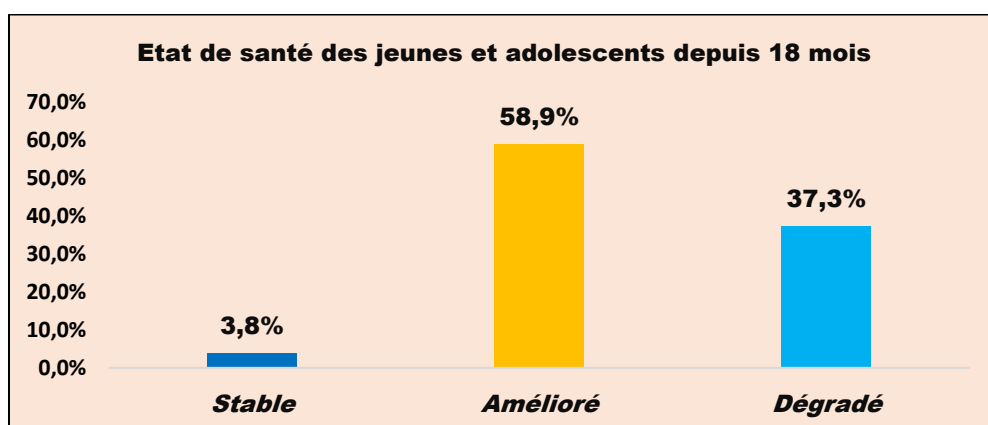


Tableau 24 : Etat de santé des jeunes et adolescents depuis 18 mois

Etat de santé des jeunes et adolescents depuis +12 mois	Milieu					
	Urbain		Rural		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Stable	7	7,9%	2	1,4%	9	3,8%
Amélioré	38	42,7%	101	68,7%	139	58,9%
Détérioré	44	49,4%	44	29,9%	88	37,3%
Ensemble	89	100%	147	100%	236	100%



PAUVRETE, SANTE ET MALADIE

Tableau 25 : Perception de la pauvreté et ses manifestations

Perception de la pauvreté et ses manifestations	Milieu			
		Urbain	Rural	Ensemble
Insuffisance de nourriture	<i>n</i>	6	28	34
	<i>%</i>	18%	82%	100%
Manque d'emploi	<i>n</i>	8	8	16
	<i>%</i>	50%	50%	100%
Manque d'habillement	<i>n</i>	1	0	1
	<i>%</i>	100%	0%	100%
Manque d'équipement	<i>n</i>	1	6	7
	<i>%</i>	14%	86%	100%
Manque de revenu	<i>n</i>	4	6	10
	<i>%</i>	40%	60%	100%
Maladie	<i>n</i>	5	10	15
	<i>%</i>	33%	67%	100%
Manque de pouvoir	<i>n</i>	1	0	1
	<i>%</i>	100%	0%	100%
Ensemble	<i>n</i>	26	58	84
	<i>%</i>	31%	69%	100%

Tableau 26 : Précaution de lutte contre la maladie

Précautions de lutte contre la maladie	Eff	%
APPUI DES BAILLEURS DE FONDS	3	2%
ALIMENTATION SAIN	7	5%
ALLER TOUJOURS DANS UN CENTRE DE SANTE	22	15%
AMENER DES MEDICAMENTS ADAPTES	3	2%
APPUI GOUVERNEMENTAL AVEC DES MEDICAMENTS	4	3%
ASSURER LA SECURITE ALIMENTAIRE	3	2%
CHERCHER DES MEDICAMENTS	28	19%
COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT	5	3%
DORMIR SOUS MII	16	11%
ETRE PROPRE, LAYER LES MAINS AVANT LE MANGER	19	13%
FAIRE VACCINER LES ENFANTS	5	3%
LA SALUBRITE	11	8%
MULTIPLIER LES CENTRES DE SANTE	3	2%
PREVENTION DES MALADIES	8	6%
RENDRE LES MEDICAMENTS MOINS CHERS	2	1%
RESPECTER LES CONSIGNES DES AGENTS DE SANTE	5	3%
Ensemble	144	100%

Pécautions de lutte contre la maladie

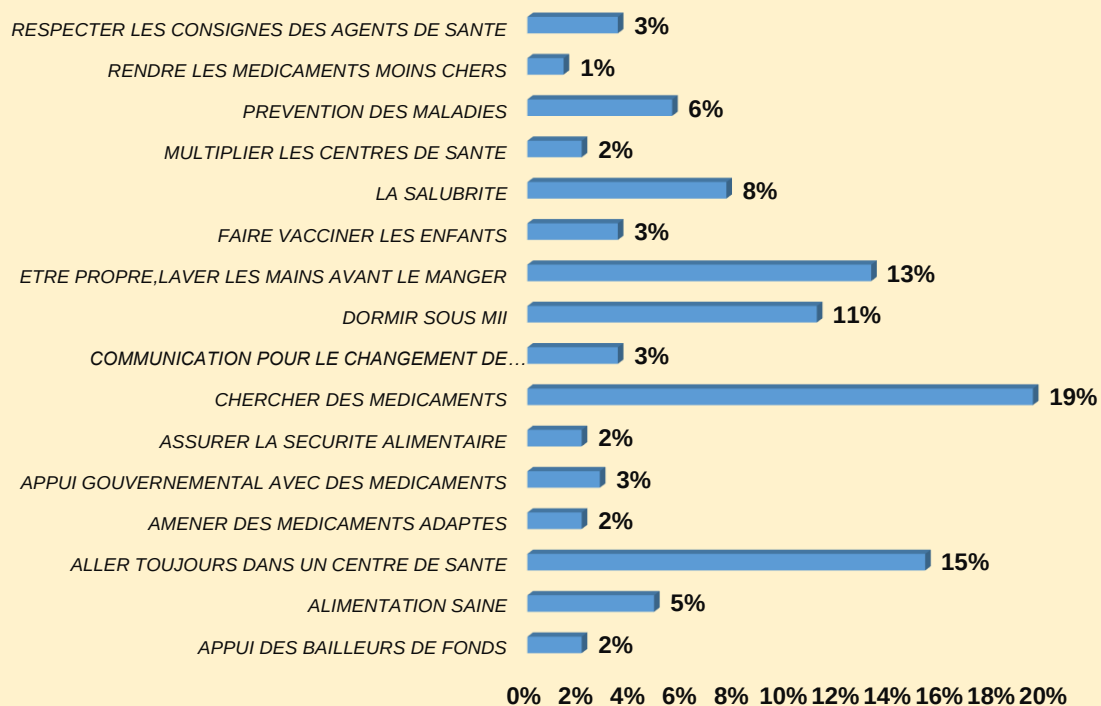


Tableau 27 : Principales causes de l'exclusion sociale

Principale(s) cause(s) de l'exclusion sociale	%
Pauvreté	65,4%
Préjugés socioculturels	11,5%
Analphabétisme	21,8%
Manque de solidarité	10,3%
Crise économique	6,4%
Dégradation des valeurs sociales	9,0%
Maladies	42,3%

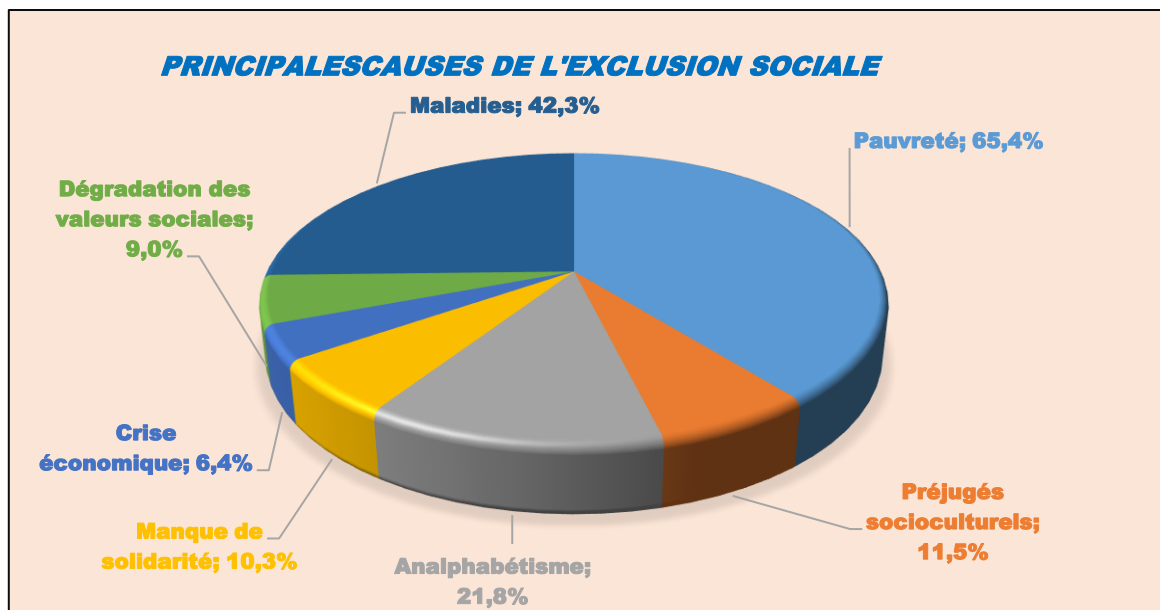


Tableau 28 : Les couches les plus touchées par les IST et VIH

Les couches les plus touchées par les IST et VIH	%
Populations rurales	6,3%
Les enfants	38,0%
Les Femmes	67,1%
Les femmes des zones rurales	7,6%
Les vieilles personnes	5,1%
Les personnes sans soutien	8,9%
Les analphabètes	3,8%
Chômeurs	1,3%

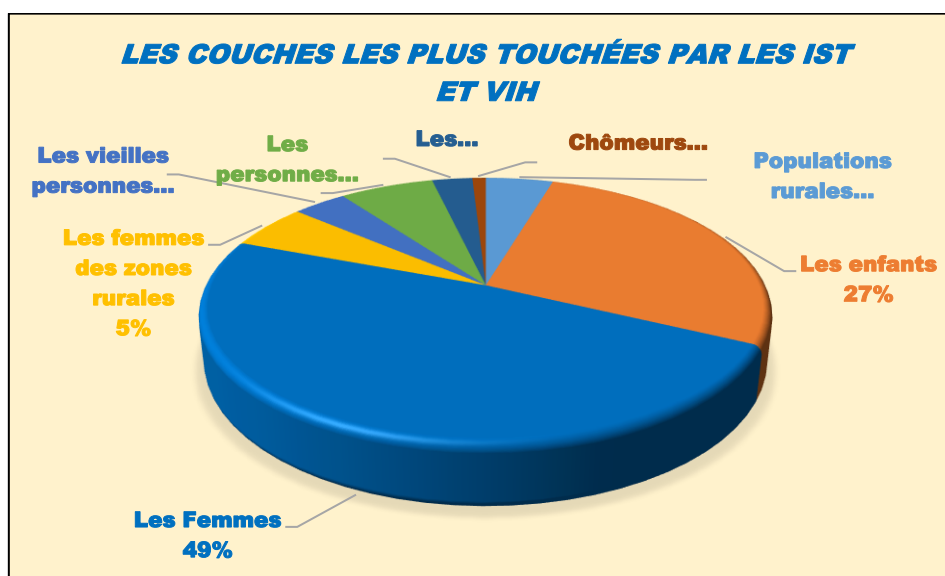
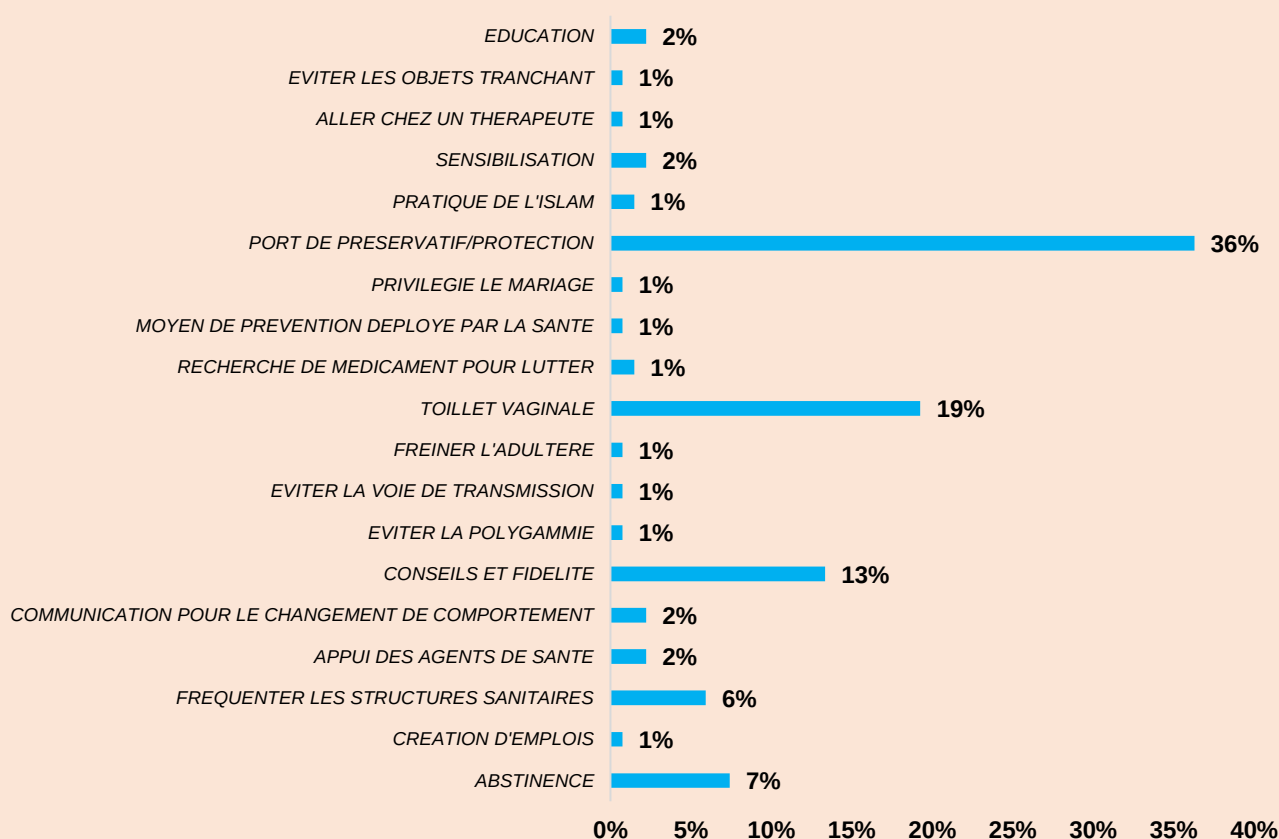


Tableau 29 : Précautions de lutte contre les IST et VIH

Précautions de lutte contre les IST et VIH	Eff	%
<i>Abstinence</i>	10	7%
<i>Création d'emplois</i>	1	1%
<i>Fréquenter les structures sanitaires</i>	8	6%
<i>Appui des agents de sante</i>	3	2%
<i>Communication pour le changement de comportement</i>	3	2%
<i>Conseils et fidélité</i>	18	13%
<i>Eviter la polygamie</i>	1	1%
<i>Eviter la voie de transmission</i>	1	1%
<i>Freiner l'adultère</i>	1	1%
<i>Toilette vaginale</i>	26	19%
<i>Recherche de médicament pour lutter</i>	2	1%
<i>Moyen de prévention déployé par la sante</i>	1	1%
<i>Privilégie le mariage</i>	1	1%
<i>Port de préservatif/protection</i>	49	36%
<i>Pratique de l'islam</i>	2	1%
<i>Sensibilisation</i>	3	2%
<i>Aller chez un thérapeute</i>	1	1%
<i>Eviter les objets tranchant</i>	1	1%
<i>Education</i>	3	2%
Ensemble	135	100%

Précautions de lutte contre les IST et VIH



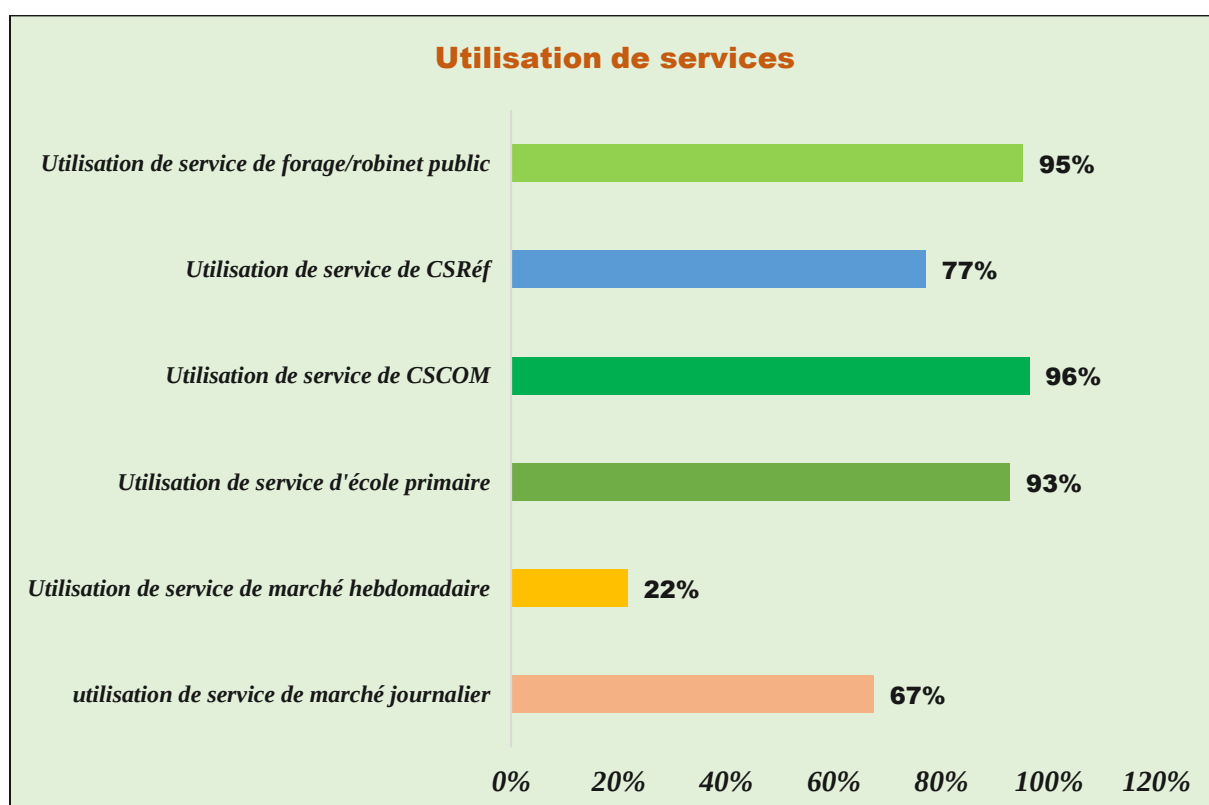
SECTION: ACCES AUX SERVICES SOCIAUX DE SANTE LE PLUS PROCHES

Tableau 28 : Distance par rapport aux services le plus proche

Distance par rapport au Marché Journalier le plus proche	Milieu					
	Urbain		Rural		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Moins d'1 km	14	58%	1	3%	15	26%
1 à 2 km	7	29%	0	0%	7	12%
3 à 4 km	3	13%	2	6%	5	9%
5 km à 15 km	0	0%	14	41%	14	24%
Plus de 15 km	0	0%	17	50%	17	29%
Distance par rapport au Marché Hebdomadaire le plus proche						
Moins d'1 km	0	0%	10	53%	10	48%
1 à 2 km	2	100%	2	11%	4	19%
3 à 4 km	0	0%	3	16%	3	14%
5 km à 15 km	0	0%	0	0%	0	0%
Plus de 15 km	0	0%	4	21%	4	19%
Distance par rapport à l'écoles primaire la plus proche						
Moins d'1 km	14	54%	23	40%	37	45%
1 à 2 km	9	35%	20	35%	29	35%
3 à 4 km	3	12%	4	7%	7	8%
5 km à 15 km	0	0%	6	11%	6	7%
Plus de 15 km	0	0%	4	7%	4	5%
Distance par rapport au CSCOM le plus proche						
Moins d'1 km	13	50%	13	23%	26	31%
1 à 2 km	10	38%	11	19%	21	25%
3 à 4 km	3	12%	8	14%	11	13%
5 km à 15 km	0	0%	14	25%	14	17%
Plus de 15 km	0	0%	11	19%	11	13%
Distance par rapport au CS Réf le plus proche						
Moins d'1 km	0	0%	0	0%	0	0%
1 à 2 km	13	50%	1	2%	14	17%
3 à 4 km	11	42%	0	0%	11	13%
5 km à 15 km	2	8%	25	44%	27	33%
Plus de 15 km	0	0%	31	54%	31	37%
Distance par rapport au Forage/robinet public le plus proche						
Moins d'1 km	19	73%	25	45%	44	54%
1 à 2 km	7	27%	23	41%	30	37%
3 à 4 km	0	0%	4	7%	4	5%
5 km à 15 km	0	0%	3	5%	3	4%
Plus de 15 km	0	0%	1	2%	1	1%

Tableau 30 : Utilisation de services

Utilisation de services	%
<i>Utilisation de service de marché journalier</i>	67%
<i>Utilisation de service de marché hebdomadaire</i>	22%
<i>Utilisation de service d'école primaire</i>	93%
<i>Utilisation de service de CSCOM</i>	96%
<i>Utilisation de service de CSRéf</i>	77%
<i>Utilisation de service de forage/robinet public</i>	95%



SSR ET NAISSANCES

Tableau 31 : Nombre d'enfants par femmes

Nombre d'enfants	Milieu			
	Urbain		Rural	Ensemble
1	<i>n</i>	8	9	17
	%	47%	53%	100%
2	<i>n</i>	4	11	15
	%	27%	73%	100%
3	<i>n</i>	4	8	12
	%	33%	67%	100%
4	<i>n</i>	7	10	17
	%	41%	59%	100%
5	<i>n</i>	1	13	14
	%	7%	93%	100%
6	<i>n</i>	3	8	11
	%	27%	73%	100%
7	<i>n</i>	3	5	8
	%	38%	63%	100%
8	<i>n</i>	2	6	8
	%	25%	75%	100%
9	<i>n</i>	1	2	3
	%	33%	67%	100%
10	<i>n</i>	1	2	3
	%	33%	67%	100%
TOTAL	<i>n</i>	34	74	108
	%	31%	69%	100%
Nombre moyen d'enfants par femmes	6 enfants			

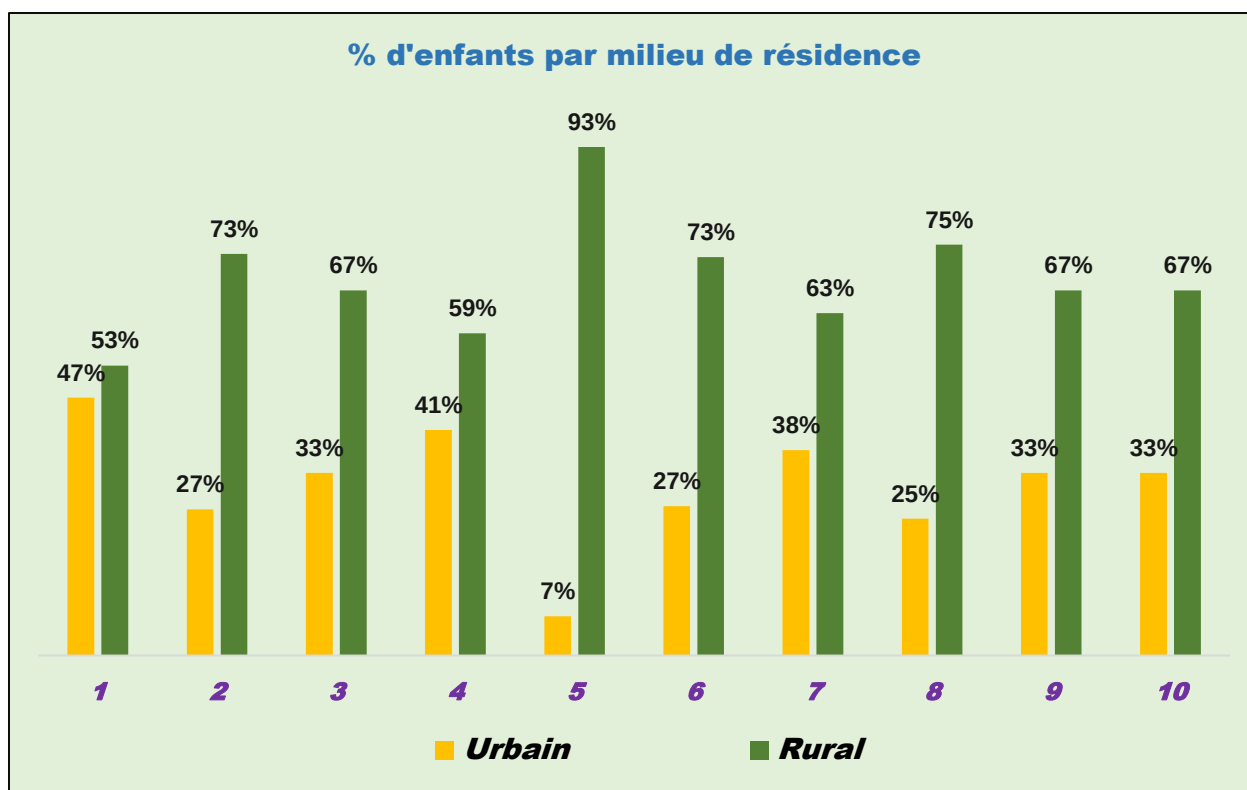


Tableau 32 : Réception de soins prénatals au cours de la dernière grossesse

Milieu	Réception de soins prénatals au cours de la dernière grossesse					
	Oui		Non		Ensemble	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Urbain	26	31%	10	40%	36	33%
Rural	59	69%	15	60%	74	67%
Ensemble	85	100%	25	100%	110	100%

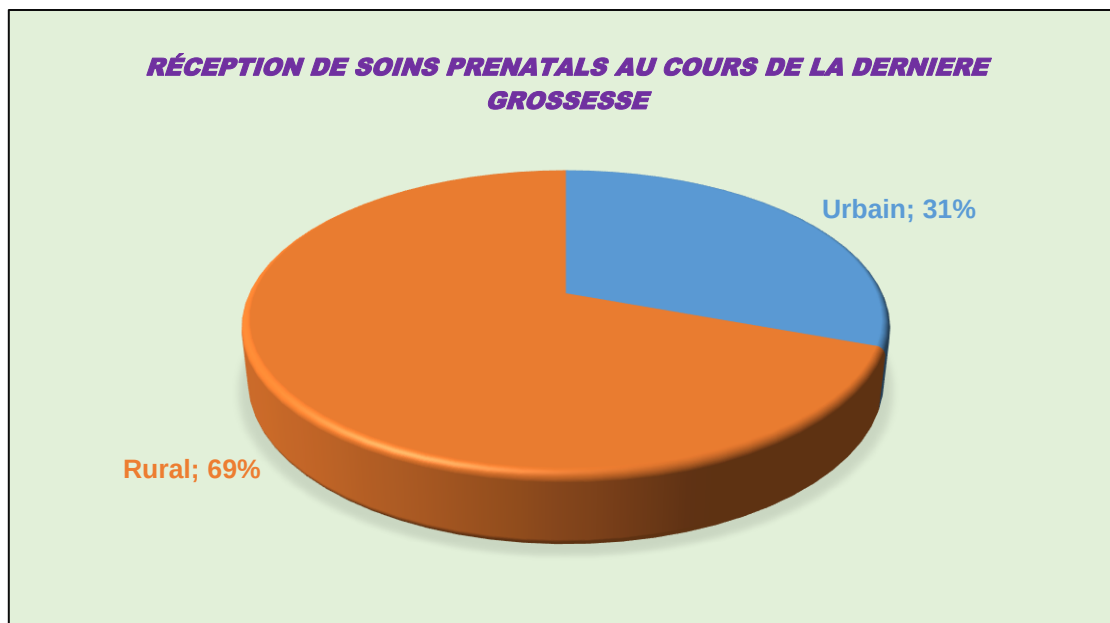


Tableau 33 : Lieu d'accouchement du dernier enfant

		<i>Lieu d'accouchement du dernier enfant</i>					
<i>Milieu</i>		CSAR	CSCOM	Centre de santé	A la maison	Autre	Ensemble
Urbain	<i>n</i>	3	11	10	3	1	28
	%	11%	39%	36%	11%	4%	100%
Rural	<i>n</i>	4	26	7	24	1	62
	%	6%	42%	11%	39%	2%	100%
Ensemble	<i>n</i>	7	37	17	27	2	90
	%	8%	41%	19%	30%	2%	100%

Tableau 34 : Assistance à l'accouchement

Types d'agents	<i>Milieu</i>			
		Urbain	Rural	Ensemble
Sage-femme/Infirmier	<i>n</i>	9	9	18
	%	50%	50%	100%
Médecin	<i>n</i>	4	4	8
	%	50%	50%	100%
Matrone	<i>n</i>	12	24	36
	%	33%	67%	100%
Accoucheuse traditionnelle	<i>n</i>	3	22	25
	%	12%	88%	100%
Ensemble	<i>n</i>	28	59	87
	%	32%	68%	100%
Examen après la naissance du dernier enfant par professionnel de la santé ou une accoucheuse	<i>n</i>	23	47	70
	%	33%	67%	100%

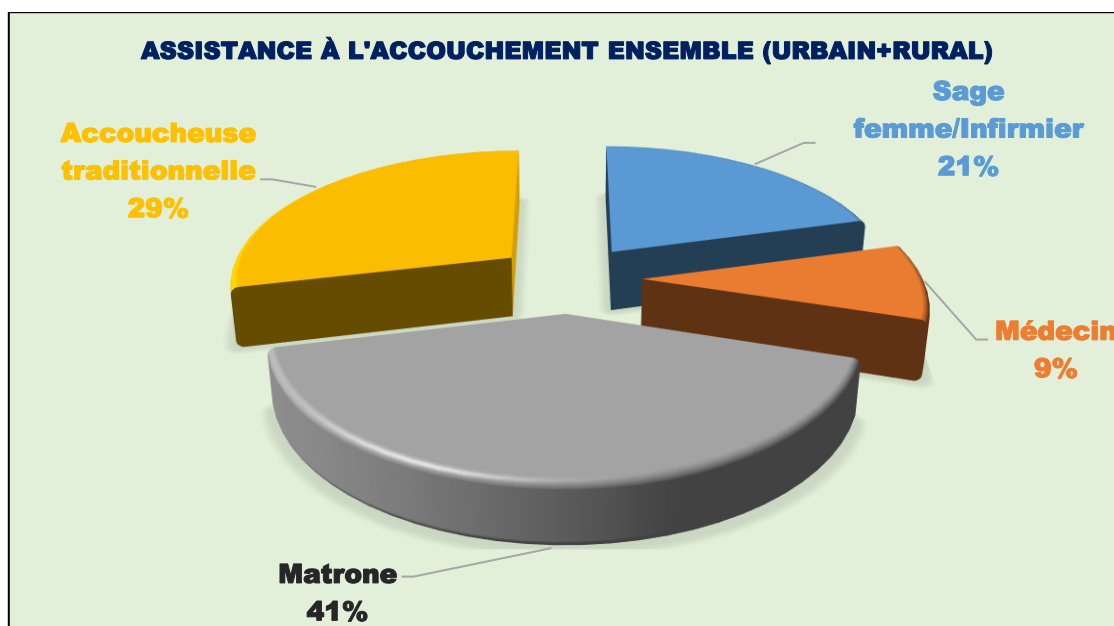
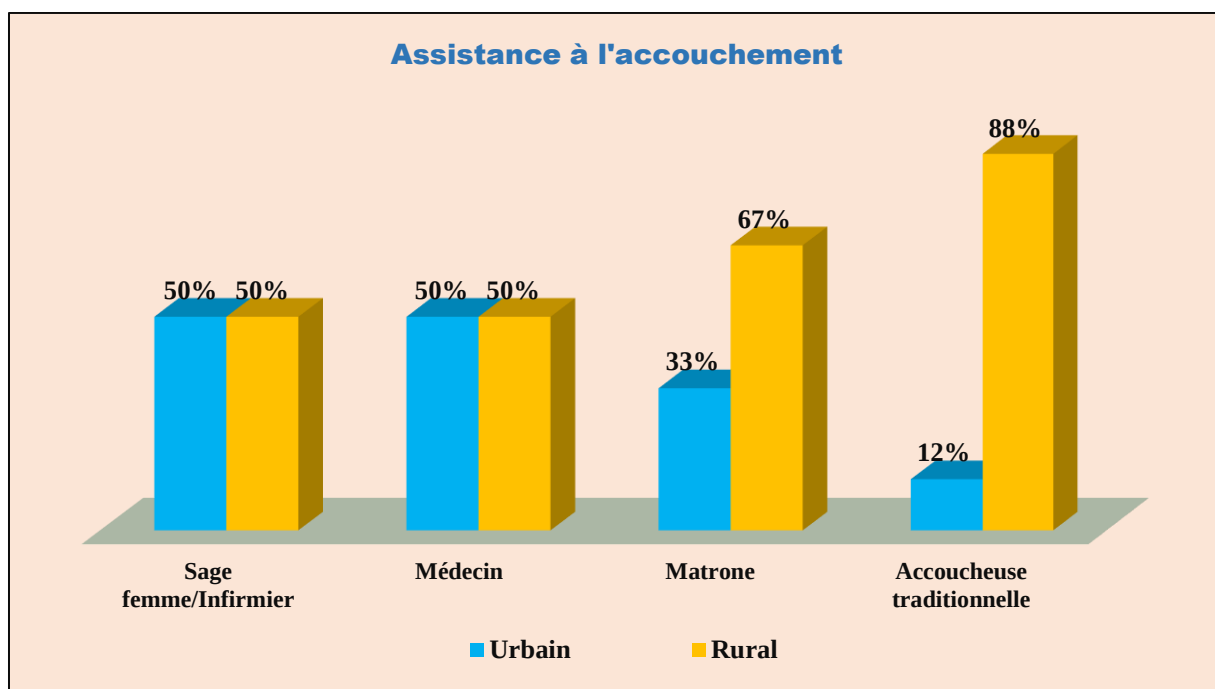


Tableau 35 : utilisation antérieure de méthodes de contraception conseillée par le centre de santé

Utilisation antérieure de méthodes de contraception conseillée par le centre de santé		
<i>Urbain</i>	<i>n</i>	23
	%	33%
<i>Rural</i>	<i>n</i>	47
	%	67%
Ensemble	<i>n</i>	70
	%	100%

